UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Un regard, un toucher, des liens se tissent...
Complexité relationnelle : Posture du psychomotricien dans la relation triangulaire avec la personne âgée, au cours de séances de médiation animale

JIGAN Ludivine

Née le 8 mars 1997 à Longjumeau (91)

Nom du directeur de Mémoire : Danièle BERTHELOT

Juin 2019

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Un regard, un toucher, des liens se tissent...
Complexité relationnelle : Posture du psychomotricien dans la relation triangulaire avec la personne âgée, au cours de séances de médiation animale

JIGAN Ludivine

Née le 8 mars 1997 à Longjumeau (91)

Nom du directeur de Mémoire : Danièle BERTHELOT

Juin 2019

Remerciements

Je tiens, avant tout, à remercier toutes les personnes ayant participé de près comme de loin à l'élaboration de mon mémoire. Un grand merci à :

Ma directrice de mémoire et maître de stage, Danièle BERTHELOT, pour ses précieux conseils, ses idées et son investissement actif dans l'élaboration de cet écrit. Son professionnalisme, sa bienveillance, sa spontanéité, sa confiance, la richesse de nos échanges associés à ses encouragements ont permis de m'accompagner tout au long de ce stage.

Mes différents maîtres de stage qui ont pu enrichir mes réflexions et partager leur pratique psychomotrice avec grande générosité.

L'ensemble des professionnels de l'EHPAD pour le partage de leurs expériences, mon intégration et le très bon état d'esprit d'équipe.

Tous les résidents formidables croisés au cours de ce stage. Parfois seulement par leur regard, leur geste, leur sourire, leur cœur empli de générosité, parfois par leurs mots tendres et délicats, ce fut un plaisir de faire partie de leur quotidien pendant ces quelques mois.

Mes professeurs de l'Institut de Formation de Psychomotricité de Bordeaux pour leurs enseignements de qualité, ainsi que l'ensemble des équipes.

Mes camarades de ma promotion 2016-2019, mes amis de la Dérive et en particulier Marie pour ces trois belles années en sa compagnie.

Ma famille, en particulier mes parents et ma sœur pour leur patience et leur soutien incommensurable. Sans oublier mes grands-parents.

Enfin, un grand merci à Chantal, Arnaud, et Thomas pour leur relecture attentive et leur intérêt porté à mon mémoire.

Avant-propos

L'article 8 du titre II de l'arrêté du 7 avril 1998 stipule que

« *les études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien comportent des enseignements théoriques, des enseignements théorico-cliniques, des enseignements pratiques organisés en modules ainsi que des stages* ». [40]

À travers ce mémoire, je souhaiterais évoquer la posture professionnelle du psychomotricien dans le cadre de séance en médiation canine. Lorsque j'évoque le terme de **posture professionnelle**, je mets en avant trois formes de savoir [35] :

***Le savoir** est l'ensemble des connaissances rationnelles acquises par l'apprentissage, les études, la réflexion et l'expérience, de façon approfondie et dans des domaines étendus. Ce savoir tend à s'enrichir mais il peut aussi se dégrader. Il est utilisable et communicable.

***Le savoir-faire** est défini comme une habileté manuelle et/ou intellectuelle à mettre en œuvre son expérience et ses connaissances acquises dans un art, une discipline ou un métier déterminé.

***Le savoir-être** se situe entre la connaissance et l'action. Il correspond aux qualités personnelles, aux attitudes et aux comportements (expressions, gestuelle...) d'une personne. Le savoir-être est propre à chacun.

Afin de pouvoir traiter de ce sujet, il me semble important de les dissocier. *Comment s'articulent-t-ils au sein de séances ?* D'autant plus qu'au cours de ces séances, une relation triangulaire (composée de trois entités vivantes) se met en place. Le chien joue ici le rôle de médiateur, *mais qu'en est-il du psychomotricien ? Quelle est sa place ?*

Sommaire

Remerciements..... 1

Avant-propos..... 2

Sommaire..... 3

Introduction..... 4

PARTIE THEORIQUE..... 6

I. Une population vieillissante..... 6

A) Qu'appelle-t-on le vieillissement ?..... 7

B) Vieillir, est-ce normal ?..... 14

II. La médiation animale, une pratique professionnelle en psychomotricité..... 23

A) Qu'est-ce que la médiation animale ? 24

B) Qu'est-ce que la médiation canine ?..... 31

III. La posture professionnelle du psychomotricien dans la relation triangulaire..... 39

A) Quelle est la place du psychomotricien dans la relation triangulaire ?..... 40

B) Le savoir-être du psychomotricien..... 48

C) Le psychomotricien dans l'espace et le temps..... 54

PARTIE CLINIQUE..... 60

I. Présentation du lieu de stage..... 60

A) Un lieu de vie..... 60

B) La place du psychomotricien au sein de l'EHPAD..... 61

II. Rencontre de Mme V..... 62

A) Anamnèse..... 62

B) Bilan psychomoteur..... 64

C) Prise en charge..... 68

D) Conclusion..... 74

Partie discussion..... 75

Conclusion..... 77

Table des matières..... 78

Bibliographie..... 81

Glossaire..... 86

Annexes 88

Introduction

Concernant ma formation en psychomotricité, j'ai choisi et pensé mes stages afin de mettre en évidence le développement psychomoteur qui se déroule de la naissance jusqu'au bout de la vie. C'est pourquoi en première année, j'ai effectué un stage en crèche (auprès d'enfants de 0 à 3 ans) qui m'a permis une connaissance plus approfondie du développement psychomoteur du jeune enfant. En seconde année, j'ai réalisé un stage en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) auprès d'un très jeune public et un autre stage en Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) auprès d'enfants et d'adolescents ayant des troubles du comportement. Deux autres stages auprès d'une population (jeune avec des adolescents, et aussi adulte) ont été réalisés en fin de seconde année. J'ai choisi pour cette dernière année d'effectuer mon stage dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) afin de terminer mon expérience professionnelle auprès des personnes âgées. Cela me permet d'avoir une connaissance évolutive et globale de la pratique psychomotrice, une certaine continuité dans le cycle de la vie.

Les personnes âgées constituent pour moi un public très intéressant, de par la richesse de leur expérience. Elles me renvoient aussi à la relation indispensable et privilégiée que j'entretiens avec mes propres grands-parents. Par ailleurs, ma vie personnelle est tournée vers ma famille mais aussi les animaux. Depuis toujours, l'animal est pour moi un compagnon important et nécessaire dans la vie quotidienne. Que ce soit au niveau de ma scolarité qui s'est déroulée dans un lycée d'enseignement général et technologique agricole où j'ai pu réaliser différentes épreuves du baccalauréat en lien avec les animaux, mais aussi au niveau familial, avec un père passionné par les animaux et les reportages animaliers.

Aujourd'hui encore, le lapin et les cochons d'Inde qui m'accompagnent, font partie intégrante de mon histoire et m'apportent de la joie, du plaisir, de la tendresse et du réconfort. Ils représentent un réel soutien que ce soit dans les bons comme dans les mauvais moments. Cet ensemble a nourri ma réflexion sur le désir de réaliser un stage qui pourrait montrer que les bienfaits que me procurent mes animaux peuvent également être retrouvés dans un aspect plutôt thérapeutique. Deux reportages m'ont également confirmé le lieu du stage et le thème de mon mémoire. Le premier a été diffusé durant l'émission « *Télématin* » sur France 2 où la

psychomotricienne Danièle BERTHELOT (qui est ma maître de stage actuelle) présentait sa profession, et notamment sa pratique avec la médiation canine qui m'a particulièrement fascinée. Le deuxième, plus récent, portait sur l'histoire de Peyo, un cheval pas comme les autres qui apporte du réconfort, de la gaieté ainsi que des sourires aux malades dans les hôpitaux.

C'est pourquoi, à travers ce stage mêlant psychomotricité et médiation animale, je souhaiterais vous faire part de ma réflexion quant à cette thérapie de plus en plus mise en avant. En m'appuyant sur les représentations que nous nous faisons de cette médiation, sur mes observations au cours de ce stage, sur ma propre expérience avec les animaux, de par ma curiosité et ma formation en psychomotricité, je vais essayer de répondre à la problématique suivante :

> Au cours de séances de médiation canine, quelle posture professionnelle le psychomotricien occupe-t-il dans la relation triangulaire auprès de la personne âgée ?

Hypothèse 1 : De par ses compétences et ses qualités professionnelles, le psychomotricien organise et dirige la séance.
Hypothèse 2 : Il est le médiateur de la rencontre entre la personne âgée et le chien.

Afin de répondre à cette réflexion, nous procéderons par étapes intimement liées.

Ainsi, dans une première partie, nous définirons le vieillissement, ce que signifie « *vieillir* ». Nous distinguerons le vieillissement normal du pathologique tout en gardant en considération la personne âgée dans sa globalité.

Dans un second temps, nous évoquerons la médiation animale et plus particulièrement la médiation canine ainsi que ses intérêts dans la pratique psychomotrice.

C'est dans ce cadre particulier de la relation avec la personne âgée en utilisant la médiation canine que je vais aborder la posture du psychomotricien. Cette notion de posture professionnelle n'a alors pas été pensée uniquement sur le terrain de stage, mais également dans mon mémoire.

La partie clinique permettra de compléter mes apports théoriques puisqu'en psychomotricité, il ne s'agit pas de pratiquer une théorie mais plutôt de mettre en avant des allers-retours entre théorie et pratique.

PARTIE THÉORIQUE

I. Une population vieillissante

Lorsque nous évoquons le terme de « ***vieillissement*** »,
cela fait référence principalement au processus assez complexe,
multifactoriel et encore difficile à définir,
qui conduit une personne à la vieillesse.

Le processus de vieillissement est au cœur de notre vie.
Nous naissons dans les mains de nos parents,
nous grandissons soutenus par leur présence,
puis un jour, nous rentrons dans la vie active,
nous devenons des adultes comme eux.
Et pendant que nous nous enrichissons,
que nous découvrons le monde qui nous entoure,
que nous-même nous devenons parents,
nos propres parents, que deviennent-ils ?
Ils continuent de vivre, un peu différemment ...
Le temps passe, les années défilent, et viendra alors notre tour de quitter la terre.
Notre histoire continuera de perdurer
à travers nos enfants,
nos petits-enfants...

C'est le cycle de la vie ou plutôt le cycle de NOTRE vie.

A) Qu'appelle-t-on le vieillissement ?

Ce questionnement nécessite une vision générale et développementale de la « *vie entière* », aussi appelée « *life span »* puisque le vieillissement est, selon la définition du Larousse [24], le « *fait de devenir vieux, c'est l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort* ». Donc ce n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. Au contraire, le vieillissement décrit l'avancée progressive et continue dans l'âge de la naissance au décès.

C'est un **processus** paradoxal qui renvoie à la fois à la décroissance (des fonctions physiologiques, biologiques, psychologiques, sociales, environnementales...) et à la croissance (de l'âge qui avance sur la ligne du temps, une croissance dite « *personnelle* »).

1- Des âges, des chiffres

On distingue la vieillesse, qui désigne un état caractérisant un groupe de personnes de plus de 60 ans, du vieillissement, qui est plutôt un processus.

Mais existe-il réellement un âge pour définir la vieillesse ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [42], on parle d'âge gériatrique à partir de 65 ans. Mais la notion d'âge reste assez **subjective**. Il n'existe pas d'âge précis qui nous fait passer de la personne adulte à la personne âgée. Peut-être pouvons-nous émettre l'hypothèse que la ménopause, l'andropause ou bien le départ à la retraite puissent être considérés comme des marqueurs sociaux du vieillissement ? Dans tous les cas, la notion d'âge représente une notion assez **complexe, variable et personnelle.** Nous pouvons évoquer l'âge chronologique (ou biologique) lié au vieillissement organique. En effet, chaque organe subit des modifications à son propre rythme, le rendant moins performant. L'âge social est lié au rôle et au statut que la société attribue en fonction du groupe d'âge. Cet âge est fortement déterminé par la culture et l'histoire du pays. Enfin, l'âge psychologique est lié aux compétences mentales, mnésiques, intellectuelles, et motivationnelles que la personne est en capacité de mobiliser en réponse aux changements de l'environnement [29].

Par ailleurs, une différence est à opérer entre « *être vieux* » d'un point de vue de l'âge chronologique, et « *se sentir vieux* » mettant en jeu la dimension affective et personnelle. « *être* » et « *se sentir* » sont deux verbes pouvant à la fois s'accorder mais aussi s'opposer.

En terme de chiffres, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) [39], au 1er janvier 2018, la France comptait 67,187 millions d'habitants dont 19,6 % de personnes âgées d'au moins 65 ans. Le vieillissement de la population française se poursuit et ne cesse de s'accroître d'années en années contrairement à la proportion des jeunes âgés de moins de 20 ans qui a reculé.

A l'échelle européenne, la population du continent est l'une des plus âgées de la planète. Cependant, tous les pays ne sont pas confrontés au vieillissement de façon égale. Par exemple, en Italie, en Grèce ou encore en Allemagne, le vieillissement occupe une part importante. À l'inverse, l'Irlande, le Luxembourg, la Slovaquie se distinguent par leur relative jeunesse. La France se situe, quant à elle, au 14ème rang sur 28 des populations européennes les plus âgées.

À l'échelle planétaire, le vieillissement de la population touche maintenant autant les pays à revenu élevé (Japon), que les pays à revenu faible ou intermédiaire (Chine, Russie...) [28].

Ce vieillissement résulte de plusieurs facteurs, à savoir d'une baisse de la mortalité infantile grâce à l'éradication presque complète des maladies infectieuses, d'une baisse de la natalité mais aussi d'une augmentation de l'espérance de vie passant de 47 ans à environ 80 ans au cours du XXème siècle.

Le nombre de personnes âgées étant prédominant, cela engendre de **multiples enjeux** qui sont des sujets d'actualité. Un des enjeux fondamentaux du XXIème siècle ne sera **pas de donner du temps au temps** (en terme de quantité) **mais plutôt de donner de la qualité au temps** et permettre alors aux personnes âgées de vivre une vieillesse paisible [59].

Par conséquent, le vieillissement est un processus qui relève à la fois de données objectives (observables par tout le monde) mais aussi de données subjectives (correspondant aux représentations que la personne se fait de son propre vieillissement) [44].

2- Représentations sociales de la vieillesse

Il existe une **grande variabilité** de la notion de vieillesse. Les représentations négatives apparaissent majoritaires comparées à celles positives. Déjà, JM. CHARCOT [9] évoquait l'idée d'un continuum normal-pathologique avec un vieillissement qui était considéré comme le parcours de tout individu de ce continuum. Ainsi, avec le temps et avec son propre rythme, chaque personne aurait tendance à « *s'achever* » dans un état pathologique. Cependant, depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale, l'image de la vieillesse évolue vers une représentation plus positive même si la société actuelle tend vers des envies de « *rester jeune* » et de beauté du corps.

Au sein de la société, la personne âgée peut être comparée à ... (liste non exhaustive) [44] :

2.1. Une personne en fin de vie

La vieillesse est souvent associée à l'idée *de* **mort**. Or cela est à nuancer car la mort peut survenir à n'importe quel moment de la vie, elle est intemporelle, il n'y a pas de moment précis. Toutefois, ***les tentatives de suicide*** ne sont pas à négliger, il s'agit bien d'une réalité. Chez la personne âgée, la perte de l'élan vital peut se manifester par un sentiment d'abandon, un renoncement, un repli, un refus d'alimentation ou encore un refus des soins.

Il est alors important de bien repérer tous ces signes annonciateurs d'un éventuel mal-être ou d'une nécessité à en finir avec cette vie comme une sorte de mise en acte. Le psychomotricien a ici un regard singulier par une observation corporelle du comportement de la personne. Il peut remarquer une certaine agitation, une inhibition, un comportement inhabituel ou inadapté. Son observation clinique sera complémentaire des données médicales recueillies.

2.2. Une personne affaiblie

La vie est une somme, une accumulation de facteurs de risque, et donc le risque de développer **une pathologie**, **un trouble** s'accroît en prenant de l'âge (exemple de l'arthrose). Mais il ne faut pas oublier que certaines maladies peuvent se développer en étant jeune ou au contraire ne plus être présentes passé un certain âge (exemple du neuroblastome*).

La vieillesse est « *une période naturelle de la vie correspondant à une modification des fonctions physiologiques, à une perte de relation sociale par l'arrêt de l'activité professionnelle et à une diminution des capacités physiques et psychologiques* » [77].

« *La diminution des capacités physiques et psychologiques* » renvoie à un ralentissement des capacités cognitives et motrices. Il ne s'agit pas d'une régression qui consisterait au fait de revenir à l'état de capacités antérieures, ni à un retour vers l'enfance.

Le remaniement des réseaux sociaux (réseau familial, amical, professionnel...) et l'isolement peuvent entraîner un sentiment de **solitude**. Le psychomotricien ainsi que les aides mises en place par exemple à domicile, peuvent faire parties d'une source de stimulation sociale.

Aussi, une chute peut avoir des conséquences néfastes sur la personne et son devenir.

Je pouvais observer M. R, présentant la maladie d'Alzheimer, déambuler dans les couloirs. Un jour, il fit une chute entraînant une perte d'autonomie à la marche et le rendant dépendant de son fauteuil. Aujourd'hui, il ne marche que très peu (notamment avec la kinésithérapeute), présente des troubles psycho-comportementaux (se met à crier en espagnol dans la nuit...). Quand nous (la psychomotricienne et moi) sommes entrées dans sa chambre, il nous a dit qu'il souhaitait partir … Mais avant cela, il voulait qu'on transmette à sa femme ces mots : « *je l'aimerai pour toujours* ».

2.3. Du côté psychologique

On retrouve **la nostalgie** (souvenirs de la vie passée), **la dépression**, **l'angoisse** (pouvant être des manifestations de troubles androgènes) et **la fragilité** (physiologique, psychologique, sociale, émotionnelle...). **La souffrance** peut survenir suite à la notion de perte (d'un proche, de la jeunesse...) qui nécessite de pouvoir en faire le **deuil**, c'est-à-dire la capacité de faire face à cet événement douloureux et continuer à vivre malgré le manque.

En évoquant la notion de deuil [18], l'image du corps*, support du narcissisme et de l'identité du sujet, peut être touchée. En effet, elle va subir de constants remaniements au cours du vieillissement et cela entraînant une véritable **crise identitaire**. Cette dernière nécessite de faire le deuil de « *la vie d'avant* », de ce que nous avons été. Nous ne pouvons pas revenir en arrière, retourner dans le passé mais nous pouvons revivre des moments, ressentir des sensations, des émotions, des expériences passées à travers les souvenirs. Ceci est un axe important à travailler en psychomotricité notamment.

Les souvenirs peuvent être un lien entre l'ancien et le nouveau lieu de vie du résident.

L'EHPAD est constitué de chambres qui sont très diversifiées selon les personnes.
Certaines sont personnalisées (à l'aide de photos de leur famille, de leurs petits-enfants, de cadeaux), décorées (présence de tableaux, de plantes, de guirlandes...), aménagées de telle sorte à retrouver le confort et la sérénité de leur vie passée (la chambre peut rappeler leur maison). D'autres, au contraire, se retrouvent pauvres en ornement, sans indice personnel et ne traduisant pas un endroit représentatif de la personne.

La vieillesse est aussi associée à la **perte d'autonomie et d'identité** (dans le cas de la pathologie) pouvant conduire à **la dépendance** (associée au **sentiment de culpabilité** de la part de la personne âgée) et au sentiment de **vulnérabilité**.

2.4. Des représentations positives

La personne âgée est aussi associée à **la sagesse** (très ancrée dans certaines cultures), **la transmission du savoir** (la personne âgée apparaît comme un médiateur, une personne de conseil dans les familles ou au niveau social car elle présente de **l'expérience, un savoir vivre et un savoir être**). Vieillir peut être l'occasion de l'accomplissement de l'Être.

L'incroyable histoire que vit la personne ne cesse de perdurer avec de nouvelles épreuves à affronter. La personne âgée est un recueil de souvenirs, un ouvrage à elle-seule remplie d'images, d'expériences, de vécu du temps passé. En général, elle aime évoquer l'ancien temps, montrer ce qui a évolué, qui elle était …

Aussi, qui dit vieillesse, dit **avoir un peu plus de temps libre**. Cependant, même si la personne âgée dispose d'un temps plus important, elle doit faire face à un rythme diminué (elle va moins vite dans les activités, dans sa motricité, dans sa façon de penser, de réfléchir). J'entends souvent dire, notamment par mes propres grands-parents, que ce n'est pas parce qu'ils sont à la retraite que le temps passe plus lentement. Au contraire, ils manqueraient de temps.

Ainsi, il faut s'appuyer sur toutes ces représentations sociales positives, ces leviers, afin de conforter la personne qui vieillit et de l'accompagner dans ce processus naturel. Il s'agit ici d'une considération générale. Mais qu'en est-il du point de vue de la personne concernée ?

3- Une expérience intime

*« La chaleur du cœur empêche nos corps de vieillir »**

Cette citation me rappelle une phrase énoncée par une résidente en réponse à une observation :

Mme V : « Vous avez les mains gelées »

Mme M : « J'ai peut-être les mains gelées mais j'ai le cœur chaud ».

Les personnes âgées vivent des événements stressants (pertes, deuils, changements de vie...) qui amènent un caractère subjectif et personnel de la notion de vieillissement ainsi que les craintes, les doutes, les espoirs associés. Chacun perçoit des différences dans son corps, dans sa façon de se mouvoir, d'interagir avec les autres, de vivre. Chaque être est différent, réagit de sa propre manière à la douleur, à l'acceptation. C'est pourquoi, j'amène le terme d'expérience intime car vécue et perçue selon sa propre histoire et selon le contexte. Ainsi, pour obtenir plus d'informations au sujet de la vieillesse, j'ai questionné directement les personnes concernées (*voir annexe 1).* Dans cette partie, il s'agit de mettre en évidence les réponses les plus récurrentes.

Au sujet du terme de vieillesse, la majorité des personnes interrogées ont une représentation négative l'associant à la fin de vie, à une interrogation sur l'avenir, à la douleur (à la fois physique et psychique) et à la solitude.

M. F. : « *On ne peut pas avoir 20 ans toute notre vie »*

M. C. : « *C'est la fin de la jeunesse »*

Cela fait référence à la notion de **deuil** : deuil de la jeunesse, deuil des amis qui décèdent avant.

Mme R. : *« On est plus dans le regard que dans l'action ».*

Cela est en lien avec la notion de **perte** : de vitalité, des capacités physiques, psychiques, de l'autonomie.

Pour d'autres, au contraire, la vieillesse est à relier à la sagesse, au bien-être, à la tranquillité, au temps.

*Citation des centenaires de l'île d'Okinawa, au Japon.

Mme G. : « *Quand on connaît nos limites, on peut tout faire* ».

Il faut avoir conscience que son corps change, que parfois il peut devenir une contrainte mais il faut aussi savoir l'accepter.

Mme F : « *Ah non je ne veux pas aller avec tous ces vieux,j'espère que je ne deviendrai jamais comme cela ».*

Cela peut générer des limites dans la prise en charge de la personne qui ne comprend pas ce qu'elle a, du fait de l'anosognosie.

A la question sur l'âge, la réponse qui revient le plus souvent est qu'il n'y en a pas. Comme dirait M. D. : « *On vieillit sans le savoir* ». Beaucoup disent « *qu'il y a des jeunes qui sont vieux et des vieux qui sont jeunes ».* Donc l'idée qu'il existe un âge qui amène à parler de personne âgée n'existe pas. La notion de vieillesse se situe principalement dans la perception.

M. L. : « *Se sentir vieux.* »

Mme G. : « *Je ne me voyais pas vieillir* ».

La vieillesse est également visible au niveau du corps à travers les rides, les cheveux de couleur blanche / grise. Mme V. parle d'« *un corps abîmé par l'âge ».*

...Ce questionnaire, évoquant la perception de la vieillesse par la personne âgée, fut accompagné de rires, de sourires et de paroles tendres...

En conclusion de cette partie, en France comme dans le monde, la prévalence de personnes âgées est en constante augmentation. Les représentations sociales et personnelles de la vieillesse vont dépendre de la culture, de la société et de la façon d'avancer dans cette « nouvelle » vie associant un temps et un espace singuliers.

La crise identitaire se situe au cœur de la vieillesse, imposant à la personne âgée, le remaniement de ses représentations personnelles (identitaires, sociales) qui prendra plus ou moins du temps selon les mécanismes de défense et d'adaptation mis en place.

B) Vieillir, est-ce normal ?

Il semblerait que l'état de santé d'une personne âgée résulte à la fois des effets du vieillissement mais aussi des effets additifs de maladies passées. Le vieillissement implique un processus de détérioration graduelle du corps qui augmente la probabilité de développer des maladies graves (comme le cancer, les pathologies neurodégénératives ou les pathologies cardiovasculaires). Aujourd'hui les progrès médicaux et thérapeutiques, l'amélioration des conditions de vie, une alimentation équilibrée et variée, une activité physique préconisée (pouvant être réalisée par exemple par la kinésithérapie), l'arrêt du tabac, le lien social, l'éducation et la prévention (notamment par les vaccinations) aident à bien vieillir.

La vieillesse fait partie du cycle de la vie, ce n'est en aucun cas un état de maladie. On pourrait plutôt parler d'une façon d'être et de devenir [29]. C'est pourquoi une différence est à opérer entre les troubles physiologiques et psychologiques considérés comme normaux de cette période de la vie et l'aspect plutôt pathologique qui nécessitera une prise en charge globale.

Par ailleurs, il semble important de noter que le mécanisme du vieillissement est complexe et **multifactoriel**, comprenant une intrication des facteurs génétiques et environnementaux à laquelle est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

1- Normal vs Pathologique

Quand on aborde la question du normal et du pathologique, on se retrouve confronté à une question extrêmement complexe traitée par les philosophes :

« Quelles sont les frontières du normal et du pathologique ? »

Aujourd'hui, ce questionnement n'est toujours pas résolu. En effet, il n'existe pas de vérité absolue mais plutôt des vérités. Chacun possède sa propre vérité des événements, prenant alors en compte ses aspects affectifs, psychologiques, environnementaux, sociaux... Donc tout un ensemble de composantes qui sont en lien avec son histoire personnelle et sa propre expérience.

Lorsque j'évoque le terme de « *frontières* », cela renvoie à la question des **limites**, des **critères** et de **la justesse des critères**. Mais quels sont ces critères pour délimiter le normal et le pathologique ? Les concepts de santé et de maladie sont-ils équivalents ou opposés aux concepts de normal et de pathologique?

Selon l'OMS [42], la santé désigne un « *état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition tendrait à donner une extension illimitée à la santé. Selon C. BOORSE [15], la santé est l'absence de maladie et la maladie est l'absence de santé. Tout comme on parle logiquement de normal en l'opposant à l'anormal. Pour lui, il existe des normes qui font que la maladie et la pathologie sont des états anormaux (car ne relevant pas de la norme physiologique moyenne correspondant à l'état normal ou à la santé). Selon C. BERNARD, l'état pathologique serait une déviation quantitative de l'état normal. Or G. CANGUILHEM s'oppose à cette approche en évoquant la notion de normes qui existeraient aussi bien dans l'état normal que dans l'état pathologique (mais à un niveau inférieur). Pour lui, il est important, quand on parle de santé et de maladie, de prendre en compte l'individu non pas d'un point de vue purement organique mais plutôt en interaction avec le milieu extérieur (l'environnement). C'est pourquoi, pour lui, la santé ne s'évalue pas quantitativement puisqu'il s'agit d'un comportement. L'évaluation est alors qualitative et subjective car seul l'individu est sujet de l'expérience. Enfin, nous pouvons constater que la pathologie n'est pas uniquement liée à l'âge puisque des comportements jugés pathologiques peuvent survenir à n'importe quel instant de la vie. Un état normal pouvant devenir pathologique à un moment donné.

Pour finir autour de cette réflexion, on pourrait se poser la question de la douleur. *Est-ce que pathologique signifie douleur, maladie, souffrance ? Mais cette souffrance, ne la retrouvons-nous pas chez la personne âgée considérée comme normale ?* Il semblerait que la douleur soit présente à tous les âges de la vie, qu'elle soit universelle.

Si on en revient au vieillissement, on pourrait conclure que :

Le vieillissement normal ou sénescence se rapporte aux changements physiologiques et psychologiques en l'absence de maladie.

Mais la normalité va être relative à une culture, c'est-à-dire que les critères de normalité sont le reflet de la culture à laquelle appartient le sujet. C'est pourquoi, parfois, certaines

manifestations qui peuvent être pathologiques dans une culture ou une société, ne le seraient pas dans une autre ou inversement. Donc il faut considérer les symptômes de la personne par rapport au contexte culturel dans lequel ils s'expriment et par rapport au contexte de vie.

Le terme de « vieillissement pathologique » ne connaît pas de définition énoncée clairement [35]. Le vieillissement, étant par définition un processus physiologique, ne pourrait pas être pathologique. Néanmoins, ce terme recouvre éventuellement deux notions : le concept de vieillissement accéléré et celui de l'identification d'une maladie.

2- Clinique du vieillissement normal

La gérontologie* et la gériatrie* étudient le vieillissement normal de la population.

Le vieillissement dit « *réussi* » ou encore le « *bon vieillissement* » concernent à la fois **l'acceptation** mais aussi **l'adaptation** de la personne. Il s'agit d'accepter les choses, accepter qu'on n'est plus comme avant, qu'on est par exemple plus lent, qu'on met plus de temps à se souvenir. Il s'agit d'accepter cette continuité d'existence malgré les modifications physiques et psychiques qu'entraîne l'âge. Enfin, c'est accepter l'aide des personnes qui nous entourent, en éloignant tout sentiment de culpabilité. On assiste parfois à une inversion des rôles : les enfants peuvent devenir les parents de leurs propres parents.

L'adaptation découle de l'acceptation, il faut d'abord accepter de vieillir et donc accepter l'idée de la finitude pour ensuite s'adapter. S'il y a de la résistance, cela entraîne de la rigidité et il y a un risque d'épuisement. Ainsi, la notion d'adaptation fait référence à soi, à l'environnement social, familial et à la souplesse.

Le vieillissement évoque des modifications (et non forcément des régressions) de l'organisme de nature biologique ou psychologique variant au cours du temps mais sans la présence de maladies. En effet, avec l'âge, le corps change, se transforme. La personne encore autonome est marquée par les stigmates de la vieillesse. La liste qui va suivre est non exhaustive [29], [35] et [52].

2.1. Le vieillissement somatique

Il est en lien avec le vieillissement interorgane[1] et le vieillissement interindividuel[2].

- **Au niveau du métabolisme** : l'organisme se modifie avec une diminution de la taille, avec une cyphose accentuée, une peau prenant un aspect plus pâle et marquée par l'apparition de rides, une diminution de la vitesse de croissance des cheveux et des ongles. Les cheveux deviennent grisonnant[3]. On observe une sarcopénie* et une majoration proportionnelle de la masse grasse.
- **Les problèmes respiratoires** : on observe une diminution des compliances pulmonaire et thoracique ainsi qu'une réduction du volume et de la force des muscles respiratoires à l'origine de la réduction de la capacité ventilatoire. De plus, des fausses routes alimentaires à répétition peuvent amener à un encombrement pulmonaire chronique entraînant des surinfections et une insuffisance respiratoire.
- **Les problèmes cardiaques** : le débit cardiaque au repos reste stable. La diminution de la compliance ventriculaire associée aux phénomènes de fibrose ont pour conséquence la survenue de troubles du rythme et de la conduction en prenant de l'âge.
- **Les troubles alimentaires** : comme l'ingestion, la déglutition parfois difficile et pouvant mener à des fausses routes. Souvent, on retrouve un risque de dénutrition alors que les besoins alimentaires (quantitatifs et qualitatifs) restent identiques à ceux de l'adulte plus jeune. La diminution de la sensation de soif est en lien avec la réduction de la sensibilité des osmorécepteurs*.
- **Les troubles digestifs** : les reflux gastro-oesophagiens sont très fréquents et sources de douleurs. La tolérance en glucose est réduite suite au degré de résistance à l'insuline. D'autre part, le temps de transit intestinal est ralenti suite à la diminution du péristaltisme.
- **Les troubles de l'élimination** : comme l'incontinence urinaire.
- **Les troubles du sommeil** : avec une désorganisation des rythmes circadiens[4] rendant compte d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil.
- **Les effets sur les organes sexuels** : chez la femme, la ménopause s'accompagne de la disparition des cycles menstruels et de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes. Chez l'homme, la sécrétion de testostérone diminue et le volume de la prostate augmente.
- **Les problèmes orthopédiques** : pouvant être à l'origine des troubles de la marche.
- **La fragilité cutanée** : avec la présence d'escarres ou de différentes formes d'allergies.

[1] Le vieillissement interorgane est la variation considérable d'un organe à l'autre.
[2] Le vieillissement interindividuel est la variation d'un individu à un autre.
[3] L'aspect grisonnant est dû à la réduction du nombre de mélanocytes.
[4] Cette désorganisation est liée à la diminution de la sécrétion de mélatonine par l'épiphyse.

Le psychomotricien et l'ergothérapeute ont un travail complémentaire concernant le positionnement de la personne, sa façon de se tenir afin de limiter les troubles alimentaires, les problèmes d'escarres et les problèmes respiratoires. Le psychomotricien accompagné du chien travaille sur le risque de dénutrition en parlant de la nourriture du chien, de son utilité, de la différence entre plaisir et déplaisir.

2.2. Le vieillissement du système nerveux

Le cerveau subit une atrophie au cours du vieillissement. On retrouve une diminution du nombre de neurones corticaux situés dans la substance blanche[5] et de certains neurotransmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine).

2.3. Le vieillissement perceptif

Il concerne essentiellement la vision avec un risque accru de presbytie* et de cataracte*. L'audition aussi est touchée et s'accompagne d'un risque accru de presbyacousie*. L'odorat et le goût sont réduits avec une nourriture moins appétissante qui peut être à l'origine d'une perte d'appétit. Cependant, les données concernant les modifications au cours du vieillissement sont plus controversées. La réduction de l'hypopallesthésie* impacte la posture, source d'instabilité.

Le psychomotricien intervient avec le chien par un travail de stimulation sensorielle, d'orientation des actions vers le toucher du poil du chien, de l'objet à jeter (sa texture, son poids...), sur la vue, sur l'odorat (odeur du chien notamment lorsqu'il pleut), sur l'audition (aboiements du chien, bruits des objets)...

2.4. Le vieillissement cognitif

On retrouve un ralentissement cognitif avec une augmentation du temps de réaction, des capacités attentionnelles et des performances mnésiques réduites, des difficultés à acquérir et intégrer de nouvelles informations, touchant les mémoires à court et à long terme.

[5] La substance blanche se situe en périphérie et comporte les axones des neurones.

Le psychomotricien peut stimuler la mémoire en demandant à la personne de se souvenir du parcours psychomoteur réalisé, ou encore du nom du chien, de la race. Le chien, par sa simple présence, peut raviver certains souvenirs notamment sur la présence d'animaux à son domicile...

2.5. Le vieillissement psychologique

L'image de la vieillesse renvoie à des représentations négatives pouvant être mal acceptées par la personne âgée. D'un point de vue psychologique, le départ à la retraite peut entraîner un isolement affectif et relationnel difficile à supporter. Aussi, l'image corporelle se modifie et peut s'accompagner de grands bouleversements émotionnels, d'une mise en place de mécanismes de défense (comme le déni), ou d'une perte de l'estime de soi.

Le psychomotricien intervient par un travail de deuil, un travail autour du vécu de la douleur, du temps passé et des souvenirs, un travail d'ouverture au monde (en maison de retraite)...

2.6. Au niveau psychomoteur

Le vieillissement des os, des muscles squelettiques et du cartilage se traduit par un ralentissement psychomoteur. La marche diminue avec une antéversion du bassin et une lordose lombaire qui augmente. Par conséquent, le risque de chute est amplifié. On retrouve aussi une perte des repères spatio-temporels et des gestes moins contrôlés.

Le psychomotricien intervient autour du schéma corporel et de l'image corporelle, de la régulation tonique, des coordinations dynamiques, oculo-manuelles, de l'organisation spatio-temporelle, de la marche, de l'équilibre, de la verticalité, de l'appréhension des chutes, ...

Beaucoup de personnes vieillissent en bonne santé malgré le changement de rythme propre à chacune. La diminution des réserves fonctionnelles et immunitaires induit une réduction de la capacité de l'organisme à faire face aux situations d'agression. À partir de là, certaines personnes peuvent présenter une fragilité voire une ou plusieurs pathologies.

3- Clinique du vieillissement pathologique

J'ai choisi d'évoquer certains de ces troubles de façon non exhaustive, ne s'agissant pas de l'objet de mon mémoire. Seule la maladie d'Alzheimer sera décrite plus précisément dans la partie clinique car la personne âgée choisie pour mon étude de cas présente cette maladie.

On parlera plutôt de vieillissement pathologique dès lors qu'on constatera une accumulation de différentes pathologies au cours du temps, ce qui engendrera une certaine forme de **dépendance**. La personne, n'étant plus autonome, il sera nécessaire de lui trouver un autre lieu de vie (EHPAD, Unités de Soins de Longue Durée (USLD), Unité protégée Alzheimer...) afin de favoriser sa sécurité, ainsi que celle de son entourage. Différentes pathologies sont rencontrées fréquemment [25], [26], [35] et [44].

3.1. Les pathologies neuropsychiatriques (syndromes démentiels* et états dépressifs)

Aujourd'hui, la démence est la plus grave des transformations qui atteignent la personne vieillissante. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique en gériatrie.

La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence en Europe.

La démence à corps de Lewy, seconde démence la plus fréquente, partage des caractéristiques communes avec la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer. Ce qui la distingue est son évolution plus rapide et la détérioration marquée des facultés mentales. Elle affecte surtout les parties du cerveau liées aux fonctions cognitives et au mouvement.

La maladie de Parkinson, quant à elle, est une pathologie neurologique caractérisée par une dégénérescence des neurones situés dans les noyaux gris centraux. Elle est à l'origine de ce qu'on appelle la « *triade symptomatique* », composée par des tremblements de repos (disparaissant lors du mouvement), une rigidité musculaire et une akinésie*.

La démence frontotemporale (DFT) est une démence corticale. La maladie de Pick fait partie des DFT. Les troubles comportementaux (tels que l'euphorie, l'agitation, l'apathie) précèdent souvent les problèmes de mémoire.

Les démences vasculaires ou traumatiques ont pour origine un ou des accident(s) cérébral(aux). Elles sont souvent mixtes, associées à une maladie d'Alzheimer sous-jacente.

Les états dépressifs sont fréquemment retrouvés chez la personne âgée [56].

Mme R. : « Vous savez maintenant, tout ce qui m'arrive ne m'atteint plus. Parfois, il vaudrait mieux que je ne sois plus là. »

La gravité de cet état est liée au fait que la dépression chez le sujet âgé est associée à un risque suicidaire élevé. Il est important de le détecter afin que des dispositions soient installées le plus précocement possible. Aussi, cet état dépressif peut être associé ou non à des symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations...).

Un sourire, une main tendue, une âme éveillée...

3.2. Les pathologies cardiovasculaires

On retrouve l'insuffisance cardiaque et l'hypertension artérielle qui sont les deux affections les plus fréquentes. Mais également la coronaropathie, les phlébites, l'hypotension orthostatique, les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

3.3. Les troubles psychomoteurs*

Le schéma corporel tend à se déstructurer. La représentation des parties du corps et la sensation d'unité sont perturbées. Cela peut être à l'origine d'une désorientation temporo-spatiale. Par ailleurs, associés aux troubles du schéma corporel peuvent être retrouvés des troubles de l'image du corps. Ils vont alors provoquer chez les personnes âgées une fragilisation de leur organisme face aux maladies, aux traumatismes, aux accidents.

On constate une réduction des réflexes et des gestes ainsi que de l'ensemble des sensations kinesthésiques. Les troubles de la marche peuvent être dus à des troubles de l'équilibre. Ces derniers peuvent conduire à des chutes.

3.4. Les chutes

Première cause de mortalité chez les personnes âgées, elles peuvent aussi être un facteur d'entrée dans la dépendance. En effet, 40% des sujets âgés hospitalisés suite à une chute sont orientés vers une institution. Les chutes peuvent entraîner des conséquences psychomotrices telles que des troubles de la statique en position assise, une position debout non fonctionnelle, une marche réduite suite à l'appréhension d'une nouvelle chute (appelée syndrome post-chute). Ses conséquences psychologiques peuvent être extrêmement importantes. Le patient âgé peut prendre conscience de la fragilité de son corps ce qui peut entraîner un choc émotionnel (avec une perte de confiance en soi, un sentiment de dévalorisation, d'insécurité), refuser toute tentative de verticalisation. Cela peut aboutir à une réduction des activités, un repli sur soi et donc un renoncement à la vie sociale.

3.5. Les troubles du langage

Ils peuvent altérer la capacité d'une personne à parler mais aussi à communiquer. Ce sont des troubles souvent secondaires, faisant suite à un AVC, ou à un traumatisme. On retrouve les aphasies et notamment l'aphasie fluente qui est la plus fréquente chez le sujet âgé.

3.6. D'autres troubles

Nous pouvons citer l'arthrose, l'ostéoporose ou encore l'escarre qui sont très présents. Le syndrome de vieillissement prématuré (syndrome de Werner) est une maladie rare et héréditaire, qui se traduit par un développement normal jusqu'à 10 ans. Vers 20 ans, les cheveux blanchissent et ont tendance à tomber.

À partir des connaissances que le psychomotricien a acquises concernant le vieillissement normal et pathologique, il a sa place en EHPAD auprès des personnes âgées. Ce savoir va se retrouver à travers sa pratique et notamment l'utilisation de médiations comme, par exemple, la médiation animale (dans le cas de mon stage).

II. La médiation animale, une pratique professionnelle en psychomotricité

« Je ne puis pas jouer avec toi, dit le renard. Je ne suis pas apprivoisé. (...)

Je cherche les hommes, dit le petit prince. Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ? (...)

C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens »...

Créer des liens ?

Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards.

Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre.

Tu seras pour moi unique au monde, et je serai pour toi unique au monde. »

Source : livre *Le petit prince* de SAINT-EXUPERY, 1943.

A) Qu'est-ce que la médiation animale ?

1- Le savoir-faire du psychomotricien

« *Le savoir-faire est l'expérience pratique qui témoigne de la maîtrise technique d'un domaine et qui permet l'application d'une connaissance, d'un savoir. C'est donc l'habileté à mettre en œuvre son expérience et ses connaissances acquises dans un art ou un métier quelconque* ».
Cette notion représente un point clé et fondamental de la posture professionnelle.

1.1. Définition d'une médiation

Le psychomotricien, par son **savoir-faire**, utilise diverses médiations qui lui sont propres et spécifiques. C'est pour cela qu'il est important de toujours enrichir sa formation personnelle. Notamment au cours des trois années de formation en psychomotricité, nous avons eu l'occasion de découvrir de nouvelles médiations comme le rythme, l'eutonie (en première année), le mime, la voix, l'aïkido, la relaxation (en deuxième année), et pour finir, le théâtre, l'apprivoisement du toucher thérapeutique et la médiation en pleine conscience qui furent découvertes en cette dernière année. Il s'agit d'un échantillon de médiations pouvant prendre plusieurs formes : elle peuvent faire du corps, le principal objet médiateur d'expression (comme dans la relaxation, la danse...) ou privilégier le corps et son expression de façon moins directe, par l'intermédiaire d'un support (comme la peinture, le dessin, la médiation animale...). Ce large éventail de médiations constitue un point de départ dans notre exploration professionnelle et participe à la richesse de notre profession.

Mais qu'est-ce qu'une médiation ?

« *La médiation est la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle* » [46, p.254].
Ainsi, la médiation sert à relier ce qui ne peut l'être de façon spontanée en introduisant la notion

de tiers ou de médiateur. Ce dernier devient le symbole de la relation, du lien qui existe entre le thérapeute et le patient. L'objet ou l'animal médiateur se situe dans un espace transitionnel (concept défini par WINNICOTT), qui consiste en un espace qui n'appartient ni au patient, ni au psychomotricien.

Elle rajoute à cela que la médiation psychomotrice devient « *médiatrice en soi par sa fonction miroir, sa fonction expressive et sa fonction créatrice »* [46, p.256]. Le médiateur serait par conséquent un support à la fois de communication mais aussi de créativité, de richesse interne de chacun en facilitant le partage d'émotions, de contenus psychiques à travers des possibilités d'appropriations et de transformations. Cependant, cette transformation n'est possible qu'« *en supposant que c'est la corporéité du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre qui en est le médiateur »* [46, p.256]. Cela met l'accent sur la capacité transformatrice du psychomotricien, qui par son engagement corporel, va permettre le passage de l'expérience vécue en représentation. Il joue un rôle de pare-excitation en induisant des excitations corporelles tout en restant vigilant à l'arrivée d'un débordement pulsionnel. La médiation met alors en jeu le corps du psychomotricien, qui devient le médiateur initial de la relation, et le corps du patient.

« *Les médiations ont pour objectifs :*

- *de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions,*
- *de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique dans un étayage relationnel structurant,*
- *d'aider à la transformation des éprouvés en représentations* » [61, p.367].

D'un point de vue thérapeutique, le regard porté sur la personne n'est pas un regard technique appuyé sur une performance mais un regard psychomoteur, bienveillant et non jugeant. Il a pour but de faire émerger les potentialités et les capacités de la personne, notamment par l'intermédiaire d'un médiateur. L'objet médiateur peut aussi se situer à la rencontre de la réalité extérieure et du monde psychique interne du sujet, puisqu'il est à la fois porteur des qualités concrètes de sa matérialité et des qualités abstraites de la relation [63].

Quelle place le chien occupe-t-il alors si le psychomotricien devient le médiateur de cette médiation ? Le chien n'est-il pas lui aussi considéré comme un médiateur de la rencontre entre le thérapeute et la personne ? Qui est réellement le médiateur ?

1.2. La médiation animale

Dans la littérature, divers termes désignent les pratiques en lien avec l'animal : « *Zoothérapie* », « *Thérapie Assistée par l'Animal* » (TAA), « *Activités Associant l'Animal* » (AAA), « *Thérapie Facilitée par l'Animal* » (TFA), « *Médiation animale* » et bien d'autres …

Le terme « *Zoothérapie* » est le premier à apparaître dans la littérature. F. BEIGER l'a définie comme « *une méthode qui favorise les liens naturels et bienfaisants, entre les humains et les animaux et qui s'applique à toute activité impliquant l'utilisation d'un animal auprès de personnes, à des fins préventives, thérapeutiques ou récréatives. La zoothérapie mise sur la réciprocité dont fait preuve l'animal médiateur et sur son potentiel de stimulation, de motivation, de contact affectif, de guidance... »* [8, p.14-15]. Cependant les termes « *Zoothérapie* » et « *Thérapie Facilitée par l'Animal* » ont été très controversés. La thérapie est souvent associée à la notion de guérison (domaine médical) et il est important de se rappeler que l'animal n'est pas un médicament mais un médiateur.

C'est pourquoi la Fondation A&P. SOMMER a préféré adopter le terme de « *Médiation animale »* qui désigne « *la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social, pratiques telles qu'elles sont conduites dans les institutions éducatives et médico-sociales entre autres* » [36].
Dans cette deuxième définition, ce terme conduit à une présence nécessaire d'un intervenant (psychomotricien, psychologue, kinésithérapeute...) ayant des connaissances sur cette pratique. Cela signifie que toute personne possédant ou aimant les animaux ne peut pas pratiquer la médiation animale. Il faut avoir suivi une formation spécifique au préalable.

Cette relation d'aide appartient à un nouveau champ disciplinaire, celui des interactions Homme-animal. Chacun apporte ses ressources à l'autre, et cette influence réciproque entre un humain et un animal génère des bénéfices à chacun.

Les termes de médiation animale et de médiation canine me semblent les plus adaptés dans le cas de la psychomotricité où l'animal vient soutenir notre pratique en tant que médiateur. Par conséquent, j'utiliserai dans ce mémoire ces termes.

2- Historique de la médiation animale

D'où la médiation animale provient-elle ? Quelle est son histoire ? [44] et [65].

L'histoire remonte au IXème siècle dans la ville de Geel en Belgique, avec une première expérience de l'intervention des animaux dans le domaine de la santé. A l'époque, les personnes souffrant de maladies mentales étaient logées dans des familles à la campagne. La responsabilité et le soin des animaux leur étaient confiés, ce qui permis l'amélioration de leur bien-être et le développement des affinités entre l'homme et les animaux.

Au XVIIIème siècle, l'anglais W. TUKE introduisit des animaux de la ferme (lapins, volailles) auprès de malades mentaux de l'asile York Retreat (en Angleterre). Il constata alors une amélioration de la concentration, un sentiment de responsabilité, une maîtrise de soi, de la compassion et du respect provenant de ces malades qui, à l'époque, subissaient un traitement plutôt psychiatrique et peu moral.

Au XIXème siècle, durant la guerre de Crimée en Turquie, l'anglaise F. NIGHTINGALE, fondatrice des techniques infirmières modernes, observa que la présence des animaux (et notamment d'une tortue) était source de réconfort, de diminution de l'anxiété et par conséquent, d'amélioration de la qualité de vie des blessés et traumatisés de guerre.

A cette époque, en 1867, dans la ville de Bielefeld en Allemagne, certains épileptiques étaient soignés grâce au contact d'oiseaux, de chats, de chiens et de chevaux.

En 1919, à Washington, des chiens étaient utilisés comme compagnons des patients hospitalisés en psychiatrie.

En 1940, un premier document sur les thérapies assistées par l'animal (TAA) évoque l'introduction de chiens pour améliorer l'humeur des blessés de guerre.

Les travaux suivants sont considérés comme les fondements de la médiation canine plus particulièrement.

B. LEVINSON, professeur de psychiatrie et psychologue de l'Université de Yeshiva aux USA, est considéré comme le père fondateur de la médiation animale. Il fut le premier à associer le chien à ses séances thérapeutiques. En 1953, ce fut une découverte par hasard, quand il reçut dans son cabinet une mère avec son enfant autiste présentant un retrait sévère. Lorsque l'enfant pénétra dans l'office, il se dirigea vers Jingles, la chienne du docteur LEVINSON, qui était présente de manière exceptionnelle (car l'accès au cabinet lui était interdit). Spontanément, l'enfant commença à lui parler, à la caresser et demanda même à revenir la voir. Les séances se poursuivirent en présence de sa chienne qui servit de médiateur entre le thérapeute et l'enfant. B. LEVINSON démontra alors le rôle thérapeutique complémentaire de l'animal et remarqua que ce dernier facilitait la communication et l'estime de soi des patients. Sa théorie de la « *Pet Oriented Child Psychotherapy »* ouvrira la voie de l'observation et de l'exploration des bénéfices de la thérapie assistée par l'animal.

En 1977, dans l'Ohio, le couple de psychiatres américains S et E. CORSON observèrent les bienfaits des chiens sur des adolescents perturbés ne réagissant pas aux traitements médicaux.
De ce fait, ils mirent en place le premier programme de zoothérapie « *Pet Facilitated Therapy* ».

En 1978, A. CONDORET, vétérinaire français, définit la méthode d'**Intervention Animale Modulée Précoce** (IAMP). Cette méthode permettait la détection précoce des troubles de la communication (verbale et non-verbale) chez des enfants de maternelle. Il s'agissait de les mettre en contact avec différents animaux (notamment le chien) afin de les stimuler, de les rassurer, et servir de « *déclencheur de la communication* ».

C'est en 1983 que le premier institut de zoothérapie fut créé à Montréal par C. BOUCHARD, psychologue canadienne. L'objectif était de « *développer et promouvoir les liens naturels entre les humains et les animaux à des fins de prévention, de thérapie et de réadaptation* » [65, p.32]. En France, c'est F. BEIGER qui créa l'Institut Français en Zoothérapie (IFZ) en 2003.

Par conséquent, nous pouvons constater que la médiation animale n'est pas une pratique récente et nouvelle mais bien une pratique présente depuis des décennies (et aujourd'hui utilisée dans le domaine de la santé). Qu'en est-il au niveau de la psychomotricité ?

3- La médiation animale en psychomotricité

Le psychomotricien, à travers la médiation animale et notamment canine, peut orienter ses exercices/activités en fonction des objectifs (prévention, thérapie, rééducation), des attentes de la personne âgée, de la demande de la personne et de sa famille, et du type de séance (individuelle ou groupale). Ainsi, il peut proposer un travail au niveau de : [9], [45] et [54]

→ La sensorialité : avec des possibilités de stimulations sensorielles par l'abord du toucher, du contact physique, de l'observation visuelle, de l'audition (aboiements), de l'olfaction...

→ La motricité globale : avec la réalisation de parcours psychomoteurs avec l'animal (qui va guider, accompagner et servir de soutien) faisant intervenir les coordinations dynamiques générales, mais aussi en promenant le chien, favorisant ainsi les capacités de déplacement ...

→ La motricité fine : à travers le toilettage (cela nécessite un contrôle, un ajustement tonique pour éviter de blesser l'animal), la saisie des croquettes pour récompenser le chien, la réalisation de petits jeux comme lancer une balle permettant un travail des coordinations visuo-manuelles.

→ L'équilibre : en tirant, debout, dans le ballon qui sera réceptionné par le chien gardien de but.

→ La latéralité : sur soi. Par exemple, « *tendez la main droite au chien* ». Mais aussi sur le chien. Par exemple, « *il s'agit de sa patte gauche ou droite, de devant ou de derrière* ? ».

→ La structuration des repères spatio-temporels : avec en début de séance, le chien présent dans sa cage en dehors du champ visuel des personnes. La fin de la séance peut être marquée par un aboiement par exemple. On peut aussi travailler sur les repères topologiques tels que « à côté de », « entre », « loin », « près » …

→ La cognition, la mémorisation : le chien va apporter des images, des représentations, des souvenirs qui permettront la remédiation cognitive et la création de nouveaux circuits, de nouveaux systèmes de transmission de l'information. Cela met en jeu la plasticité cérébrale.

→ La symbolisation [63] : L'objet médiateur serait une partie intégrante d'un dispositif particulier mis en place pour répondre aux difficultés que peuvent avoir certains patients à symboliser et aiderait le thérapeute à privilégier un travail favorisant les processus de symbolisation difficiles à mettre en place seulement par des interventions verbales.

La médiation animale va agir sur d'autres composantes de la personne, à savoir :

→ L'humeur : avec un effet anxiolytique (réduction de la tension artérielle, du stress et de l'anxiété) et rassurant car elle permet de penser à autre chose. Elle permet une réduction de l'apathie*, mais aussi de développer la confiance en soi, la valorisation et la motivation. Elle va aussi aider à faire face au repli social, à l'isolement ou au sentiment de solitude en favorisant la cohésion de groupe.

L'animal peut, par sa seule présence, provoquer une réaction chez la personne. Cette médiation apporte alors un plaisir constaté notamment dans la rencontre avec l'animal où on observe des sourires, des rires, des compliments...

Quand Mme Z entre dans la salle de psychomotricité et qu'elle s'aperçoit de la présence d'Ilou, cela provoque de façon systématique un, voire des, sourires. Cette communication non-verbale, avant même que n'intervienne le langage, traduit déjà un sentiment de joie et de bonheur quant à cette rencontre si particulière (comportements affiliatifs).

L'animal peut remplir une fonction projective, c'est-à-dire que la personne projette, souvent de façon inconsciente, ses sentiments et ses états d'âme sur l'animal. Ainsi, l'animal sert de prolongement symbolique de soi [3].

L'animal est une très bonne compagnie pour les personne âgées, et peut vite devenir le confident, l'oreille attentive puisque la personne âgée peut lui exprimer en premier lieu ses craintes (par exemple, la peur de chuter, sa difficulté à faire le deuil d'un proche...), ses secrets, ses humeurs et pourra en discuter après avec le thérapeute. L'animal est en quelque sorte un stimulus.

→ La relation : elle favorise l'entrée en relation avec le chien, les résidents eux-mêmes et le personnel soignant. Elle va stimuler les communications verbale (élocution) et non verbale (avec des gestes appris). Par ailleurs, elle va permettre, au sein d'un groupe, de développer les notions de respect et de tolérance envers autrui.

Au sein de séances en médiation animale, le thérapeute peut avoir recours à différents animaux (cheval, chien, âne, cochons-d'Inde...). Mais pourquoi ici le choix du chien ?

B) Qu'est-ce que la médiation canine ?

La médiation canine est une médiation bien particulière. En effet, le médiateur n'est autre que le chien, un être vivant qui présente des caractéristiques différentes des autres médiateurs thérapeutiques pouvant intervenir dans notre pratique psychomotrice.

1- La relation psychomotricien – chien

« *La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre »* [61, p.364]. Ce terme implique une notion de mise en contact, de rapprochement. La base de la relation thérapeutique avec le résident se joue d'abord dans les liens d'attachement unissant ces deux êtres vivants.

1.1. Les liens d'attachement

J. BOWLBY (1969) décrit l'attachement comme étant *« le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui*». Le besoin d'attachement serait inné mais non l'attachement en lui-même. Ce dernier semble « *appris* » ou en d'autres termes, se construit de façon progressive à partir des liens affectifs qui se tissent entre les deux partenaires (le bébé et la mère). MS. AINSWORTH définit un lien affectif comme « *un lien durable avec un partenaire qui prend une importance particulière du fait qu'il devient unique et non interchangeable »* [32, p.9].

Dans le cas d'une relation entre homme et chien, on parlera plutôt de liens d'attachement que de liens d'interdépendance. Il est vrai que cette relation a évolué selon les époques.

Quels ont été les prémices à ce renouveau ? [66] et [47]

Au paléolithique, la relation entre ces deux êtres vivants était de l'ordre chasseur (homme)/proie (chien). A partir de la période du néolithique, le chien avait plutôt un statut « *d'outil* » car il avait comme fonction principale d'assister l'homme lors de ses tâches quotidiennes. La sédentarisation des nomades a favorisé le processus d'intégration du chien au sein de la société. Il s'est alors fait une place en tant que prédateur et chien de garde. Ce n'est qu'à partir du XIXème siècle que le

statut du chien se généralise : il s'impose dans son rôle d'animal de compagnie. Actuellement, le chien n'est pas uniquement retrouvé dans les foyers de vie, mais il fait partie intégrante de nos sociétés. En effet, il est présent dans le monde du travail notamment dans la police, ou par exemple, comme chien de berger, chien d'attelage, chiens d'aveugles …

Ainsi, le rapport privilégié entre ces deux individus a rendu le chien partenaire de vie de l'homme. On parle maintenant de relation intersubjective où le chien occupe une place importante auprès de l'homme.

Le lien entre l'homme et le chien est à la fois de nature affective mais semblerait être également de nature hormonale. Des recherches récentes ont démontré que l'affection entre l'homme et le chien prendrait naissance dans un simple regard. En effet, se regarder mutuellement dans les yeux entraîne une augmentation du taux d'ocytocine. Cette hormone, parfois surnommée hormone de l'amour, du plaisir ou de l'attachement, est impliquée dans les liens émotionnels entre la mère et l'enfant. Ce phénomène pourrait expliquer la domestication des chiens [30].

L'attachement à l'animal, évoqué précédemment, se fonde sur une proximité corporelle associée à la place capitale de l'émotion. Certaines émotions ont une fonction motivationnelle et de communication dans la relation d'attachement. Il est avéré, depuis de nombreuses années, que les animaux vivent, ressentent et expriment les six émotions de base qui sont la joie, la tristesse, la peur, la colère, la surprise et le dégoût. Ce sont les mêmes émotions retrouvées chez l'humain. Ainsi, si la personne se sent malheureuse, ou d'une humeur différente de d'habitude, il est tout à fait probable que le chien le perçoive, le ressente et puisse par conséquent s'adapter à cette personne. C'est ce qu'on appelle la contagion émotionnelle ou affective. Cela signifie que les émotions des uns peuvent impacter les émotions des autres, et dans les relations affectives et les liens d'attachements si particuliers créés avec les animaux de compagnie, la propagation des affects se met parfois en place de façon inconsciente [23].

Enfin, pour que le travail d'équipe puisse fonctionner, il faut tout d'abord établir une relation de complicité.

1.2. Un duo complice

Le terme **duo** exprime la relation entre les deux êtres vivants. Sans cette relation fusionnelle et complémentaire entre le psychomotricien et son chien, le travail en séance ne peut pas avoir lieu. Dans ce duo, chacun est acteur, a un rôle et une place particulière.

Le terme **complice** vient du latin *complex,-icis,* qui signifie « *uni, associé ».* La complicité passe notamment par la connaissance de soi et de l'autre : on se connaît par rapport aux autres et on connaît les autres par rapport à soi. La conscience corporelle passe aussi par l'autre, reflet de ce que nous projetons et transmettons. Le psychomotricien formé en médiation canine connaît son chien. Il sait ses besoins et ses limites et se doit de les respecter pour s'assurer de son bien être émotionnel, psychologique et physique. De même, l'animal peut apporter un soutien, une aide au thérapeute. En se tournant vers l'animal, le thérapeute se détend, se remet à l'écoute et se recentre pour revenir vers le patient avec un esprit plus ouvert, plus libre, plus posé et plus bienveillant [4].

Ainsi, cette complicité amène une **confiance mutuelle** entre les deux partenaires. Ils savent qu'ils peuvent compter l'un sur l'autre. En séance, on retrouve ce travail d'équipe : l'un apporte à l'autre et inversement.

Ici, même s'il s'agit d'un lien réciproque où chacun se retrouve acteur, il semble important de garder un contrôle sur le comportement du chien. Le psychomotricien donne les ordres auxquels le chien répond et obéit la plupart du temps. Néanmoins, l'autorité amenée par le psychomotricien se doit d'être teintée d'affectivité. Le duo fonctionne suite à un accordage affectif. H. MONTAGNER explique que l'animal représente « *un compagnon qui apaise, apporte une sécurité affective, donne ou redonne confiance en soi, « partage » les émotions, accepte d'entrer dans un accordage affectif et d'être un partenaire d'attachement sécure »* [57, p.32].

Cette relation est primordiale pour envisager la progression des séances. Cette complicité et ce travail d'équilibre vont faire qu'une relation triangulaire va s'instaurer entre trois êtres vivants distincts.

2- Le cadre thérapeutique

2.1. Définition

« *Un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître »* [6, p189].

Le cadre, processus relationnel, dynamique et souple, possède des éléments invariants (correspondant aux règles et lois juridiques) et variables (au départ explicites et progressivement implicites). Il constitue la structure de l'espace de soin.

C. POTEL [61] envisage le cadre psychomoteur à deux niveaux :

– Le cadre physique :

Il fait intervenir **le cadre temporel** avec la notion d'horaires (le matin, l'après-midi, quand est-ce que la personne est le plus disponible...), de fréquence (c'est-à-dire combien de fois par semaine a lieu la séance), de durée (avec en général, une permanence dans le temps). Cela crée une rythmicité des séances (même jour, même heure, régulièrement) à l'origine d'une ritualisation. Ce terme de ritualisation permettra une structuration de la pensée, ainsi qu'une lutte contre l'angoisse, notamment de séparation qui peut être parfois douloureuse et anxiogène.
On parle aussi de **cadre physique** avec le lieu dans lequel se déroule la séance (en psychomotricité, il s'agit d'un endroit ludique, attrayant et privilégié), le matériel utilisé, les différentes médiations avec leurs caractéristiques, ainsi que les conditions d'encadrement (correspondant aux règles et lois et assurant la sécurité). Ces éléments crées vont servir à l'élaboration du cadre psychique.

– Le cadre psychique :

Il dépend de **postulats théoriques** nécessaires pour mettre en pensée des manifestations corporelles, d'une **fonction de pare-excitation** (fonction de protection et de filtre par rapport à l'extérieur), d'une **fonction contenante** (avec l'adaptation du regard, du toucher, de l'engagement corporel du psychomotricien pour éviter tout débordement), d'une **fonction de miroir** (qui renvoie une image positive de la personne en montrant ses potentialités et ses capacités) ainsi qu'une **fonction d'étanchéité** (qui renvoie aux notions de confidentialité, de secret thérapeutique).

2.2. Fonctions du cadre thérapeutique

Selon D. ANZIEU, le cadre dispose de plusieurs fonctions. Il évoque le cadre comme un « ***contenant maternel*** » qui peut être comparé à une seconde peau psychique pour la personne. Il constitue une enveloppe protectrice qui contient et retient les bons éléments. Il représente aussi l'interface entre le dedans et le dehors qui protège le résident à la fois physiquement et psychiquement. Par ailleurs, le cadre est **malléable** offrant une stabilité et une solidité sur lequel il est possible d'agir sans le détruire. Il a également une **fonction de limitation** avec la présence de lois, de règles à respecter et des limites de temps, d'espace et de possibilités d'action. Il permet la distinction avec un autre lieu de travail. Enfin, il s'agit d'une aire intermédiaire d'expériences. Le psychomotricien va verbaliser et **donner du sens** aux éprouvés et aux expressions des affects de la personne, permettant l'initiation du processus de symbolisation et l'accès aux représentations.

2.3. Le cadre thérapeutique en séance de médiation canine

Le cadre thérapeutique s'appuie avant tout sur une demande du patient qui s'engage à le respecter et du thérapeute qui s'engage à le maintenir. Ainsi, il met en jeu un soignant et un soigné. Le cadre est posé au même moment que le projet thérapeutique.

Au sein des séances de médiation canine, la salle de psychomotricité est utilisée en tant qu'espace clos. Il s'agit alors d'un cadre sécuritaire, fermé et non semi-ouvert (la porte est fermée avec un panneau signifiant qu'une séance de médiation canine est en train de se dérouler). Cela diffère des autres espaces tels que le jardin de l'EHPAD où il s'agit plutôt d'un cadre ouvert sur l'environnement. Dans la salle de psychomotricité, l'ensemble de l'attention est portée sur l'animal tandis qu'en extérieur, des éléments distracteurs peuvent être présents. Il s'agit donc d'un élément facilitateur pour le chien et pour les capacités attentionnelles de la personne âgée. Dans ce cadre, le patient va se situer dans la prise en soin.

Le cadre, contenant, porté physiquement et psychiquement par le psychomotricien, permet à la personne âgée de se sentir suffisamment sécure pour porter attention à ses propres émotions tout en étant disponible à l'animal.

3- Le chien médiateur

La médiation par l'animal ne se fait pas avec n'importe quel animal. Le choix de la race et notamment, ici, du chien, va dépendre de plusieurs critères essentiels [4], [17] et [70] :

En effet, la sélection du chien par le thérapeute varie selon **la relation et l'affinité** qu'il entretient avec lui. Il peut s'agir de son chien de compagnie ou d'un chien destiné à ce type de médiation. Dans tous les cas, pour qu'il devienne médiateur, le chien devra suivre une éducation bien particulière, adaptée aux objectifs de travail.

Après la période de sevrage (soit environ après huit semaines de vie), **l'éducation du chiot**, en vue de sa future intégration, pourra débuter. L'éducation précoce, mettant en jeu la plasticité cérébrale, favorisera son apprentissage et sa socialisation. La rencontre avec d'autres chiens, de nouvelles personnes, de nouveaux endroits, l'attention portée aux divers bruits ainsi que la confrontation à des situations, des ambiances et contextes particuliers ou inhabituels, favoriseront leurs capacités d'adaptation, de tolérance au stress et à l'anxiété. L'éducation est alors basée sur des ordres verbaux (le chien étant capable de retenir plus de 180 ordres [38]) et des codes gestuels. On verra plus tard l'importance d'une congruence entre les aspects verbaux et non-verbaux.

La particularité dans ce cadre professionnel est le fait que les deux (aussi bien le thérapeute que le chien) ont accompli un travail particulier : par la formation pour le thérapeute et par l'éducation spécifique pour le chien.

Il existe plusieurs formations permettant la pratique de la médiation animale. Dans ce contexte précis, la psychomotricienne de l'EHPAD a suivi la formation de psychomotricité, puis d'éducateur canin 1er et 2ème degrés, une formation comportementaliste canine et un diplôme universitaire de Relation d'Aide par la Médiation Animale (DU RAMA).

Le psychomotricien va tenir compte **du caractère et de l'aspect physique du chien**.

Le caractère : même si le chien doit être capable d'intégrer une certaine quantité d'ordres, il est important qu'il puisse garder sa spontanéité et son caractère propre. Il existe de nombreux tests comportementaux à la disposition des éleveurs et des particuliers. Le plus connu est le test de Campbell qui apprécie le caractère d'un chiot d'au moins sept semaines.

Dans le cadre de la médiation canine, un chiot considéré comme équilibré et adaptable serait le plus à même de devenir médiateur.

La race (parmi les presque 400 races de chien) doit être facilement identifiable et mémorisable pour permettre un meilleur investissement de la part du résident. Les races les plus communes peuvent raviver des souvenirs chez certains. Par exemple, le berger allemand est le chien de ferme et le chien de guerre pour les personnes âgées. Le bichon maltais est un petit chien qui, même en grandissant, a toujours l'air d'un chiot.
Les races moins connues peuvent être le support d'une ouverture d'esprit et de curiosité au monde environnant.

Concernant la taille, un chien de petit gabarit peut, par exemple, être plus facilement posé sur les genoux, être porté, être comparé à un bébé. Cela peut, par conséquent, favoriser le travail sur le « *holding* »* et le « *handling* »* (notions développées par D. WINNICOTT). Un chien de plus gros gabarit sera moins porté mais restera plutôt à terre et sera facile d'accès. En effet, le chien sera à hauteur pour des caresses, le brossage, le toilettage. Il sera utile pour des personnes présentant des difficultés à bouger, à se pencher, ou ayant des problèmes de vue.

Vis-à-vis de l'aspect du poil et notamment de la longueur du poil, il est vrai que le poil long rappelle l'aspect de peluche. Cela amène de la contenance, un aspect rassurant et peut devenir source de stimulation pour le toucher (en enroulant ses doigts dans les poils, en sentant la texture et la longueur du pelage...). Le poil court, quant à lui, peut faciliter les activités de toilettage et de brossage. La couleur du poil est aussi importante à prendre en compte. Par exemple, une couleur claire favorise la visibilité, tandis qu'une couleur foncée peut être associée à l'idée de mort (notamment chez les personnes âgées).

Le chien médiateur joue le rôle de tiers dans la relation. Il s'agit d'un chien de travail et non pas d'un outil à qui on va demander un travail de médiation. Le chien est alors un médiateur vivant, présentant différentes qualités et compétences.

Il doit faire preuve d'une certaine réceptivité et obéissance, se montrer calme et concentré face aux ordres et aux paroles de son maître et des résidents. L'éducation, la communication verbale et non-verbale et la posture du psychomotricien entrent dans la clarté et la

compréhension du message transmis. Le fait d'être calme aura un effet relaxant, apaisant et rassurant pour le patient.

Il doit s'adapter et gérer toutes sortes de situations, même les plus inattendues. Par exemple, si un résident commence à crier, le chien devra rester calme. Peut-être aura-t-il envie d'aboyer, sera-t-il sur la défensive, aura-t-il une réaction inadaptée ? Le thérapeute devra alors intervenir au plus juste, en sécurisant à la fois le résident et le chien. Il répondra de façon harmonieuse à cette situation tout en la verbalisant. C'est pourquoi, le chien, par ses capacités d'adaptation soutenues par le psychomotricien, permettra un travail avec un large choix de public.

Au cours des séances, le chien doit disposer d'une certaine disponibilité. Cependant, le chien médiateur reste un être vivant comme les autres et a besoin, après ses temps de travail, de ses temps de repos, de calme, de sérénité, de pause, de jeu. Le psychomotricien portera un regard attentif sur les comportements du chien.

Pour conclure, le chien médiateur est un chien particulier : il doit être enjoué, parfois calme, toujours doux et affectueux, sociable et tolérant à l'extrême [4].

Ainsi, avec sa qualification de « *meilleur ami de l'homme* », le chien bénéficie d'une représentation sociale positive pour la majorité de la population ce qui amène à penser qu'il aura un impact positif sur les personnes. Cependant, cela reste à nuancer car certaines personnes peuvent avoir peur ou générer de l'anxiété face à cet animal. Le psychomotricien doit alors prendre en compte tous ces critères pour mettre en place des séances de médiation canine appropriées à la personne.

Le chien médiateur constitue le lien, le fil conducteur entre le patient et l'intervenant professionnel qui met en place des objectifs thérapeutiques. Le psychomotricien va construire et poser un cadre thérapeutique qui contient une action thérapeutique dans un espace-temps délimité. Le psychomotricien a une place non fixée mais plutôt changeante en fonction du type de relation, des caractères des personnes, des objectifs à réaliser.

III. La posture professionnelle du psychomotricien dans la relation triangulaire

Peux-tu simplement écouter ?

Quand je te demande de m'écouter
Et que tu commences à me donner des conseils
Tu n'as pas fait ce que je te demandais.

Quand je te demande de m'écouter
Et que tu commences à me dire
Pourquoi je ne devrais pas ressentir cela
Tu bafoues mes sentiments.

Quand je te demande de m'écouter
Et que tu sens que tu dois faire quelque chose
Pour résoudre mon problème
Tu me fais défaut.

Tout ce que je te demande, c'est que tu m'écoutes,
Non que tu parles ou que tu fasses quelque chose …
Je te demande simplement de m'écouter …

Je peux agir par moi-même, je ne suis pas impuissant
Peut-être un peu découragé ou hésitant,
Mais non impotent.

Source : Auteur anonyme indien. (2008). *Peux-tu simplement écouter ?* [5]

A) Quelle est la place du psychomotricien dans la relation triangulaire ?

Le terme « *relation* » provient du latin « *relatio* » qui signifie rapport, lien.

La relation [24] est « l'*ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ». Il s'agit d'un phénomène actif, dynamique, qui se construit progressivement et est en constante évolution. Elle s'inscrit dans un temps et nécessite l'engagement de la part des deux protagonistes (au minimum).

1- La relation triangulaire

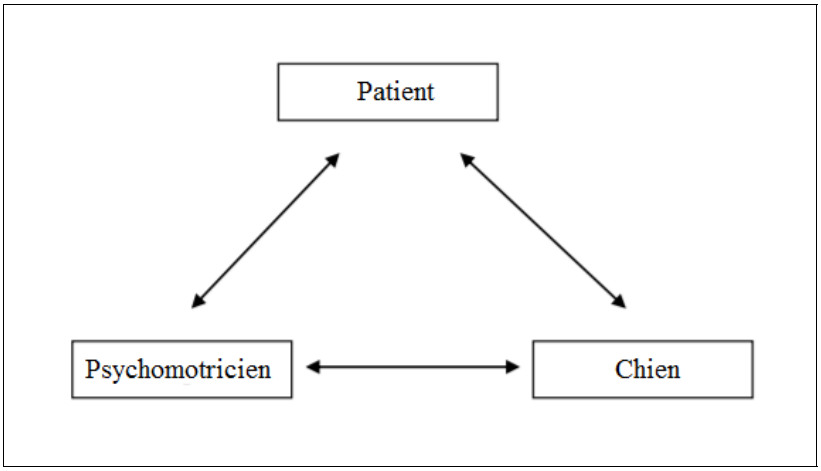


Figure 1 provient d'un mémoire de psychomotricité. Page 31 : La relation triangulaire [2].

Dans la relation triangulaire, une synergie va progressivement s'installer. Cette triangulation est composée de trois protagonistes qui interagissent en permanence les uns avec les autres [65] :

- **Le patient** (ici, la personne âgée) avec son histoire personnelle, sa vie passée et actuelle, sa situation de handicap, ses défaillances, ses angoisses, ses craintes, ses espérances, ses besoins et ses envies.
- **L'animal médiateur** (ici, le chien) avec son éducation, son caractère, sa présence. Il est défini en tant que sujet à part entière, avec une identité qui lui est propre.
- **Le professionnel formé à la pratique de la thérapie par médiation animale** (ici, la psychomotricienne) avec son savoir, son savoir-faire, et son savoir-être.

Cette interaction, non linéaire, est en perpétuel mouvement. Chacun est acteur et joue un voire plusieurs rôles dans cette relation.

La personne âgée participe aux séances de médiation canine en fonction des objectifs thérapeutiques tels que :

- La libre expression émotionnelle (possibilité de crier...)
- Maintenir l'autonomie avec un travail sur l'équilibre, le schéma corporel, les coordinations dynamiques générales,
- S'ouvrir à la relation, au monde environnant et donc limiter le sentiment de solitude,
- Redécouvrir les potentialités et capacités de son corps vieillissant.

Le chien, quant à lui, va servir de catalyseur. Il va attirer l'attention et provoquer une réaction chez le résident par sa simple présence. Avoir un animal dans un établissement n'est pas commun et comme l'évoque G-H. ARENSTEIN, « *introduire un animal dans une relation thérapeutique, c'est installer un deuxième lien là où il n'y en avait qu'un* » [4, p.249]. Il va alors recréer ou faciliter la création de liens sociaux, tout en permettant de redonner sa place au sujet. Grâce à la présence du chien, la personne âgée pourra créer une relation avec lui, sans obligatoirement communiquer de façon directe avec le thérapeute. Progressivement, en investissant le cadre thérapeutique, le résident pourra intégrer pleinement le psychomotricien et une relation se mettra alors en place.

Dans ce contexte, l'objectif du psychomotricien est à visée thérapeutique. D'autre part, il est toujours le garant de la sécurité. Il accompagne physiquement et psychiquement la personne âgée dans « *l'ici et maintenant ».* En fonction de l'évolution de la séance, le psychomotricien optera pour une approche plus ou moins directive en fonction des attentes et des demandes du résident et du chien.

Discussion :

Dans cette triade, on peut se demander qui est réellement le médiateur.

On a d'un côté **le chien**, que j'ai évoqué dans la partie II, qui va servir de médiateur entre le patient et le thérapeute, en favorisant la communication, l'entrée en relation et l'ouverture au monde.

D'un autre côté, on pourrait dire que **le thérapeute** aussi se retrouve en tant que médiateur de la rencontre entre le patient et le chien. Il propose des activités, des interprétations, des retours sur les phénomènes conscients et inconscients mis en jeu au sein de la séance.

Le corps du psychomotricien est considéré comme un médium malléable dont les caractéristiques seront définies plus loin dans ce mémoire.

On peut imaginer que **le résident** lui-même puisse, dans une certaine mesure, être « *médiateur* » en mettant une certaine distanciation entre le lien affectif du psychomotricien et de son animal. Je mets le terme de médiateur entre guillemets car cette situation sort du champ thérapeutique. Dans ce contexte, la personne âgée viendra rétablir un équilibre relationnel. Or, si nous arrivons à cette situation, c'est qu'il n'y a pas de prise de conscience de la relation, de questionnement, une attitude réflexive au préalable de la part de l'intervenant. On pourrait apparenter cela à une dérive de la part du thérapeute.



2- La communication dans la relation

La communication est définie comme « *Tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu* » [13, p.57]. L'animal et l'homme arrivent à communiquer et à se comprendre malgré le type de canal utilisé qui diffère.

2.1. Chez l'homme de manière générale

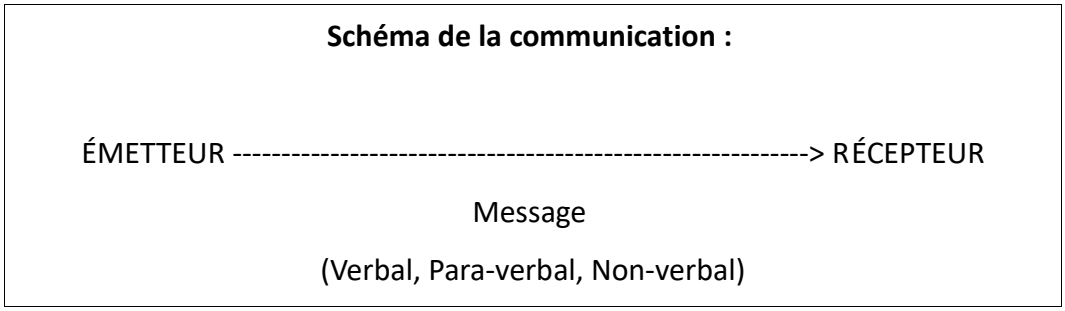


Figure 2 : Schéma de la communication.

Il existe trois types de communication [68] :

• **La communication verbale** fait intervenir le lexique (les mots), le niveau de langage (syntaxe, sémantique, expressions...). Elle se caractérise par le développement des représentations mentales chez les individus qui utilisent ce langage. L'homme utilise la communication verbale afin d'expliciter, de transmettre un contenu d'informations.

• **La communication para-verbale** comprend l'intonation (ralentie, traînante), le volume sonore ou la hauteur (bas, haut), le rythme des paroles ou débit verbal (logorrhée, mutisme). On retrouve également le bruit de la respiration, les silences. Cela ne comprend pas la sémantique des sons émis. Ce type de communication renseigne sur l'effet affectif de la personne émettrice, sur l'intentionnalité du discours.

• **La communication non-verbale** ou langage du corps est au cœur du métier en psychomotricité. Elle peut parfois être plus subtile que le verbal dans son expression.

Cette communication est définie comme étant « *l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrit, langage des sourds-muets etc…)* » [16, p.12].

Elle comprend les mimiques faciales, les micromouvements, les regards, les odeurs, la respiration, la posture, les attitudes, le tonus, le silence, l'utilisation de l'espace, ainsi que les manifestations neurovégétatives (comme la rougeur, la pâleur, le rire, ...). Ces informations peuvent être transmises de façon consciente ou non et traduisent l'intensité des processus psychiques en jeu.

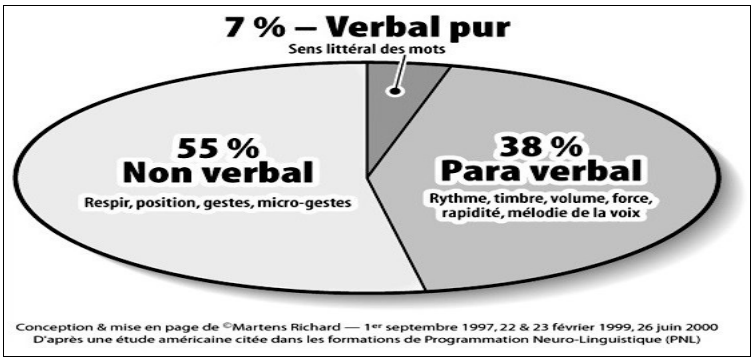


Figure 3 : Étude américaine citée dans les formations de Programmation Neuro-Linguistique (PNL).

D'après ce schéma, les communications para-verbales et non-verbales prédominent sur la communication verbale. Cette information est importante, notamment dans le cadre d'une relation d'aide entre le thérapeute et la personne âgée.

2.2. La communication entre deux humains

Une interaction verbale s'instaure entre le psychomotricien et la personne âgée. Le sujet de conversation porte autour de l'animal. En effet, une discussion s'établit sur cet « *inconnu* » si passionnant et source de curiosité de la part des résidents. Le chien peut rappeler des souvenirs, raviver des émotions qui seront décryptées et mises en mots par le psychomotricien. Ce dernier va transformer les éléments non pensables (éléments béta) de la personne et permettre la symbolisation et la mentalisation des expériences vécues en éléments assimilables par la pensée (éléments alpha). Il s'agit de la théorie de *« l'appareil à penser »* de W. BION (1962).

Pour faciliter l'interaction, le psychomotricien doit s'adapter en fonction des potentialités de la personne. Au niveau de la distance corporelle, il se positionne au niveau du visage de la personne âgée, en face ou sur le côté, et lui parle en articulant et en augmentant le volume sonore. L'intervention verbale du psychomotricien dans la relation d'aide se fait par une pratique : la validation, créée par N. FEIL [41]. Il s'agit d'une méthode destinée à favoriser la communication avec les personnes âgées désorientées ou souffrant de troubles cognitifs. Ainsi, le thérapeute accueille la parole, le geste, l'émotion, le comportement de la personne démente en les reconnaissant et en leur donnant du sens même s'il ne le comprend pas. Le plus important est que chacun se sente reconnu comme une personne importante et unique.

2.3. Chez l'animal de manière générale

« L'animal est dans un monde sensoriel, alors que l'homme vit dans un monde de subterfuge verbal » [8, p.7].

Les modes de communication chez l'animal sont variés. Plus spécifiquement, chez le chien, certains canaux prédominent tels que [67] :

- **le canal olfactif** : il s'agit du sens développé majoritairement chez le chien. Les chiens sont des animaux macrosmatiques (ils voient et perçoivent le monde par les odeurs grâce à la muqueuse nasale). Ce canal leur permet de s'orienter, de déceler une odeur précise parmi une multitude d'autres et a donc une valeur sociale. Le reniflement permet aussi le contact des phéromones* avec l'organe voméronasal ou organe de Jacobson.

- **le canal auditif** : il s'agit d'un sens très précis. Les cris, les aboiements, les grognements ont un sens défini (menace, alerte, plainte, faim, envie de jouer...).

- **le canal visuel** : il s'agit d'un des sens le plus utilisé au quotidien, avec un champ de vision d'environ 250°. Ce canal sert à interpréter des situations notamment en séance avec le chien qui est en lien permanent avec le psychomotricien à travers le regard.

- **le canal tactile** : l'animal familier réclame de la tendresse et des caresses permettant un attachement et des échanges affectifs.

- **le canal gustatif** : il s'agit du sens le moins développé mais il est capable de distinguer les quatre saveurs. Cependant, il analyse l'odeur avant tout.

2.4. La communication entre l'homme et le chien

Le chien, avant de comprendre les paroles de son interlocuteur, est plus attentif à la communication non-verbale. Il est un excellent observateur dès qu'on souhaite communiquer avec lui. Le regard est essentiel dans la communication non verbale car regarder, c'est entrer en contact avec autrui. Le regard signale donc l'engagement dans l'échange. Il va observer la posture du corps c'est-à-dire la manière dont on se tient (tenue droite, courbée, assise, penchée vers lui), la qualité des gestes (rapidité, fluidité, si le geste est en hauteur ou au contraire dirigé vers le bas, souple...), la direction et l'orientation du regard (yeux dans les yeux, regard lointain...) et les mimiques du visage (joie, tristesse, colère, dégoût, sourire).

Ainsi, dans cette communication non-verbale, se joue essentiellement l'expression corporelle avec un corps qui exprime bien plus que nous le croyons.

Le corps est la médiation absolue de l'homme. C'est plus qu'un corps vivant, c'est un corps signifiant qui exprime le rapport immédiat que l'homme a au monde [46]. L'homme est un être de communication qui communique en permanence, et non uniquement par des mots. On ne peut pas ne pas communiquer car l'être humain communique en permanence. Cela est retrouvé chez l'animal [68] qui lui aussi est un être communicant. Les chiens se démarquent par leur capacité à s'exprimer et à se faire comprendre des hommes à travers des attitudes comportementales (postures, mimiques), des émissions sonores et chimiques dont chaque variante exprime un message spécifique. Par exemple : les oreilles dressées signalent que le chien est attentif. En revanche, s'il les abaisse, cela peut traduire de la peur tout comme la queue entre les pattes … Il existe de nombreuses « *combinaisons comportementales* » signifiantes pour les congénères et parfois trop rapides pour les humains. Il est aussi capable de comportements spontanés avec lesquels nous devons nous adapter. Ainsi, il est important de connaître la signification de plusieurs de ses comportements d'expression afin de le comprendre au mieux.

Le chien, quant à lui, doit prendre en compte tous ces paramètres de la communication (verbale, para-verbale et non-verbale) de la personne afin de comprendre l'ordre donné dans un temps limité. S'il existe une discordance, le chien choisira la communication non-verbale. L'élaboration du message nécessite donc l'utilisation d'un code partagé qui soit compatible avec le langage canin et le langage humain. On parle ici de communication interspécifique.

2.5. La communication entre les deux vivants (Personne âgée - Chien)

Paroles de résidents lors des séances avec le chien Ilou :

- « Oh Ilou ! Que tu es mignon ! »

- « Il est vraiment très poli. »

- « Il a un beau pelage, vraiment propre, très soigné. »

- « Il me fait un bisou, je crois qu'il m'aime bien. Moi, je l'aime beaucoup en tout cas. »

- « Vous savez, on se connaît depuis des années. »

On voit qu'à travers ces paroles, la personne âgée **humanise** le chien, comme un petit enfant.

La personne âgée et le chien communiquent préférentiellement par **le même canal** : **le corps**. En effet, chez la personne âgée présentant la maladie d'Alzheimer, les phrases allongées ou encore une discordance entre ce qu'exprime le corps et nos paroles, vont entraîner une incompréhension. Au contraire, des phrases simples, courtes associées à la qualité du geste et du regard vont favoriser la communication.

Cela est similaire chez l'animal. En général, la production verbale chez le chien reste limité, ne correspondant qu'à un signal sonore. C'est pourquoi nous le comprenons via ses réactions, son expression corporelle. Il en est de même concernant la communication. Lorsqu'on parle à un chien, nos mots s'accompagnent de gestes.

Si la personne âgée lui demande d'aller chercher un jouet précis (exemple : une balle), elle va lui dire « Porte » tout en lui indiquant par le regard et la main l'objet souhaité.

Lorsque le chien ne comprend pas (car incongruence entre la parole et le geste) ou qu'il refuse, on assiste à des vocalises.

La communication entre la personne âgée et le chien est d'abord non-verbale et convoque le registre de l'intime et de la sensorialité (le regard, le toucher et le corps). Une fois que le psychomotricien a remarqué l'émergence d'une confiance réciproque entre la personne âgée et le chien, le travail thérapeutique pourra s'effectuer.

« *Ces rencontres les confrontent à l'expérience de la relation avec un être singulier, non jugeant, qui apporte de l'imprévu, de la spontanéité et donne une grande souplesse aux interactions et aux échanges* » [50, p.120].

Un regard, un sourire, des liens se tissent...

B) Le savoir être du psychomotricien

Le savoir-être correspond aux qualités du psychomotricien, en lien avec son vécu corporel et sensible, son identité, son histoire personnelle, sa vision des événements, sa capacité à avoir et surtout à **être un corps**. Une douleur profonde, des traumatismes peuvent se cacher dans son histoire, tout ceci marquant la subjectivité et l'individualité de chaque psychomotricien. C'est pourquoi, le travail du psychomotricien est singulier, teinté d'affectivité et d'émotions.

1- Le psychomotricien, une personne comme tout le monde

1.1. La conscience corporelle

Avant de pouvoir entrer en communication et en relation avec autrui, il faut non seulement le considérer comme une personne à part entière, différenciée de soi mais aussi et surtout se connaître soi-même. **La connaissance de soi prend du temps et ne se termine jamais**. On se découvre à tout moment, chaque instant étant source d'expériences et de nouveautés. Or, le plus souvent, nous n'éprouvons pas le corps par lui-même, c'est-à-dire que le corps relève d'une sphère de savoir-faire habituels et non réfléchis. C'est pourquoi, lorsqu'on est étudiant, on apprend, par l'expression corporelle notamment, à se focaliser, à être attentif à ses ressentis, à son vécu, à ses représentations. Ce « *regard intérieur* » représente un véritable travail sur la conscience de soi, étape nécessaire pour se situer au plus proche des besoins et des attentes de l'autre. L'expérimentation et l'enrichissement de nos ressentis vont servir de référentiel pour comprendre et faire émerger les éprouvés des personnes [37].

Sans prise de conscience corporelle, le corps peut être apparenté à un « *corps fictif* », artificiel, sans vie [55]. Cependant, un temps d'écoute de soi, sans jugement, permet au monde des émotions, des sensations et des pensées de s'ancrer dans l'action du corps. A. MUCCHIELLI énonce à ce propos que « *c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que « nous sommes nous »* [58, p.65]. Chaque individu va traiter ses sensations par rapport à son histoire, à la connaissance de son corps et à la manière dont il le visualise. La conscience corporelle se fera donc en fonction de son image du corps* et de son schéma corporel*.

1.2. Les émotions

Les émotions colorent nos réactions à l'environnement et influencent nos perceptions [20]. Ce sont des indicateurs de notre façon d'être, elles nous renseignent sur nous-même, sur notre environnement et sur notre relation avec ce dernier. Les émotions sont caractérisées par des sensations de plaisir ou de déplaisir qui s'accompagnent de modifications à la fois psychiques et cognitives mais aussi physiologiques et somatiques. Si on se réfère à son étymologie, le terme « *émotion* » vient du latin « *emovere* » qui signifie se mouvoir au-delà. Donc l'émotion peut être considérée comme un mouvement qui sort de soi, de son propre corps pour aller vers l'autre. L'émotion est alors toujours liée au corps [11]. Cela conduit aux phénomènes de transfert et de contre-transfert, présents au cours d'une séance.

Le transfert [10], concept énoncé par S. FREUD, correspond à une transposition des sentiments déjà vécus plus ou moins latents voire refoulés du patient sur le thérapeute. Le thérapeute est alors le support inconscient des projections de son patient. Dans le transfert, tout comme dans le contre-transfert, il y a présence d'au moins deux personnes.

Le contre-transfert [10], quant à lui, est l'ensemble des réactions éprouvées par le thérapeute au cours de son écoute. Il s'agit d'une réponse émotionnelle somatique (éprouvé corporel) et psychique du clinicien dans ses aspects conscients et inconscients. Ce phénomène est très complexe car il renseigne le thérapeute sur lui-même, mais aussi sur son patient.

> À la fin d'une séance de médiation canine que j'avais animée seule, j'ai ressenti un épuisement psychique et corporel. Il est vrai que cette séance avait été intense, à la fois au niveau émotionnel (concernant les vécus des résidents) et physique (avec la gestion du chien). Je ne m'en étais pas rendue compte sur le moment mais avec du recul et un temps nécessaire pour me recentrer, j'ai pu mettre des mots sur mes ressentis et en tenir compte la semaine suivante.

« *Faire vivre des émotions, faire ressentir, favoriser des reviviscences tonico-émotionnelles, proposer des modèles identificatoires, et des représentations imaginaires et symboliques, laisser émerger des émotions réciproques représentent l'essentiel de notre travail* » [62, p.72]. Ainsi, l'émotion est le point de départ de la relation et de l'action thérapeutique. Le psychomotricien met à disposition son propre corps pour partager avec le patient les sensations et émotions.

2- Les qualités du psychomotricien

2.1. Engagement – Implication - Dialogue

En psychomotricité, l'engagement du psychomotricien est non seulement corporel mais aussi émotionnel, ce qui donne accès au sentiment d'être présent à soi, existant pour soi et en relation à l'autre. Le corps du psychomotricien comme qualité de présence est ici considéré comme un « *médium malléable* ». Il présente cinq caractéristiques décrites par R. ROUSSILLON [64] :

- **Indestructibilité** : Il ne doit pas être destructible ou bouleversé par les phénomènes mis en jeu pendant la séance. Il y a une nécessité d'un cadre contenant.
- **Extrême sensibilité** : Il doit être réceptif pour que le sujet puisse transmettre son vécu.
- **Indéfinie transformation** : Il doit s'adapter aux situations tout en restant lui-même.
- **Inconditionnelle disponibilité** : Il doit être accessible et accompagner le patient dans l'accès à ses représentations.
- **Animation propre** : Il doit être vivant, animé.

Cet engagement psychocorporel nécessite de trouver un système d'accordage, un ajustement mutuel entre la personne âgée et le psychomotricien. En séance, l'essentiel de la communication se fait à travers le dialogue tonico-émotionnel, mode privilégié de communication entre la mère et son bébé, décrit par J. DE AJURIAGUERRA. Ce dialogue constitue un système d'échanges de tensions entre le psychomotricien et le résident. Il devient un outil de rencontre et de compréhension de l'autre, auquel des ajustements vont se mettre en place entre les différents partenaires. H. WALLON fut le premier à parler de dialogue tonique mettant en évidence le lien entre tonus et émotion. Les émotions et les ressentis de chaque partenaire s'expriment par la voie du tonus musculaire, à travers le corps en contact direct comme à distance (par le regard, le langage, les déplacements, les mimiques, les modifications toniques...).

Ainsi, par son implication corporelle (terme défini par O. MOYANO [12]), le psychomotricien va développer des manières de se positionner, de porter, de toucher, de regarder son patient afin de favoriser ce dialogue tonique. Cette rencontre entre deux subjectivités permet de mettre en jeu les potentialités psychomotrices, affectives, relationnelles et cognitives du sujet. Elle se révèle par une écoute particulière, un état de disponibilité psychocorporelle et nécessite de rester attentif à la circulation de ses propres réactions émotionnelles à l'égard des patients.

2.2. Écoute et observation sensibles

Avant d'écouter l'autre, il faut apprendre à s'écouter soi-même. Plus le thérapeute est en capacité de s'écouter, plus il sera animé par le désir d'écouter réellement l'autre. L'écoute sensible du corps est « *une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots »* [62, p.56].

Une des qualités majeures du travail en psychomotricité est cette capacité à s'écouter, puis à écouter et à laisser place au silence lorsque celui s'installe. Pour certains, le silence peut paraître déstabilisant, perturbateur, parfois même source d'angoisses. Pour d'autres, il est l'occasion de se ressourcer, de faire le vide dans ses pensées. Le psychomotricien doit être capable de se taire et donc de faire preuve de patience afin de laisser toute la place d'expression à la personne.

Néanmoins, l'écoute ne signifie pas uniquement se taire. « *Écouter, c'est aussi articuler cette expérience dans un langage qui permette la transmission à d'autres* » [1, p.21]. En effet, le psychomotricien travaille généralement en équipe. L'écoute entre les professionnels de santé est primordiale pour permettre la communication d'informations afin de prendre en compte la globalité de la personne.

L'écoute active est en lien avec l'observation. « *Observer et décrire ne suffisent pas. C'est bien le croisement des données observées et des données théoriques sur le fonctionnement corporel et mental qui fait toute la richesse et l'intérêt d'une technique d'observation* » [62, p.308]. Le psychomotricien met alors en parallèle ses acquis théoriques (son savoir) et son sens de l'observation. Il reste disponible, attentif, concentré sur ce qu'exprime la personne. Cependant, il ne s'agit pas toujours de comprendre sur le moment ce qui se joue, de donner une signification au contenu (parole et messages implicites se rapportant au non-verbal). Dans le cas contraire, le psychomotricien « *prête du sens* », pense à une interprétation de ses observations et la soumet (sans l'imposer) au sujet. On parle d'authenticité.

2.3. L'attitude empathique et bienveillante

« *L'empathie est une construction mentale élaborée comportant trois processus : cognitif, affectif et de maîtrise. La relation empathique est un mode de communication avec une dimension consciente double d'identification et de différenciation, exigeant un contrôle de la première* » [31, P.346]. Le processus cognitif fait référence à la capacité de comprendre l'état mental d'autrui. Le processus affectif est le fait d'appréhender l'état affectif d'autrui sans éprouver réellement le même état. La maîtrise est à la capacité à contrôler ses émotions malgré le fait qu'elles puissent raviver un état affectif vécu.

Ainsi, être empathique signifie comprendre et appréhender les émotions, les ressentis de l'autre mais sans les partager. L'empathie, « *indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet « envahissement » du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui »* [62, p.58].

L'empathie est alors à différencier de la :

- Sympathie où on retrouve un partage des émotions, et donc un jugement.
- Contagion affective ou émotionnelle [27], qui pourrait être désignée comme la *composante* automatique des processus empathiques. Il s'agit du transfert des émotions d'une personne émettrice vers une personne réceptrice.

L'intérêt de l'empathie en psychomotricité est de nous protéger de l'interprétation et du jugement. C'est aussi signifier à la personne qu'elle est importante et qu'on désire la comprendre. Ici, une place importante est donnée au non-verbal.

L'empathie est possible grâce à la découverte des neurones miroirs [48]. Ces derniers, présents dans le cerveau (animal et humain), s'activent lorsqu'un individu exécute une action, mais également lorsqu'il observe un autre individu de son espèce exécuter la même action. Il s'agit d'une découverte majeure des neurosciences qui met en évidence leur importance dans l'apprentissage par imitation et dans les processus affectifs comme l'empathie.

Enfin, le psychomotricien, adoptant cette attitude empathique se retrouve dans une proposition d'accompagnement bienveillante au plus proche du rythme de la personne.

2.4. Jeu et créativité

De façon générale, les séances de psychomotricité suivent un objectif spécifique selon l'indication du patient présent (variant selon chacun). Au cours d'une séance, le psychomotricien met en application le programme prévu avec des activités imaginées, pensées et réfléchies au préalable. Mais parfois, des imprévus peuvent se présenter au thérapeute. C'est pourquoi, les capacités d'adaptation, d'ouverture d'esprit et de créativité sont des ingrédients primordiaux au bon déroulement des séances. Il faut saisir le moment présent car nous sommes dans « *l'ici et maintenant* » et à cet instant précis, l'animal permet de rester en contact avec le réel.

La créativité est possible à partir de qui et de ce que nous sommes, à savoir notre corps. Ainsi, il semble important de ne pas juger ce qui est fait car il n'existe pas de création qui soit bonne ou mauvaise. La créativité reflète l'expression de l'identité, ce qui est propre à chacun.

C'est à travers le jeu qu'une personne sera capable d'exprimer sa créativité et ainsi d'utiliser sa personnalité tout entière [71]. Une personne fait preuve de créativité lorsqu'elle laisse sa subjectivité colorer ses perceptions et son regard.

Le jeu, qui mobilise les sensations, les affects, les émotions, l'imaginaire, ne s'inscrit donc pas uniquement dans l'agir. « *Le jeu psychomoteur sera ce moyen privilégié qui permettra au sujet de communiquer ce qui est encore non communicable* » [61, p.364].

Ainsi, créer, jouer, c'est montrer une part de nous-mêmes.

D. WINNICOTT [71] considère le jeu comme un espace de rencontre entre le patient et le thérapeute. Pour lui, deux aires se chevauchent : l'aire de la créativité du thérapeute et celle de la personne. En tant que psychomotricien, il faut aussi pouvoir renoncer à une part de créativité pour permettre à chacun d'y ajouter la sienne.

Enfin, dans cette aventure créatrice, le résident n'est pas seul. Il est en présence et en interaction avec le psychomotricien qui lui donne tous les moyens possibles pour enrichir son répertoire sensori-perceptivo-moteur. Ni spectateur, ni passif, le psychomotricien est un véritable partenaire de jeu qui assure également ce qui peut advenir, surgir et être créé dans cette relation thérapeutique.

C) Le psychomotricien dans l'espace et le temps d'une séance

Dès notre naissance, nous appartenons à un monde structuré dans le temps et l'espace. Ces deux données fondamentales sont ancrées dans le développement psychomoteur de l'enfant et animent également notre vie actuelle.

L'espace et le temps sont des organisateurs et intégrateurs à la fois du corps, de notre axe corporel et de notre conscience corporelle. Mais ils permettent aussi, au niveau psychique, d'inscrire nos expériences sur le plan symbolique, de la pensée. Par ailleurs, ils donnent une base, un référentiel à nos sensations, perceptions et représentations et sont alors au centre de la psychomotricité. Nous mettons en place une relation de confiance dans un espace-temps défini, et réalisons les séances toujours dans ce cadre structuré [31].

1. L'espace

1.1. Notion d'espace

La salle de psychomotricité constitue un cadre spatial défini, qui peut présenter différents aspects. De façon générale, une composante ludique est présente avec du matériel coloré, attirant, solide, des photos, des végétaux (plantes), et parfois une partie bureau. Cela amène à « découper » l'espace de la salle en plusieurs espaces.

Séance de médiation canine :

Les chaises sont disposées en arc de cercle de telle sorte que tout le monde puisse observer, décrire et ressentir chaque moment de cette séance particulière. Le chien Ilou, au centre, est à portée de vue de tous.

De plus, cette disposition apporte une certaine dynamique à l'ensemble du groupe, car les personnes pouvant avoir un contact soit direct par le toucher, soit indirect par le regard ou la parole, sont plus susceptibles d'entrer en communication entre elles, avec la psychomotricienne et avec Ilou.

C'est pourquoi, tout doit être pensé, imaginé, réfléchi et aménagé en fonction du patient.

Ainsi, la disposition de la salle est importante. La posture impliquée du psychomotricien permet cet ajustement de la distance, qui n'est ni fixe, ni contrainte. Cela diffère si le thérapeute se

place en face de la personne rencontrée ou s'il se place à côté d'elle. Donc il y a un questionnement au préalable quant à cette disposition, à cette distance, qui peut paraître à la base anodin, mais qui en réalité est une des composantes de la relation.

Aussi, lorsque j'évoque le terme d'« *espace* », je fais référence à la notion de proxémie, développée par ET. HALL. Cet anthropologue américain, en étudiant les comportements relationnels des animaux, a décrit une sorte de sphère invisible autour de chaque individu, comme une bulle qui entoure, protège, sécurise. Il parle ici de « *dimension cachée* ». Et les variations de distance vont venir participer à la régulation de certains comportements. Ainsi, à partir de l'ensemble de ses observations, il oriente ses recherches vers les sociétés humaines. Là aussi, il va décrire une bulle invisible, qui entoure l'homme et qui résulte de deux facteurs : la perception de l'espace et la variable psycho-socio-culturelle individuelle et intime.

Une petite image des bulles :

Chacun présente une bulle et lorsqu'on investit un espace, on « met sa bulle dans l'espace ».
Considérons en bleu la bulle d'une personne âgée, l'espace investi par cette personne présentera un aspect bleu.
Considérons qu'une deuxième personne âgée présente une bulle rose et pénètre dans l'espace, il va y avoir un mélange de bleu et de rose.
Et cela est identique pour le psychomotricien qui présente par exemple une bulle jaune.
Dans cet espace créé, on retrouve alors un mélange de bleu, de rose et de jaune (espace du psychomotricien et des deux personnes âgées).
La bulle est aussi une forme de contenance, d'espace clos mais qui peut être à tout moment « percé » si cela devient trop compliqué pour n'importe quelle personne.

ET. HALL [33] a classé cette « *dimension cachée* » chez l'homme en quatre catégories :

- ***La sphère intime*** (entre 15 et 45 centimètres)

C'est la distance qui met en jeu un ensemble élevé d'informations sensorielles produites par les deux personnes. Dans ce cas la communication non-verbale (notamment avec l'implication physique), la perception de l'autre (chaleur, odeurs...) prédominent sur la communication verbale.

- ***La sphère personnelle*** (entre 45 et 125 centimètres)

C'est la zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique. On peut encore toucher l'autre, on n'est plus dans la vision globale de l'autre mais on distingue les détails de façon précise. Cette distance permet une conversation particulière portant sur des sujets personnels et mais aussi c'est une distance de la confidence.

- ***La sphère sociale*** (entre 125 et 360 centimètres)

C'est la distance utilisée au cours des rapports professionnels ou de l'interaction avec des amis. Il n'y a plus de contact physique direct et la communication verbale est prédominante.

- ***La sphère publique*** (supérieure à 360 centimètres)

Elle se situe hors du cercle dans lequel l'individu est directement concerné. Elle est utilisée lorsqu'on parle à des groupes, lorsqu'on est au milieu de la foule par exemple. A cette distance, la vision de l'autre est moins précise. On retrouve des changements posturaux, un redressement et une gestualité appuyée pour soutenir le discours verbal augmenté.

Il est alors important et parfois compliqué de trouver la « *juste distance* ». En effet, le thérapeute va solliciter la personne par son corps à travers sa motricité, sa sensorialité, tout en évitant de le sur-stimuler ou l'hypo-stimuler. La distance peut être trop intrusive si elle est trop proche ou au contraire trop éloignée.

Au cours de la séance, le corps du psychomotricien et du résident est mis en jeu dans cet espace contenant. Un dialogue s'instaure. Il s'agit du dialogue tonico-émotionnel (évoqué précédemment).

1.2. Qu'en est-il de l'espace pour le chien ?

Au cours des séances, le chien ne se positionne pas n'importe où dans la salle. Il doit être visible par tous les résidents. Il y a nécessité d'avoir un espace suffisant afin qu'il puisse se mouvoir et permettre aux personnes âgées accompagnées du thérapeute de se lever, de maintenir un équilibre, de réaliser les activités proposées.

Au cours d'une séance étaient présents quatre résidentes, l'animatrice, la psychomotricienne, le chien et moi. Ilou, comme à son habitude, se plaçait au centre. Cependant, l'organisation de l'espace ayant été modifié, cet environnement restreint s'est révélé contraignant pour le chien, celui-ci répondant approximativement aux demandes du psychomotricien.

C'est pourquoi une nouvelle organisation de l'espace au cours d'une séance peut modifier le comportement du chien dans sa relation avec l'homme. Le chien est un animal très ritualisé qui peut exprimer du stress face aux changements.

Chaque déplacement du chien entraîne une modification de l'espace et des interactions. Le chien passe d'une personne âgée à une autre, rencontre sur son chemin le psychomotricien, puis continue ses allers-retours dans l'espace de la salle. Le chien va donc présenter différents placements au cours du temps [68] :

◦ Derrière la personne âgée. Cela permet de travailler sur le retournement de la tête ou plus généralement du corps entier, et donc un travail sur l'axe corporel et les appuis.

◦ À une distance plus ou moins éloignée de la personne. Cela impliquera un ajustement tonique, une adaptation portant sur le volume de la voix (augmentation du ton pour qu'il entende les consignes), sur l'orientation du regard, sur les gestes pour attirer son attention.

◦ Au contact direct de la personne notamment lors des caresses, du toilettage, lorsqu'il monte sur les genoux des résidents, lorsqu'il reçoit des félicitations du psychomotricien.

◦ Il peut aussi venir se coucher devant la personne âgée, ce qui implique son basculement vers l'avant et le bas.

◦ Autour du chien, jouant son rôle d'intermédiaire, se crée « un espace transitionnel ».

◦ Durant des périodes calmes, il attend patiemment les consignes de la psychomotricienne et pour cela reste à côté d'elle et ne la quitte pas du regard. Il est là, présent dans la salle. Il écoute et offre un espace sans jugement, sans essai de compréhension ni d'analyse.

La place du psychomotricien dans l'espace a un rôle majeur dans l'élaboration de la relation et l'organisation de la séance. Il intervient par le dialogue tonico-émotionnel, en essayant de trouver la bonne distance avec la personne. Il va aussi jouer un rôle dans le choix de positionnement de son chien, et va l'accompagner tout au long de la séance. Son investissement dans l'espace se retrouve dans l'organisation du temps de la séance.

2. Le temps

Le temps est indissociable de l'espace. Toute action, tout mouvement, tout déplacement a lieu dans un temps et un espace donnés. Le temps comprend trois composantes majeures : l'ordre, la durée et la succession, qui vont être progressivement appréhendées et constituer la base de la structuration temporelle. Cela sera enrichit par d'autres caractéristiques temporelles tellles que l'irréversibilité, la vitesse, ou encore la notion de rythme [31].

Dans l'EHPAD où je réalise mon stage, deux groupes de trois ou quatre résidents participent aux séances de médiation canine. Ces séances ont lieu le jeudi après-midi, durent environ 45 minutes et ont lieu à la même heure chaque semaine. Elles sont réalisées par la psychomotricienne en présence de son chien Ilou (qui est un berger allemand de 5 ans), et de l'animatrice de l'EHPAD. Lors de la pratique de la médiation animale, on s'accorde généralement à ne pas travailler seul. Au cours de mon stage, la psychomotricienne travaille avec l'animatrice. Les groupes restent fixes pendant une période de trois mois (en lien avec le changement des saisons).

Cette séance de médiation canine correspond à un moment privilégié suspendu dans un temps, un « *temps qui défile* » (Mme V).

Ainsi, le nombre de personnes présentes dans le groupe, la durée et l'horaire des séances conduisent à la rythmicité des expériences. On retrouve cette notion dans les premières interactions entre la mère et son bébé. En effet, dans un premier temps, la mère ou plutôt la personne adulte répond directement et de façon répétée aux besoins (alimentaires, sommeil, soins…) de son bébé. D. MARCELLI [49] parle ici de **macrorythmes** à l'origine des phénomènes d'anticipation. Une fois que l'enfant aura intégré cette rythmicité, la mère pourra progressivement laisser des temps d'attente avant de répondre aux besoins. Marqué par des **microrythmes** aléatoires et incertains, le bébé peut « *investir* » l'incertitude où ce qui est attendu n'est jamais certain, où l'attente est excitante.

L'essence du rythme est bien dans cette tension entre un besoin de régularité, de répétition et une attente de surprise/étonnement.

En psychomotricité, le séquençage rythmique des interactions génère le sentiment d'enveloppe, de continuité et de contenance porté par le psychomotricien. C'est pourquoi, le déroulement d'une séance s'effectue selon un ordre chronologique et des repères bien définis.

Le début de la séance consiste en l'accueil des résidents. Une fois installés, un petit temps s'impose afin de rappeler pourquoi ils sont présents et qui ils sont venus voir. Ce travail de remémoration est important pour repositionner le cadre de travail. Après s'être souvenu du nom, celui-ci sort de la cage de transport dans laquelle il patientait. Sa présence ravive des souvenirs.
Vient ensuite le temps de la séance. Les thèmes varient en fonction des objectifs et de l'évolution de chacun.
Le chien, sur consigne de la psychomotricienne, marque la fin de la séance par un aboiement, comme une métaphore d'un « *au revoir* ». Cela amène des rires de la part des résidents, *comme si le chien pouvait parler.* Néanmoins, ils savent qu'ils le retrouveront la semaine suivante dans la même salle et aux mêmes horaires.

Le temps de séparation peut s'avérer complexe selon les personnes. C'est pourquoi il est important d'être vigilant à la durée de la séance et au temps qui passe. Il est nécessaire de prévenir la personne que la séance va bientôt s'achever pour qu'elle puisse anticiper et éviter ainsi les angoisses liées à la séparation. Le psychomotricien et le chien viennent comme un support à la sécurité affective. Ils apportent ce rôle de contenance et de portage et permet d'apaiser certaines angoisses de séparation.

Suivre des personnes en séance, les voir évoluer, changer... Se voir grandir... Observer son chien vieillir... Partir à la retraite... Cela pose la question du deuil [18]. Il s'agit d'une étape nécessaire et vitale pour maintenir un équilibre. A partir de ces remaniements psychiques, la personne pourra être de nouveau dans la créativité. Cela nécessite d'accepter de perdre pour gagner autre chose.

Question posée à ma maître de stage :

Quand Ilou partira à la retraite, reprendras-tu un autre chien ?

Elle pense à la succession de Ilou mais n'a pas encore de réponse. Elle se pose la question du deuil, jusqu'à présent, il y avait toujours un autre chien éduqué pour prendre le relais. Elle est certaine qu'elle n'adoptera pas un chiot, peut-être un chien adulte déjà formé. Elle ne sait pas...

PARTIE CLINIQUE

I- Présentation du lieu de stage

A) Un lieu de vie

J'ai effectué mon stage de Troisième et donc de dernière année de psychomotricité au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Il s'agit d'un établissement privé qui accueille 65 résidents présentant des démences de type Alzheimer mais aussi des pathologies somatiques telles que le diabète ou encore des pathologies cardio-vasculaires. L'EHPAD répond à plusieurs missions :

- Accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de dépendance,
- Maintien de l'autonomie,
- Respect de l'intimité,
- Revalorisation de l'estime de soi,
- Garantir une prise en soin individualisée.

L'entrée d'une personne âgée dans l'établissement s'effectue par étapes. Tout d'abord, la **rencontre de pré-admission** est importante car la décision d'un changement de mode de vie est parfois difficile à envisager pour la personne âgée et l'entourage. Elle peut être parfois bouleversante, il s'agit réellement d'une rupture, souvent définitive, avec sa vie antérieure. Puis vient **l'entrée du résident** qui nécessite un accueil, une attention particulière, où la personne âgée doit se sentir attendue, soutenue et bienvenue. Une fois la personne installée, chaque professionnel de santé l'évalue sous forme de bilan, d'entretien. Ainsi, dans les semaines suivant l'arrivée du résident, l'équipe pluridisciplinaire réalise une **première évaluation** du résident afin de définir un **projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé**, de même qu'un **projet de soin** (inclus dans le projet thérapeutique individualisé).

B) La place du psychomotricien au sein de l'EHPAD

La psychomotricité s'inscrit dans un projet de soin ayant pour objectifs de :

- Respecter l'identité de la personne, ses rythmes et habitudes de vie selon les possibilités offertes par la résidence.
- Préserver et favoriser son autonomie, ses repères.
- Reconnaître et respecter ses droits de décision dans le cadre des règles de la collectivité.
- Décrire la prise en charge des troubles et pathologies qui peuvent se présenter.

L'originalité du travail en gériatrie est la grande diversité des pathologies rencontrées. Les indications concernent aussi bien les séquelles des pathologies somatiques (locomotion, communication, sensorialité), que les troubles psychiatriques (confusion, démence, dépression …), ou les troubles neurologiques (hémiplégie, épilepsie, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux).

Le psychomotricien intervient sur prescription médicale.

Il évalue les compétences et difficultés psychomotrices au cours d'un bilan psychomoteur à travers lequel l'ensemble des fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices et psychomotrices sont traitées. Ce bilan sera mis en commun lors d'une réunion de synthèse avec l'équipe pluridisciplinaire. Suite à cela, la prise en charge sera dirigée selon deux directions complémentaires : rééducation ou thérapie au plus proche de la personne.

Il assure une prise en charge individuelle et/ou groupale, visant à solliciter les capacités existantes en optimisant l'engagement de la personne dans les relations humaines et les activités sensorielles et motrices. L'objectif est de retrouver un bien-être psychocorporel qui sera source de confiance en soi, de renarcissisation, d'ouverture et de relation à l'autre.

En EHPAD, il est aussi un soutien à la famille notamment lorsque les capacités de communication du résident diminuent ou sont entravées. Pour cela, il favorise la communication non-verbale.

C'est donc dans le cadre de ce stage que j'ai rencontré Mme V.

II- Rencontre de Mme V

A. Anamnèse

Mme V est une femme âgée de 90 ans. Elle est d'origine française (du côté maternel) et suisse (du côté paternel). Elle a déménagé et habité en ville dans un appartement avec son mari (décédé il y a 17 ans). Ils ont eu un fils unique qui est l'aidant principal dont elle me parle à chacune de nos rencontres. Je n'ai pas encore eu l'occasion de le rencontrer dans la résidence lors de ses visites. Elle est arrivée en EHPAD le 27 novembre 2018 suite à une chute entraînant son hospitalisation puis un maintien à domicile difficile car Mme V présente **une démence de type Alzheimer à un stade sévère**.

La démence est définie selon l'OMS [42] comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue depuis au moins six mois et associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxie, gnosie ou modification de la personnalité* ».

La démence Alzheimer est la plus fréquente et s'accompagne d'un déclin progressif de plusieurs fonctions entraînant des troubles mnésiques, praxiques, du langage parlé et écrit, spatio-temporaux, des fonctions exécutives et psychoaffectifs.

Actuellement deux ordres de phénomènes biologiques ont la faveur des chercheurs. Il s'agit essentiellement :

- de dépôts plus ou moins généralisés d'une protéine dite « Bétaamyloïde » constituant les « plaques séniles » ;
- d'amas de (neuro)fibrilles (constitués de la protéine « Tau ») considérées comme le résultat de la mort de neurones. Cette dégénérescence neuro-fibrillaire concerne notamment des zones clefs du cerveau, dans le fonctionnement de la mémoire et des processus associatifs.

Aujourd'hui, on sait que cette démence n'est pas un processus normal du vieillissement. C'est pourquoi le regard de l'entourage représente un signe d'alerte important. Certains outils d'aide au diagnostic comme le *Mini Mental State (MMS)* associés à l'observation clinique, représentent une aide à la décision. Pour ce qui est du MMS, Mme V obtient un score de 11/30 (évalué en septembre 2018), ce qui confirme une atteinte à stade avancé.

Sur le plan somatique, Mme V présente un profil tensionnel artériel normal et ne présente pas d'hypotension orthostatique, ni de troubles de l'audition, ou de la vision. Mme V mesure 158 cm pour 48kg. Il y a un risque de dénutrition par carence d'apports dû à des repas consommés en partie ou jetés. L'hygiène reste incorrecte avec une incontinence urinaire non gérée, ce qui entraîne le port de pants (souvent désapprouvé par Mme V qui n'en comprend pas la nécessité).

Concernant ses antécédents, Mme V a eu une coronaropathie* ayant pour conséquence une ischémie myocardique*, un pontage coronarien, une onychoplastie*, une lacune thalamique gauche, ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif.

Avant de rentrer en EHPAD, elle vivait seule chez elle. Elle était suivie par une équipe mobile de gériatrie à domicile. Des aides paramédicales (infirmière pour les médicaments) et des aides à domicile (pour le portage de repas et une aide-ménagère) étaient mises en place. Elle avait été victime sur le plan financier de démarcheurs à domicile. De ce fait, une Mesure de Protection Juridique (MPJ) fut instaurée.

Des évaluations et bilans ont été réalisés :

Avant son entrée en EHPAD :

*L'évaluation gérontologique standardisée a permis de mettre en évidence une perte d'autonomie marquée sur toutes les activités instrumentales complexes dont les actes de la vie quotidienne. Le GIR est côté à 3.

Le GIR 3 regroupe surtout des personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour les activités corporelles. Elles n'assurent majoritairement pas leur hygiène de l'élimination tant fécale qu'urinaire. (*Voir annexe 2)*

A son arrivée en EHPAD :

*L'échelle numérique (EN) de la douleur dont le score obtenu est 0 (pas de douleur).

*Le bilan psychologique : avec la mise en place de quatre programmes pour Mme V :

-Le programme « Qualité de vie personnelle et sociale » dont l'objectif est le maintien des relations sociales. Il s'agit de favoriser les relations duelles avec le personnel, la participation de Mme V aux

activités telles que la gymnastique douce, le chant, la marche...

-Le programme « Liberté d'aller et venir » dont l'objectif est la liberté dans ses déplacements (se rendre seule aux activités ou l'accompagner si elle le demande).

-Le programme « État de santé physique et psychique » dont l'objectif est de maintenir son état actuel stable par le maintien du port des bas de contention, tenir compte de son apparence (car c'est une femme très coquette).

-Le dernier programme est « Autonomie et sécurité » dont l'objectif est de maintenir au maximum son autonomie en la laissant s'habiller seule tout en étant dans la proposition d'aide et d'accompagnement.

*Le bilan psychomoteur (*voir annexe 3*).

Le bilan psychomoteur [7], métaphore d'une image à un instant T, est généralement réalisé à chaque entrée d'un résident dans l'EHPAD. Cela permet de mettre en place, par la suite, une prise en charge individualisée avec des axes thérapeutiques définis.

Ce bilan permet au sujet de montrer et / ou de signifier au thérapeute ses difficultés et ses possibilités, ses échecs et ses réussites. Cette évaluation a alors une double fonction : permettre au sujet d'ouvrir la relation à l'autre mais aussi participer à l'élaboration d'un diagnostic.
Il est aussi un outil de communication avec le médecin et les parents.

Enfin, le bilan permet une objectivation et une quantification des réponses psychomotrices, au moyen de tests et de grilles de résultats. C'est une méthode d'observation du sujet, d'un point de vue global en envisageant le symptôme (ou le déficit) non plus seulement dans sa valeur négative mais plutôt comme étant une « *invention* » du sujet pour vivre [62].

B. Bilan psychomoteur

Le bilan s'est déroulé sur deux séances de 30 minutes chacune. Il avait lieu le jeudi à 11 heures, dans sa chambre.

Les résultats du Tinetti montrent des équilibres statique et dynamique adéquats pour son âge. Elle est capable de marcher de façon continue et adaptée, sans aide technique, ni aide humaine. Elle présente une symétrie de la marche et une stabilité du tronc. Il n'y a pas de peur de chute anormale. Cependant, elle reste prudente avec une recherche d'appuis adaptée.

Concernant la **latéralité**, Mme V utilise préférentiellement sa main droite (pour écrire ou pour envoyer le ballon par exemple). Elle présente des latéralités visuelle et pédestre à droite.

En lien avec la maladie d'Alzheimer, une **désorganisation spatio-temporelle** est mise en évidence.. Mme V ne se repère pas dans le temps, elle semble perdue, prise dans ce temps qui avance « *trop rapidement* » selon ces mots. Elle n'arrive pas à indiquer le jour, le mois ou encore l'année en cours. Quand je lui dis que nous sommes en 2019, elle répond « *2019, déjà* ! » et le répète plusieurs fois. De même, elle ne peut pas exprimer le moment de la journée (matin, midi, après-midi ou soir). Cependant, elle est capable de citer les jours de la semaine, quelques mois de l'année, ainsi que les saisons mais non de façon chronologique.

Cette **désorganisation temporelle** se retrouve parallèlement au niveau de l'âge. Elle ne sait pas exactement quel est son âge mais affirme avoir « *largement moins de 80 ans* » et complète ses propos par « *heureusement* ».

Lors de la passation du rythme de Stambak, Mme V est capable de répéter un mouvement à un rythme identique pendant le temps demandé. Son regard est porté sur le crayon. Sa main droite, qui tient le crayon, apparaît détendue, contrairement à sa main gauche où le poing est serré. Elle peut reproduire des structures rythmiques simples. Mme V fait preuve d'inhibition, d'attention portée sur le crayon et attend que la fin de la structure rythmique pour la réaliser ensuite. Elle reproduit de manière fluide, souple, et présente un petit sourire au coin de la bouche. Cependant, dès lors que les structures se complexifient, quelques difficultés apparaissent. Le nombre de frappes augmente par rapport à ce qui est demandé. Je constate qu'elle s'encourage et cela lui permet de ne pas se démotiver.
Lors de la lecture des douze structures rythmiques, elle repère la différence entre les points noirs serrés et ceux séparés (au niveau spatial), mais aussi qu'un point noir correspond à une frappe. Cependant, elle n'arrive pas à reproduire les structures du fait de l'incompréhension du symbolisme malgré l'étayage et les explications apportées.

Au niveau spatial, Mme V semble désorientée, ce qui accroît son anxiété. Elle ne sait pas dans quel lieu elle se trouve, pourquoi elle est ici malgré les explications du médecin et des autres professionnels de santé. Elle commence à repérer la salle de psychomotricité grâce à la « *grande fenêtre* » qui sert de repère. Lorsqu'elle se trouve dans un endroit connu, elle se sent en sécurité,

rit, son anxiété semble diminuée. Néanmoins, dès qu'elle s'aperçoit qu'elle se situe dans un lieu non familier, elle pose souvent les questions « *pourquoi* ? », « *qu'est-ce que nous faisons là* ? » et son débit verbal s'accélère. En lui disant qu'elle va de nouveau reconnaître les lieux, elle s'apaise.

Elle présente des repères topologiques (devant, derrière, dessus, dessous, …) adéquats.

J'ai tenté de proposer la figure de Rey A qui, après réflexion, était trop complexe pour Mme V. Elle ne savait pas par où commencer, et ne mettait pas de mots sur les figures montrées. Pour faire face à la complexité de cet exercice et ne pas la mettre en échec, je lui ai demandé de dessiner ou de reproduire des figures géométriques (telles que le carré, le rectangle, le triangle et le rond) qui furent réalisées spontanément. Cependant, cette observation montre une certaine désorganisation et des difficultés de planification. La fois suivante, je lui ai proposé la figure de Rey B pour laquelle elle a su démontrer des capacités d'analyse, de stratégie et d'organisation. La figure fut reproduite presque à l'identique. Elle a pu reconnaître les figures géométriques présentes, comparer le rond à une lune, et orienter son regard de gauche à droite.

Concernant les **coordinations**, Mme V présente un ajustement tonique tout au long du bilan. Cela se retrouve dans l'exercice sur l'équilibre statique (équilibre sur la pointe des pieds, en station unipodale) et dans les exercices dynamiques. Une différence s'observe entre les moments au bureau où elle semble moins à l'aise et les moments dynamiques où elle a un réel plaisir d'être en mouvement. Elle présente de bonnes coordinations motrices, lance le ballon de façon souple et le rattrape avec une ou deux mains. Parfois, des difficultés de planifications sont présentes.

De plus, Mme V présente des coordinations bimanuelles appropriées, avec une complémentarité des deux mains, une tenue tripode ainsi qu'un appui controlatéral du bassin lors des épreuves de graphisme. Son écriture tremblante reste lisible, et Mme V prend le temps d'écrire chaque lettre avec soin.

Lors de l'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique Distale (EMG), elle présente des capacités idéo-motrices. Elle reproduit les postures en miroir, une main après l'autre et pour certaines, s'aide de l'autre main. Elle ne les réalise pas spontanément mais par étapes.

A propos du **schéma corporel** observé lors du dessin du Bonhomme, elle dessine la tête avec difficulté, le reste du corps étant absent. Elle arrive à montrer et nommer les différentes parties corporelles (sur soi et sur autrui). Cela montre un accès au corps vécu et perçu, mais un corps représenté affecté par la maladie d'Alzheimer.

Le **tonus** a pu être observé tout au long du bilan. Je n'ai pas remarqué de syncinésies lors des épreuves dynamiques. Pour le tonus de fond, une différence est à noter entre la gauche et la droite, le côté gauche étant moins tendu. Elle est capable de relâcher ses membres inférieurs, cependant les membres supérieurs présentent un tonus plus important.

Quant aux **capacités cognitives**, Mme V présente de réelles difficultés mnésiques touchant la mémoire de travail, la mémoire épisodique (Mme V garde des souvenirs d'événements passés altérés) et la mémoire sémantique (difficultés de reconnaissance et de dénomination de certains objets). La reproduction de mémoire de la figure de Rey B n'est pas réalisable dû au manque de mémorisation.

Les capacités langagières sont normales en oral conversationnel. Elle présente des aptitudes pour la lecture et est capable de comprendre et de produire des phrases construites (sujet, verbe, complément). Par ailleurs, on relève un dysfonctionnement frontal avec une persévération idéique (manque de fluidité des idées se manifestant par la répétition de mots, de phrases ou d'idées) et le vocabulaire est peu enrichi.

Elle ne présente pas de surdité, donc parler fort n'est pas obligatoire. En revanche, le regard, les gestes et l'orientation de notre tête doivent être en adéquation et sont nécessaires pour une meilleure compréhension du message.

La congruence entre communication non-verbale et verbale est nécessaire pour échanger avec une personne âgée et notamment atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Lorsqu'elle ne sait pas répondre à une question posée, sa respiration paraît plus importante et son regard semble vide et perdu. Elle préfère détourner l'attention en montrant, par exemple, un objet de sa chambre ou qu'elle porte sur elle (« *regardez mon bracelet* »), ou bien changer de sujet. Le but étant en aucun cas de la mettre en difficulté.

Enfin, **des troubles psychoaffectifs** sont retrouvés tels qu'un risque de dépression avec une prédominance des troubles de l'humeur cycliques, une perte d'intérêt, une irritabilité et une tristesse. Des manifestations psycho-comportementales d'intensité significative sont constatées telles qu'une irritabilité, une intolérance à la contrariété, ainsi qu'une agressivité verbale. Cela pourrait être expliqué du fait de son anosognosie totale. En effet, elle n'a pas conscience de ses troubles.

Pour conclure, Mme V a su se montrer coopérante, compréhensive et investie tout au long du bilan malgré les conditions qui n'étaient peut-être pas optimales. Le lieu était la chambre, elle ne portait pas toujours des vêtements adéquats (en chemise de nuit par exemple), il y avait parfois des éléments distracteurs (notamment avec l'aide soignante qui amène la boisson du matin...). Cependant, cet ensemble d'éléments n'a pas perturbé le bon déroulement. L'adaptation, qui est primordiale pour un psychomotricien, a permis de finaliser le bilan.

Suite à ce bilan, les indications en psychomotricité portent sur un travail en lien avec les troubles de l'équilibre (pour éviter les chutes), le vécu de la chute, la désorganisation spatio-temporelle (liée à sa maladie d'Alzheimer) et le maintien de son autonomie. La prise en charge permettra aussi de diminuer l'anxiété présente (qui est la conséquence de son anosognosie).

Enfin, le choix d'une intervention en groupe favorisera la communication, l'ouverture au monde ainsi que son intégration dans son nouveau lieu de vie (par la rencontre avec les résidents).

C. Prise en charge

1. Entretiens individuels

Au début, deux entretiens furent réalisés afin que Mme V s'habitue à ma présence, mais aussi dans l'objectif de faire connaissance. Mme V a pu apporter des informations complémentaires et supplémentaires (par rapport aux documents présents et aux transmissions à son sujet). Les discussions portaient autour de sa jambe (source de douleur et d'inquiétude), de la météo, des voitures qui passaient, de son style vestimentaire, de ses goûts, de ses préférences, de sa ville où elle avait vécu pendant de longues années avec son mari, de son histoire personnelle, … Les sujets de discussion étaient identiques et souvent répétés.

Cela permet d’appréhender et de prendre en compte la globalité de Mme V, c'est-à-dire ses aspects physiques, psychologiques, sociaux, environnementaux ... Afin de proposer un suivi et un travail au plus proche des besoins de cette personne.

Comment se déroulent les séances ?

Je ritualise mes échanges (au départ inconsciemment) avec un rituel de début et un de fin.

Le rituel du début peut correspondre aux « *mains froides* ». En effet, lorsque je lui serre la main pour lui dire bonjour, j'ai toujours les « mains gelées ». A chaque début, elle me dit « *Oh mais vous avez les mains froides, d'où venez-vous ?* » et la discussion débute.

Je finis l'ensemble des entretiens en parlant d'Ilou, le chien utilisé en médiation canine. Elle le surnomme « *chien-loup* ». Le fait d'évoquer Ilou me permet d'annoncer et d'anticiper sur la séance de médiation canine prévue l'après-midi. Même si j'ai conscience qu'elle présente une désorganisation temporelle (elle se perd dans les moments de la journée notamment) et des déficits cognitifs (notamment touchant la mémoire), cela est propice à la mise en place progressive des repères.

Au cours du premier entretien, elle apparaît très angoissée. Cela concorde avec son arrivée à l'EHPAD. Elle semble perdue, inquiète, ne sachant pas comment et pourquoi elle s'est retrouvée dans cet endroit. En effet, au cours de notre échange, des phrases sont répétées montrant ce sentiment d'incompréhension :

« *Je suis là, je ne sais pas ce que je fais, ce que je dois faire, je n'en sais rien.* »

« *Je suis paumée, j'en ai marre, je voudrais bien rentrer à la maison.* »

« *Je suis loin de tout le monde.* »

« *Je ne peux pas rester ici indéfiniment, mon fils et ma belle-fille doivent être inquiets.* »

Au cours du deuxième entretien, après avoir parlé de plusieurs thèmes communs, la discussion s'oriente autour de la médiation animale et notamment les chiens. Je souhaite lui en parler par l'intermédiaire de photos (puisque Ilou sera présent à l'EHPAD uniquement le jeudi après-midi). Les photos permettent de parler d'un sujet à distance. À travers ces images, je peux voir une réelle fascination envers ces animaux. Elle s'intéresse à leurs poils, leurs yeux, leurs oreilles, leurs couleurs, aux détails de la photo, au décor, aux écritures …

Je lui montre une photo avec les trois chiens de la psychomotricienne dont Ilou, et lui demande alors de le retrouver. Après un temps d'hésitation, elle me le montre correctement.

À partir de ce support, différentes questions sont proposées :

- Quelle émotion ce chien avec ses grandes oreilles et sa tête penchée traduit-il ?

  Elle répond qu'elle l'aime moins car il a l'air triste et qu'elle n'aime pas la tristesse. Elle arrive à citer quelques émotions.
- Quel âge a celui-ci ? Quelle est sa race ? ...

  Elle n'a aucune idée pour l'âge et reconnaît uniquement le chien-loup.
- Ces photos permettent de parler de sa propre histoire, de faire appel à ses souvenirs, de raviver des sensations agréables. A la question, a-t-elle déjà eu des animaux ? Elle explique qu'elle n'en a jamais eu chez elle parce qu'elle vivait en appartement.

Les deux séances suivantes sont consacrées à la passation du bilan psychomoteur. Suite à ces quatre entretiens, un suivi en groupe s'est mis en place.

Réflexion sur l'intérêt du groupe en psychomotricité [19] **:**

Le groupe favorise la communication, le partage de moments à plusieurs, la socialisation et l'apprentissage de la vie en communauté (règles et interdits, partage, respect de l'autre...). Le patient est porteur de sa singularité au sein du groupe et va apprendre à se contrôler, à accepter l'attente et la frustration. Des liens peuvent aussi se créer.

Pour que le groupe fonctionne, le psychomotricien doit poser un cadre constitué de codes, de règles implicites ou explicites permettant de créer cet espace interne. Le groupe peut être apparenté à une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tout groupe est constitué par les projections subjectives et individuelles de ses membres et devient ainsi pour eux, un objet d'investissements pulsionnels.

Il existe une grande diversité des groupes en fonction des objectifs de travail, du projet de soin défini, des pathologies rencontrées, des affinités et du profil comportemental.

Cependant, le groupe peut parfois apparaître comme un frein, un obstacle à l'instauration d'une relation privilégiée à deux. La question «*Qui suis-je ?* » se retrouve dans une situation de groupe. C'est pourquoi les séances individuelles permettent l'instauration d'une relation de confiance entre le psychomotricien et le résident car ce dernier peut s'exprimer librement, sans jugement de la part d'autrui. La dualité favorise un travail de narcissisation, de restauration et de reconnaissance de soi.

Ainsi, l'intérêt d'une prise en charge individuelle ou groupale est à réfléchir au préalable, notamment lors de la réunion de synthèse avec l'ensemble des professionnels de santé.

2. Séances groupales de médiation canine

La médiation canine est réalisée au cours de séances en groupe (en fonction des objectifs thérapeutiques) mais aussi en individuel (en relation triangulaire avec le chien et la psychomotricienne).

Ces séances de médiation permettent un travail autour des différentes fonctions psychomotrices telles que la motricité fine, la motricité globale, l'équilibre, la sensorialité, le rythme, les communications (verbale et non verbale), la relation, la diminution de l'anxiété, la valorisation et la reprise de confiance en soi.

La première séance avait pour objectif l'intégration de Mme V dans ce nouveau groupe composé de quatre femmes.

Chacune présente la maladie d'Alzheimer à différents stades. Au début, elle semble inquiète par ce qui se trouve à l'intérieur de la cage. Elle n'ose pas s'approcher pour obtenir plus de détails mais se questionne. Ilou sort de sa cachette, et Mme V semble alors surprise. Cependant, elle ne souhaite pas qu'il l'approche de trop près et le lui fait comprendre en disant « *Non Ilou* », ce qui sous-entend « *Ne t'approche pas trop de moi* ». Il me semble important de souligner cette observation car la salle de psychomotricité est un **lieu d'expression libre** de l'identité à part entière de la personne.

Au cours de la séance, le chien de par sa quête permanente d'interactions affiliatives, vient la solliciter. A la fin de cette première séance, la psychomotricienne donne l'ordre à Ilou d'aller se coucher sur la table bobath afin qu'il soit à la même hauteur de la personne et propose à Mme V de venir s'asseoir à côté de lui. Elle refuse du fait de son appréhension. Quant aux trois autres femmes du groupe, elles n'hésitent pas à venir s'asseoir et caresser le chien. Progressivement, en voyant qu'il n'y a aucun danger, elle s'approche de lui et arrive même à le toucher. Ainsi, l'appréhension a laissé place à de la tendresse, une approche plus délicate envers le chien.

Le cadre contenant et sécurisant associé à la relation de confiance ont permis de donner forme aux éprouvés, de recréer une sécurité intérieure et de travailler sur différentes fonctions psychomotrices telles que :

-**La sensorialité** :

- Progressivement, Mme V a pu établir un contact physique direct (et non plus un contact par distance par le biais du regard) avec le chien. Ce contact lui apporte de la chaleur, du réconfort et une sécurité affective. En effet, l'animal suscite de l'affection et peut devenir, tout comme le psychomotricien, une figure d'attachement.
- La séance, initialement prévue, peut se réorienter si le chien récupère un jouet ou une peluche dans le sac. À partir de là, le psychomotricien s'adapte et il s'agit de deviner la couleur, l'aspect, la texture, le poids, le volume, …

-**La structuration spatio-temporelle** :

- Si Ilou joue avec une balle ou un objet sonore, nous pouvons reproduire le rythme en tapant des mains par exemple. Mme V le réalise avec gaieté malgré la complexité de certains rythmes.

-**Les coordinations générales et l'équilibre** :

- Le lancer de balle. La balle est lancée dans la gueule du chien ou dans un cerceau positionné par terre ou en hauteur suivant l'objectif. Cela permet un travail des coordinations visuo-motrices.
- Le shoot. Il s'agit de se mettre debout et de shooter dans la balle afin de marquer. Ilou est le goal. Le chien stimule la motivation des résidentes pour se lever et réaliser l'exercice.
- Debout face à face, deux résidentes tiennent un cerceau et le chien passe à l'intérieur. Cela permet de travailler l'équilibre statique, la verticalité, la complicité et la complémentarité du geste. Mme V s'amuse de voir Ilou traverser le cerceau à de nombreuses reprises.

-**La motricité fine** :

- Mme V met du temps à comprendre la consigne qui consiste à : ouvrir les tiroirs de la boîte mystère, mettre une croquette dedans, refermer les tiroirs, donner la boîte à Ilou. Une fois la consigne comprise, elle réalise parfaitement ce qui lui est demandé et semble surprise lorsque le chien lui montre que lui aussi réalise des gestes complexes.
- Lors du toilettage, Mme V brosse Ilou en ne laissant pas de place au silence. En effet, elle le rassure, lui parle en permanence et lui fait de nombreux compliments.

-La cognition, la mémorisation :

- Mémorisation du nom du chien, des exercices effectués au cours de la séance.
- Mémorisation des objets que les résidents lancent au chien comme des peluches (couleur, animal …), des légumes ou des fruits (quelle est la différence ?, dans quels plats pouvons-nous les retrouver ? Quelle texture ont-ils ?...).

-**La relation** :

- La répétition et la stabilité des échanges sécures permettent une complicité et la création de liens affectifs. À son propre rythme, les liens se créent d'abord avec le chien et la psychomotricienne, et, dans un second temps, avec les autres résidentes.

Selon H. MONTAGNER [57], l'animal libère « **les compétences-socles** » qui constituent le socle du développement affectif, émotionnel, social et cognitif. Il nomme cinq compétences-socles :

- **L'attention visuelle soutenue** : en effet, les chiens sont en quête permanente du regard des humains. Elle stimule la concentration de la personne en interaction.
  Mme V reste très attentive au moindre mouvement ou déplacement du chien, le fixe longtemps et écoute avec précision les consignes énoncées au chien. Elle donne une signification et un sens aux comportements du chien, les interprète et les projette par rapport à ses émotions, à ses affects, à ses pensées (par exemple, « *il a l'air fatigué »*).
- **L'élan à l'interaction** : le chien médiateur manifeste en permanence des comportements qui le rapprochent des personnes et les conduisent à se rapprocher de lui. Cela permet de créer une complicité, un lien affectif. Mme V entre progressivement en contact avec Ilou et ouvre alors la discussion avec les autres femmes du groupe, en intégrant de nombreuses fois Ilou comme sujet principal. Au cours des séances, elle peut également apporter son aide si une des personnes âgées est en difficulté ou dans l'incompréhension.
- **Les comportements affiliatifs** : ce sont des manifestations que la personne interprète comme des marques d'adhésion à son acte, son geste, ses paroles, ses émotions, ses pensées. Par exemple, Mme V ne cesse de répéter au chien « *mon petit* », « *il est grand mais qu'est-ce qu'il est mignon* », « *il me fait un cadeau* » quand le chien lui amène un

jouet. Ainsi, le chien provoque des rires, des sourires, des caresses. Ces comportements affiliatifs sont des socles essentiels pour les conduites de communication.

- **L'organisation structurée du geste** : le chien est un partenaire de jeu qui s'adapte à toutes sortes d'activités humaines. Sa motricité organisée et ciblée constitue un modèle et une incitation qui stimulent, organisent et réorganisent les habiletés motrices de la personne. Mme V ajuste son geste lorsqu'il s'agit de lancer la balle ou de tirer dans le ballon. On retrouve aussi un ajustement au niveau tonique lors des moments de caresses.
- **L'imitation** : par exemple, lorsque Ilou aboie sur demande (signifiant la fin de la séance), Mme V émet un son comme par imitation et par réponse. On retrouve aussi cette imitation lorsque le chien attrape la balle lancée en hauteur, se tenant sur ses pattes postérieures, ce qui amène Mme V à se redresser.

Ainsi, à travers les séances en présence du chien, médiateur et levier de la libération des émotions et des affects et en présence du psychomotricien qui pose un cadre contenant, Mme V investit pleinement « *ce temps suspendu dans une journée* » (phrase de Mme V).

D. Conclusion

Au bout de cinq mois de suivi, j'ai pu constater une évolution de Mme V depuis son arrivée à l'EHPAD jusqu'à aujourd'hui. A ses débuts, elle paraissait très anxieuse vis-à-vis de ce nouveau lieu, cet endroit « *étrange* » selon ses termes. A l'heure actuelle, elle semble toujours désorientée mais reconnaît les lieux, ce qui diminue cette anxiété. Le renforcement moteur à travers les exercices d'équilibre, des coordinations visuo-manuelles, des parcours psychomoteurs avec ou sans l'animal, le travail sur l'identité corporelle ont permis à Mme V de regagner confiance en elle. Dans ce nouveau contexte de vie, elle a pu rencontrer de nouvelles personnes et créer un nouveau réseau social. Une relation de confiance s'est instaurée progressivement, ce qui a permis son évolution.

Aujourd'hui, une nouvelle problématique se pose autour de la propreté. Mme V n'apparaît plus compliante aux soins qui lui sont proposés, conduisant à une nouvelle rupture sociale. Une réflexion de la part de l'équipe va être menée.

Partie discussion

Ce stage fut l'occasion de découvrir une nouvelle pratique de la psychomotricité. En tant que stagiaire pendant une durée de huit mois, mon stage s'est déroulé en deux parties.

Au départ, j'étais **observatrice** des séances. Quelques fois en retrait, d'autres fois à l'intérieur du cadre de travail, j'ai pu noter l'ensemble des remarques, des interrogations, des informations, des phénomènes qui se produisaient en séance. Cela a permis de m'initier à cette nouvelle pratique, de faire connaissance avec les résidents et cela de façon réciproque afin qu'ils apprennent à me connaître et à m'intégrer au groupe.

Une fois mon répertoire enrichit, j'ai eu la possibilité d'être **actrice** de la séance. Pendant plusieurs semaines, j'ai conduit les séances, toujours accompagnée de la psychomotricienne. Cela m'a permis de mettre en pratique la théorie acquise jusqu'alors. Il m'a fallu plusieurs séances et remises en question afin de m'adapter et de trouver ma place. Une différence existe entre être spectateur et être acteur. Il est vrai qu'en tant qu'observatrice, le travail peut paraître « *simple et facile »,* on pourrait même dire que toute personne peut pratiquer la médiation animale en disant qu l'on « *joue »* avec l'animal. Mais la réalité du terrain met en évidence que derrière « le jeu » avec le chien se cachent des objectifs de travail, des connaissances et une pratique associée.

Ici, de nombreux facteurs entrent en jeu, à savoir :

- la capacité à centrer notre attention, notre vigilance, être présent à soi (par la proprioception, la posture, l'engagement corporel, l'intonation de la voix... la fréquence respiratoire...)
- l'importance de connaître l'animal et de créer une complicité,
- le travail sur les élans spontanés et orienter nos relances dans ce sens (ce qui n'est pas toujours simple. Cela s'acquière avec le temps et la pratique),
- la contenance pour une sécurité affective dans le cadre de la séance (nécessaire pour l'ensemble des individus présent dans la salle),
- être vigilant aux comportements de l'animal et se porter garant de son bien être

Aussi, introduire un animal nécessite des précautions sanitaires précises.

A la question « *Est-ce que vous pensez qu'introduire un animal et notamment un chien dans un établissement peut être bénéfique ?* », certaines personnes évoquaient les potentielles maladies des chiens. Les maladies infectieuses animales pouvant se transmettre à l'Homme sont appelées anthropozoonoses. Il est vrai qu'il peut exister des risques liés au chien comme des infections par contact (pelage, pattes) ou par léchage, griffure ou encore morsure. Néanmoins, pour limiter les risques liés à la présence animale, l'établissement a mis en place des mesures préventives.

Avant de mettre en place un projet de médiation animale, il faut s'assurer que la personne n'ait pas d'allergies, de peurs, de système immunitaire faible , d'aversions ou encore d'agressions subies par les animaux dans le passé. Cela est important et nécessaire pour la future prise en charge.

Une autre question qui me semble utile de traiter concerne les activités proposées en séance. En général, en psychomotricité, le matériel utilisé est ludique, constitué de ballons, de plots, de cerceaux... De ce fait, il est important de ne pas infantiliser la personne âgée à travers des activités dites régressives, ou par notre façon d'être. La manière d'expliquer les exercices proposés jouent un rôle primordial.

Pour finir, le sujet de ce mémoire portait sur la place du psychomotricien dans la relation triangulaire. Mais on peut également se questionner sur la place que le psychomotricien laisse à la personne âgée au sein de la relation unique qu'il entretient avec son animal. Dans tous les cas, il est important de se repositionner et de recontextualiser la situation. Le psychomotricien intervient avant tout dans le domaine thérapeutique c'est pourquoi il doit fixer les limites de cette relation mettant en jeu l'affectivité, nécessaires au bon déroulement des séances.

Conclusion

Cette année a été riche en questionnements et en réflexions quant à ma future pratique professionnelle. La psychomotricité, qui se situe au carrefour de différentes disciplines telles que la neuro-anatomie, la physiologie, la psychologie, la philosophie, la psychiatrie, la pédagogie..., amène à une approche plus fine et plus globale de l'individu.

Ma problématique de départ était : « **Au cours de séances de médiation canine, quelle posture professionnelle le psychomotricien occupe-t-il dans la relation triangulaire avec la personne âgée ?** ».

La rédaction de mon mémoire a intégré dans un premier temps, un **savoir** du public concerné (connaissances sur le vieillissement) et de la médiation animale (connaissances sur le chien). Ce savoir, acquis de façon progressive et continue au cours de l'expérience professionnelle et des formations personnelles, est mis en pratique au cours des séances à travers le **savoir-faire**.

En séance, le psychomotricien est engagé à la fois corporellement et psychiquement dans la relation. Introduire un animal comme médiateur c'est-à-dire un être vivant, suggère un caractère unique et singulier puisque cela implique l'affectivité du psychomotricien.

La pratique de la médiation animale s'organise autour d'une relation triangulaire : Résident-Psychomotricien-Chien. Cette rencontre impose au psychomotricien une prise de conscience de son **savoir-être**, de son engagement corporel à travers le dialogue tonico-émotionnel, soutenue par ses compétences d'écoute, d'empathie, de bienveillance, de disponibilité et de créativité. Dans cette relation particulière, le psychomotricien présente une double posture professionnelle : l'une tournée vers la personne âgée et l'autre vers son chien. De par ses compétences et ses qualités professionnelles, il se positionne en tant qu'organisateur et garant de la séance et en tant que médiateur de la rencontre entre la personne âgée et le chien. C'est pourquoi, selon moi, le plus important en étant psychomotricien, est de rester soi-même pour être disponible à l'Autre.

Mais est-il indispensable qu'il soit toujours dans l'action avec le chien ou bien, la seule présence de ce binôme suffit pour faire émerger les potentialités du résident au cours d'une séance ?

Table des matières

Remerciements....1
Avant-propos....2
Sommaire 3
Introduction....4

PARTIE THÉORIQUE....6
I. Une population vieillissante....6
A) Qu'appelle-t-on le vieillissement ? 7
1- Des âges, des chiffres....7
2- Représentations sociales de la vieillesse....9
2.1. Une personne en fin de vie 9
2.2. Une personne affaiblie....9
2.3. Du côté psychologique....10
2.4. Des représentations positives....11
3- Une expérience intime 12

B) Vieillir, est-ce normal ?....14
1- Normal vs Pathologique....14
2- Clinique du vieillissement normal....16
2.1. Le vieillissement somatique....17
2.2. Le vieillissement du système nerveux....18
2.3. Le vieillissement perceptif....18
2.4. Le vieillissement cognitif....18
2.5. Le vieillissement psychologique 19
2.6. Au niveau psychomoteur....19
3- Clinique du vieillissement pathologique....20
3.1. Les pathologies neuropsychiatriques (syndromes démentiels et états dépressifs) 20
3.2. Les pathologies cardiovasculaires....21
3.3. Les troubles psychomoteurs*....21
3.4. Les chutes 22
3.5. Les troubles du langage....22
3.6. D'autres troubles....22

II. La médiation animale, une pratique professionnelle en psychomotricité.....23
A) Qu'est-ce que la médiation animale ?.....24
1- Le savoir-faire du psychomotricien.....24
1.1. Définition d'une médiation.....24
1.2. La médiation animale.....26
2- Historique de la médiation animale.....27
3- La médiation animale en psychomotricité.....29
B) Qu'est-ce que la médiation canine ?.....31
1- La relation psychomotricien – chien.....31
1.1. Les liens d'attachement.....31
1.2. Un duo complice.....33
2- Le cadre thérapeutique.....34
2.1. Définition.....34
2.2. Fonctions du cadre thérapeutique 35
2.3. Le cadre thérapeutique en séance de médiation canine.....35
3- Le chien médiateur.....36
III. La posture professionnelle du psychomotricien dans la relation triangulaire.....39
A) Quelle est la place du psychomotricien dans la relation triangulaire ?.....40
1- La relation triangulaire.....40
Discussion.....42
2- La communication dans la relation.....43
2.1. Chez l'homme de manière générale.....43
2.2. La communication entre deux humains 44
2.3. Chez l'animal de manière générale.....45
2.4. La communication entre l'homme et le chien.....46
2.5. La communication entre les deux vivants (Personne âgée - Chien).....47
B) Le savoir être du psychomotricien.....48
1- Le psychomotricien, une personne comme tout le monde.....48
1.1. La conscience corporelle.....48
1.2. Les émotions.....49

2- Les qualités du psychomotricien.....50

2.1. Engagement – Implication - Dialogue.....50
2.2. Écoute et observation sensibles.....51
2.3. L'attitude empathique et bienveillante.....52
2.4. Jeu et créativité 53

C) Le psychomotricien dans l'espace et le temps d'une séance.....54

1. L'espace.....54

1.1. Notion d'espace.....54
1.2. Qu'en est-il de l'espace pour le chien ?.....55

2. Le temps.....57

PARTIE CLINIQUE.....60

I- Présentation du lieu de stage.....60

A) Un lieu de vie 60

B) Place du psychomotricien au sein de l'EHPAD.....61

II- Rencontre de Mme V.....62

A. Anamnèse.....62

B. Bilan psychomoteur.....64

C. Prise en charge.....68

1. Entretiens individuels.....68

2. Séances groupales de médiation canine.....71

D. Conclusion.....74

Partie discussion.....75

Conclusion.....77

Table des matières..... 78

Bibliographie 81

Glossaire.....86

Annexes.....88

Annexe 1 : Questionnaire pour les résidents.....88

Annexe 2 : Charte des bonnes pratiques de l'association Licorne & Phénix.....94

Annexe 3 : Bilan psychomoteur de Mme V.....96

Annexe 4 : Photographies, des moments immortalisés.....97

Bibliographie

[1] ALLAIS JP. (2001). *Le -versant corps-de l'écoute*. Thérapie psychomotrice et recherches. N°126.

[2] ANDREU E. (2018). *L'apport de la médiation canine en psychomotricité auprès des enfants polyhandicapés.* Mémoire de psychomotricité. Bordeaux.

[3] ARENSTEIN GH et GILBERT G. (2008). *La Zoothérapie, une thérapie hors du commun.* Ressources.

[4] ARENSTEIN GH et LASSARD J. (2010). *La Zoothérapie, nouvelles avancées*. Option Santé.

[5] AUTEUR ANONYME INDIEN. (2008). *Peux-tu simplement écouter ?*. Approche centrée sur la personne. Pratique et recherche. N°7. 60.

[6] BALLOUARD C. (2006). *Le travail du psychomotricien.* Dunod. 2ème édition.

[7] BALLOUARD C. (2008). *Le bilan psychomoteur entre chiffres et valeurs.* N°28-29. 71-85.

[8] BEIGER F. (2016). *L'enfant et la médiation animale. Une nouvelle approche par la zoothérapie.* Dunod. 2ème édition.

[9] BEIGER F et DIBOU G. (2017). *La zoothérapie auprès des personnes âgées, Une pratique professionnelle*. Dunod.

[10] BENAROSCH J. (2017). *Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins.* Pratiques en santé mentale. 49-53.

[11] BOSCAINI F et SAINT-CAST A. (2010). *L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice.* Enfances et Psy. N°49. 78-88.

[12] BOUTINAUD J, JOLY F, MOYANO O, RODRIGUEZ M. (2014). *Où en est la psychomotricité ? États des lieux et perspectives*. In Press. 287-294.

[13] BRIN-HENRY F, COURRIER C, LEDERLE E et MASY V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie.* Ortho. 3ème édition.

[14] CECCHETTI V. (2017). *Un chien et un cheval pour appuis : médiation animale, tonus et émotions en psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité.

[15] COLOMA CAMARA K. (2016). *Le normal et le pathologique : étude comparative de l'approche de Boorse et de Canguilhem à propos de la définition de la maladie et de la santé*. Philosophie de la médecine. N°16. 141-165.

[16] CORRAZE J. (2001). *Les communications non verbales.* PUF. Paris

[17] COSSON F. (2007). *L'animal médiateur de l'humain.* Revue internationale de psychosociologie. Volume XIIII. 71-88.

[18] CUISINIER B. (2008). *Accroître le soin relationnel – Le travail du vieillir.* Chronique Sociale. 2ème édition. Chapitres 1, 4, 5 et 6.

[19] DAHAN N. (2012). *Un aspect de la dynamique des groupes.* Enfances & Psy. 54, 137-146.

[20] DANTZER R. (2002). *Les émotions.* Que Sais-Je. 3-14.

[21] DE SAINT-EXUPERY A. (2007). *Le Petit Prince.* Gallimard jeunesse.

[22] DE VIGAN D. (2019). *Les gratitudes.* JCLattès.

[23] DE WALL F. (2018). *La dernière étreinte.* Les liens qui libèrent.

[24] Dictionnaire Larousse.

[25] DUTHEIL N et SCHEIDEGGER S. (2016). *Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement.* Études et Résultats. 494. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES).

[26] FANTINI-HAUWEL C, GELY-NARGEOT MC et RAFFARD S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*. Dunod.

[27] FAVRE D, JOLY J, REYNAUD C et SALAVADOR LL. (2005). *Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions.* Enfance. 57, 363- 382.

[28] Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires. 2017. *Le vieillissement de la population et ses enjeux.*

[29] FONTAINE R. (2007). *Psychologie du vieillissement.* Dunod. 2ème édition.

[30] FOUGEA F. (2018). *Le Plus Bel Ami de l'Homme.* Film documentaire.

[31] GIROMINI F, ALBARET JM, SCIALOM P. (2017). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux.* De Boeck-Solal. Chapitres 7 et 9.

[32] GUEDENEY A et GUEDENEY N. (2016). *L'attachement : approche théorique.* Elsevier Masson. 4ème édition. Chapitre 1 (1-112).

[33] HALL ET. (1971). *La dimension cachée*. Paris, Seuil. 143-160.

[34] http://blogressourceshumaines.blogspot.com/2012/05/les-rapports-entre-savoir-savoir-faire.html

[35] http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf

[36] https://fondation-apsommer.org/ (Fondation A et P SOMMER)

[37] http://www.chups.jussieu.fr/

[38] http://www.fci.be/fr/ (Fédération Cynologique Internationale)

[39] https://www.insee.fr/fr/statistiques/ (INSEE)

[40] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005625897

[41] http://www.mobiqual.org/alzheimer/SOURCES/ETBSFICHES/FICHES_PRATIQUES/AUTOUR_PATIENT/3.VALIDATION.pdf (Validation)

[42] https://www.who.int/fr (Site de l'Organisation Mondiale de la Santé)

[43] KADDOURI L. (2016). *Intérêt de la médiation animale en lien avec la thérapie psychomotrice auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle*. Bordeaux. Mémoire de psychomotricité.

[44] KOHLER R. (2011). *Etat des lieux de la médiation animale dans les maisons de retraite.* Editions du Seuil. 41-99 et 135-210.

[45] LAMOURET A. (2013). *La zoothérapie auprès de la personne Alzheimer.* Doc'Alzheimer. N°10.

[46] LESAGE B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse : Érès. 253-264.

[47] LESAGE M, BIDAUD F et CLAQUIN P. (2016). *Le rapport Homme – Animal : évolutions passées et enjeux d'avenir.* Centre d'Etudes et de Prospective. N°94.

[48] Magasine de Sciences Humaines. (2002). *Les métamorphoses de l'Etat.* Partie sur Des neurones miroirs à l'empathie. Mensuel N°133.

[49] MARCELLI D. (2007). *Entre les microrythmes et les macrorythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé.* Spirale. N°44. 123-129.

[50] MARCELLI D. (2017). *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources.* Erès.

[51] MARZO L. (2014). *« J'ai rencontré un animal chez mon orthophoniste ». Enquête sur les apports de l'animal dans la prise en charge orthophonique*. Nice. Mémoire d'Orthophonie.

[52] MASSON E. (2018). *Gériatrie.* Elsevier.

[53] MELSON Gail (2009). *Les animaux dans la vie des enfants.* Payot & Rivages.

[54] MICHEL C. (2011). *Des animaux médiateurs... sur le vif !* Doc'Alzheimer. N°3.

[55] MOCAN R. (2012). *Conscience corporelle et apprentissage. Approche phénoménologique de l'expérience du performeur.* STAPS. N°98. 39-48.

[56] MONFORT JC. (2001). *Spécificités psychologiques des personnes très âgées.* Gérontologie et société. 159-187.

[57] MONTAGNER H. (2002). *L'enfant et l'animal. Les émotions qui libèrent l'intelligence.* Odile Jacob. 7-181.

[58] MUCHIELLI A. (2011). *L'identité.* PUF. 8ème édition. 65.

[59] PARANT A. (2005). *Les enjeux du vieillissement de la population*. Revue française d'administration publique. N°113. 83-95

[60] PLONTON L. (2009). *A propos de la maladie d'Alzheimer.* Gérontologie et société volume 32, n°128-129. 89-115.

[61] POTEL C. (2010). Être *psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir.* Toulouse : Erès.

[62] POTEL C. (2010). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. In Press. 3è édition. Chapitres 1 (23-43), 3 (51-65) et 11 (289-310).

[63] QUELIN-SOULIGOUX D. (2003). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* Partie *De l'objet à la médiation. N°41.* Eres. 29-39.

[64] ROUSSILLON R. (2013). *Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise.* Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. 155-176.

[65] SARICA J. (2017). *Zoothérapie, le pouvoir thérapeutique des animaux.* Arthaud.

[66] SERVAIS V. (2007). *La relation homme-animal.* Enfances & Psy. N°35. 46-57.

[67] SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONS DU CHIEN ET DU CHAT (SNPCC). *Apprécier les attitudes comportementales d'un chien.*

[68] VERNAY D. (2003). *Le chien, partenaire de vies.* Erès.

[69] VUILLEMENOT JL. (1997). *La personne âgée et son animal : pour le maintien du lien.* Erès.

[70] WEBER M. (2012). *Le chien assistant en psychomotricité relationnelle.* La psychomotricité relationnelle. 141-157.

[71] WINNICOTT DD. (2002). *Jeu et réalité.* Gallimard.

[72] www.info-seniors.com

Glossaire

Akinésie : ralentissement lors de l'initiation des mouvements.

Apathie : incapacité d'être ému ou de réagir.

Cataracte : opacification progressive du cristallin retentissant sur la vision.

Coronaropathie : maladie des artères coronaires.

Gériatrie : discipline médicale représentant l'aspect thérapeutique de la gérontologie.

Gérontologie : étude du vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, sociologique, géographique, économique, culturel, démographique …

Handling : manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné.

Holding : traduit en français par « *maintien* », il désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel. La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité.

Hypopallesthésie : diminution de la sensibilité proprioceptive.

Image du corps : sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « *Quoi ?* » (Quel corps suis-je ?). Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouvent des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps, qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Elle est influencée par un ensemble de facteurs socio-culturels, psychologiques, biologiques et est par définition, consciente.

Ischémie myocardique : apport en sang insuffisant au muscle cardiaque.

Neuroblastome : cancer du jeune enfant.

Onychoplastie : chirurgie des ongles.

Osmorécepteurs : récepteurs de la soif.

Phéromone : produit chimique (signal) émis à l'extérieur du corps (canal de transmission) d'un individu (émetteur) qui, lorsqu'il est reçu par un animal de la même espèce (récepteur), déclenche une ou plusieurs réactions spécifiques. »
Ce terme fut inventé par KARLSON et LUSHER (1959).

Presbyacousie : perte progressive de la sensibilité touchant les sons aigus, pouvant être à l'origine d'une surdité.

Presbytie : réduction de l'accommodation gênant la lecture de près.

Reflux gastro-oesophagien : passage du contenu de l'estomac dans les voies respiratoires.

Sarcopénie : diminution de la masse maigre et de la masse musculaire.

Schéma corporel : correspond à un ensemble de représentations pour l'action et répond aux questions « *Où ?* » (Où sont les membres et où est la cible de l'action ? ») et « *Comment ?* » (Comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé ?). Il fournit les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps et intervient dans la locomotion (se déplacer) et la préhension (saisir des objets). Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action et est mis à jour au cours de l'action. Ce système opère en dehors de toute conscience du sujet et nous permet de réaliser les actions du quotidien.

Syndrome démentiel : détérioration globale des fonctions cognitives chez une personne ayant un état de conscience normal. La survenue et l'évolution sont progressives. Les troubles sont irréversibles.

Troubles psychomoteurs : « *Le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. Leur analyse clinique s'appuie sur une connaissance référentielle approfondie du développement normal. Elle nécessite des investigations spécifiques dont l'examen psychomoteur, pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet* ». [Définition du Collège des Équipes de Direction des Instituts de Formation en Psychomotricité (CEDIFP), d'après Albaret, 2001].

Annexes

Annexe 1 : **Questionnaire pour les résidents**

Il s'agit d'un questionnaire posé à vingt résident(e)s dément(e)s et non dément(e)s de l'EHPAD.
La première partie comporte cinq questions relatives au vieillissement. Dans la seconde partie, sept questions portent sur la médiation animale et la relation.

I. Une population vieillissante

- Quels mots et représentations vous viennent quand on évoque le terme de vieillesse ?

Aspects positifs*	Aspects négatifs**

*Les aspects positifs correspondent aux représentations positives de la vieillesse, aux avantages apportés par l'âge.
**Les aspects négatifs correspondent aux représentations négatives de la vieillesse, aux contraintes apportées par l'âge.

- A partir de quel âge parlons-nous de vieillesse ?

- La vieillesse est-elle repérable au niveau du corps ? Si oui, à quels signes physiques pensez-vous ?

- Si la vieillesse était une couleur, quelle serait-elle ?

- Une chanson, un poème, un film qui vous fait penser à la vieillesse ?

II. La médiation animale

- Avez-vous déjà eu un animal de compagnie ? Et plus spécifiquement un chien ? (Si oui : prénom, race, pendant combien de temps...)

- Quelle type de relation entreteniez-vous avec votre animal ?

- Qu'est-ce qu'il apportait en plus dans votre quotidien ? (en positif comme en négatif)

- Si on revient à la question des liens, pensez-vous que tous les animaux sont susceptibles de créer du lien ?

- Si oui, comment se créé cette relation ?

- Pensez-vous que les animaux et plus précisément les chiens peuvent améliorer la santé d'une personne ? Pourquoi ?

- Pensez-vous qu'introduire un animal de compagnie dans un EHPAD pourrait être bénéfique ? Si oui, pourquoi ?

Réponses des résidents :

I. Une population vieillissante

- Quels mots et représentations vous viennent quand on évoque le terme de vieillesse ?

Nombre de personnes	Représentations positives la vieillesse
3	**Sagesse**
2	Pas d'aspects positifs
2	Bien-être
2	Repos, tranquillité
2	Avoir plus de temps
1	« *Voir qui sont les vrais amis* »
1	Promenades

Nombre de personnes	Représentations négatives de la vieillesse
10	**Pas de projection dans le futur, pas d'avenir, « *être sur la fin de vie* »**
10	**Pertes (vitalité, des capacités physiques, psychologiques, autonomie)**
5	Solitude
5	Douleur
5	Voir ses amis mourir avant. Deuil de ses amis
2	Sens de la vie
1	Devenir un gros soucis pour les enfants

- A partir de quel âge parlons-nous de vieillesse ?

Nombre de personnes	Age
15	**Dépend des personnes**
2	Dès l'entrée dans un établissement (exemple : EHPAD)
2	Peut-être entre 70 et 80 ans
1	Peut-être à 60 ans

- La vieillesse est-elle repérable au niveau du corps ? Si oui, quels sont les signes physiques ?

Nombre de personnes	Stigmates du corps
7	**« *On vieillit de partout* »**
5	Cheveux blancs
5	Rides
2	Usure des dents
1	Pas de changement

- Si la vieillesse était une couleur, quelle serait-elle ?

Nombre de personnes	Couleur
8	**Grise car ce n'est pas gai** **Grise car c'est en lien avec la couleur des cheveux**
5	Pas de couleur
3	Blanc car en lien avec la couleur des cheveux
3	Rouge (couleur forte), c'est gai
1	De jolies couleurs (rose, bleu)

- Une chanson, un poème, un film qui vous fait penser à la vieillesse ?

Nombre de personnes	Film, poème, chanson ?
13	**Pas d'idée**
1	Un film muet
1	La marseillaise
1	Chansons d'origine (exemple : basques...)
1	« Voulez-vous danser quand même »
1	Chansons d'époque
1	*Les vieux* de Jacques Brel
1	*Mon vieux* de Daniel Guichard

II. La médiation animale

- Avez-vous déjà eu un animal de compagnie ? Et plus spécifiquement un chien ? (Si oui : prénom, race, pendant combien de temps...)

Nombre de personnes	Présence d'un chien de compagnie dans leur vie
11	**Chiens**
3	Chats
3	Autres (oiseaux, cochons-d'Inde ...)
3	NON car : - Appréhension - Devient une obligation

Races de chiens les plus fréquentes :

1ère : caniche
2ème : berger allemand
3ème : teckel
4ème : épagneuls bretons

- Quelle type de relation entreteniez-vous avec votre animal ?

Nombre de personnes	Type de relation
6	**Comme un membre de la famille**
4	Comme de l'amour (Amour des animaux)
4	Copain
3	Pas de relation car pas d'animaux
2	Adorable, fidèle
1	Affectueuse

- Qu'est-ce qu'il apportait en plus dans votre quotidien ? (en positif comme en négatif)

Nombres de personnes	Apport dans le quotidien
10	**Présence, compagnie, ne pas être seul**
5	Garder la maison
3	Rien car pas d'animaux
2	Joie, Bonheur, Bonne humeur, Plaisir

- Si on revient à la question des liens, pensez-vous que tous les animaux sont susceptibles de créer du lien ? Si oui, comment se créé cette relation ?

Nombre de personnes	Pensez-vous que tous les animaux sont susceptibles de créer du lien ?
10	**OUI (même animaux sauvages)**
5	NON
5	Pas d'idée

Nombres de personnes	Comment se crée la relation ?
10	**Par la communication non-verbale (regard, caresses, sourires, gestes...)**
4	Compréhension et confiance réciproque
2	Caractère (Fidélité, gentillesse)
2	Interaction, Échange mutuel
1	Le fait de s'en occuper (soin, toilette, manger, promenade)
1	Naturellement

- Pensez-vous que les animaux et plus précisément les chiens peuvent améliorer la santé d'une personne ? Pourquoi ?

Nombre de personnes	Est-ce que les chiens peuvent améliorer la santé d'une personne ?
10	**Pas d'idée**
8	Oui
2	Non

<u>Pourquoi oui ?</u>
→ Aide le mental et le physique
→ Pour se promener
→ Apporte du réconfort
→ Sur le plan de la solitude, apporte de la joie, change les idées, joue le rôle de confident.

<u>Pourquoi pas d'idée ?</u>
→ Dépend de la maladie et du handicap

- Pensez-vous qu'introduire un animal de compagnie dans un EHPAD pourrait être bénéfique ? Si oui, pourquoi ?

Nombre de personnes	Animal dans un EHPAD
12	**Oui**
6	Non
2	Pas d'idée

<u>Pourquoi oui ?</u>
→ Pour certaines personnes seules, sans famille car le chien peut devenir un compagnon
→ Apporte affectivité, réconfort
→ Pour discuter

<u>Pourquoi non ?</u>
→ Demande du temps, de l'attention
→ Demande des soins

Annexe 2 : **Charte des bonnes pratiques de l'association Licorne & Phénix.**

Par la médiation animale, toucher le meilleur de la personne pour l'aider à renaître.

Les articles de la présente charte sont les invariants des différentes pratiques d'Activités Associant l'Animal (AAA) tels qu'ils ont été proposés par le GERMA (Groupe d'Étude et de Recherche sur la Médiation Animale en janvier 2010). Ils doivent être complétés par des documents exhaustifs et contractuels engageant les différentes parties et adaptés aux contextes des programmes d'AAA en précisant les points suivants :

– La compétence et qualification de l'intervenant
– Le profil de la personne ou du public bénéficiaire
– Le type d'animal impliqué
– L'objectif visé
– Le contexte, cadre et modalités de mise en place de la pratique et tout aspect spécifique ou document de référence vis-à-vis de l'action proposée.

1- L'éthique :

L'intervenant en AAA se réfère aux principes édictés par les législations nationales, européennes et internationales sur le respect des droits fondamentaux des personnes et des animaux. Il se conforme aux règles déontologiques, usages en cours et bonnes pratiques de sa discipline. En l'absence de règles déontologiques spécifiques à sa pratique, il se soumet au devoir de réserve et ne dépasse pas le champ de ses compétences.

2- Les programmes :

Art 2-1 : Les programmes d'AAA permettent la rencontre de personnes bénéficiaires et d'animaux sélectionnés en fonction de la nature de la prestation attendue. Ces programmes sont menés par un ou des intervenants qualifiés, dans un objectif précis et dans un cadre défini.

Art 2-2 : Les programmes d'AAA peuvent être d'Animation (AAA-A), de nature éducatives (AAA-E), sociales (AAA-S),thérapeutiques (AAA-T) ou de recherche (AAA-R) selon la qualification de l'intervenant, la nature du projet et le contexte de l'intervention.

Art 2-3 : L'objectif des programmes d'AAA vise le mieux-être de la ou des personnes bénéficiaires, dans le respect de leur identité et de leur sécurité. Ces programmes participent à l'accompagnement et/ou la prise en charge des bénéficiaires de façon intégrée aux –éventuelles – actions en cours dans ce domaine. Le respect du principe du choix éclairé permet à la personne bénéficiaire (ou de ses représentants) d'accepter ou de refuser à tout moment les actions proposées.

3- L'intervenant membre de Licorne & Phenix :

3-1 Son positionnement :

Art 3-1-1 : L'intervenant inscrit son parcours dans un contexte éthique et historique de la pratique des AAA. Il se forme selon des référentiels spécifiques, confronte ses expériences, partage ses connaissances et transmet son savoir.

Art 3-1-2 : La qualification de l'intervenant et son appartenance au collège associatif de Licorne & Phénix correspondant est définie :

– par son cursus personnel et professionnel dans le champ d'intervention annoncé : animation, programme éducatif, social, thérapeutique, ou de recherche appliquée.

– par la reconnaissance de sa capacité à conduire et/ou de collaborer à un programme d'AAA par ses pairs membres actifs de l'association Licorne & Phénix.

Art 3-1-3 : Selon les points énoncés dans les articles précédents de la présente charte, la qualification du membre de l'association peut être :
– amis des AAA
– intervenant animateur en AAA
– intervenant en médiation animale
– thérapeute avec l'animal.
– chercheur en AAA

3-2 L'intervenant et 'animal :

Art 3-2-1 : L'intervenant est garant du choix, de la formation et de l'éducation éventuelle, du suivi sanitaire, de la bien-traitance dans le temps du ou des animaux impliqués dans les programmes d'AAA. Il respecte les conditions d'hygiène spécifiques au lieu de sa pratique et se conforme aux principes des déclarations de l'IAHAIO (International Association Human Animal Interaction Organisation) .

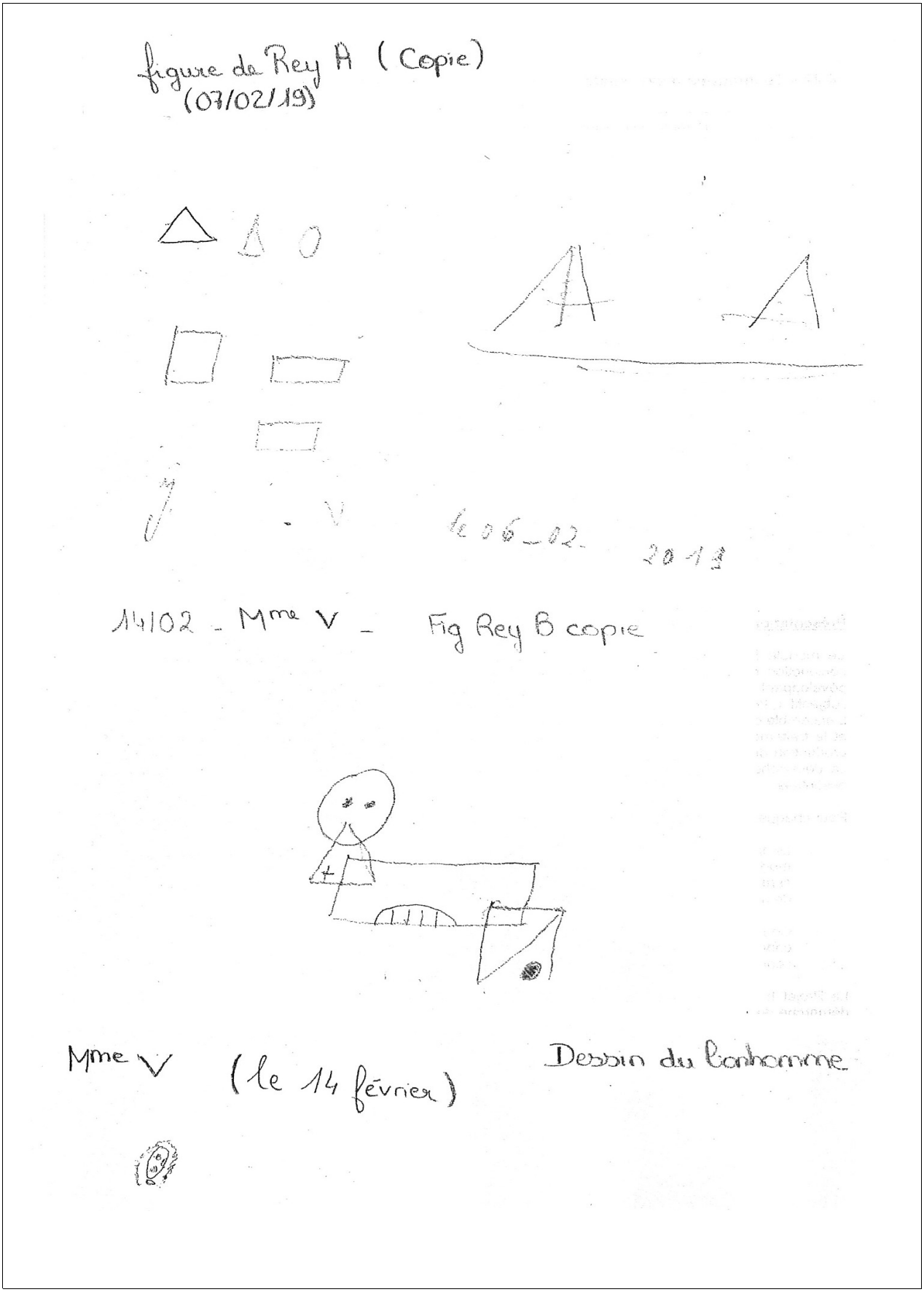
Art 3-2-2 : Dans l'intérêt du bénéficiaire, l'intervenant est garant de l'adéquation entre le type d'animal (et la personnalité de l'animal) impliqué dans le programme d'AAA, de la formulation du bénéfice attendu pour la personne, de la nature des actions proposées et des modalités pratiques de leur mise en place, du rythme et la progression des interventions, enfin de l'évaluation de l'action et de l'intégration éventuelles de ces données dans une dimension globale systémique (bio-psycho-sociale).

3-3 L'intervenant et le bénéficiaire :

Art 3-3-1 : L'intervenant est averti et respecte (et/ou travaille en lien avec des équipes ou structures respectant) les aspects sanitaires, réglementaires, juridiques et assuranciels spécifiques de sa pratique.

Art 3-3-2 : L'intervenant avec ses partenaires potentiels (organismes, institutions, associations,…) s'engagent au respect et à l'application des articles de cette charte et qu'elle soit portée à la connaissance des personnes bénéficiaires, de leurs proches et du public.

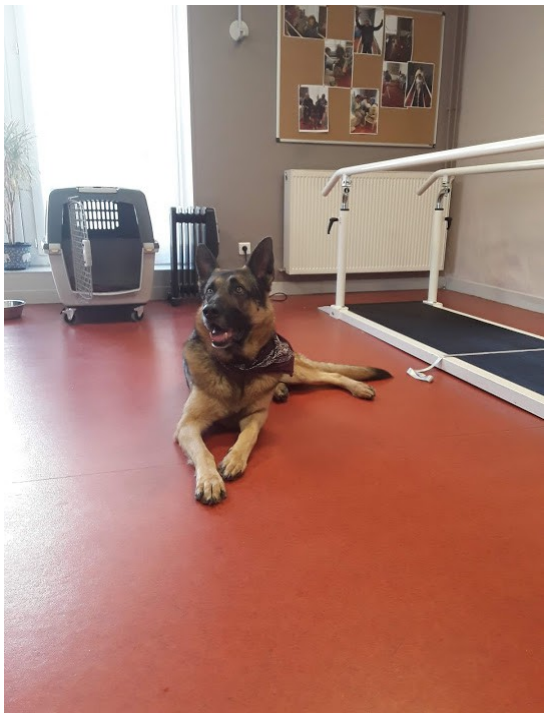
Annexe 3 : **Bilan psychomoteur de Mme V**



Annexe 4 : **Photographies, des moments immortalisés**



Un travail d'équipe.



Ilou, le chien médiateur.



La relation triangulaire

Un regard, un toucher, des liens se tissent.