



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS PSYCHIATRES ET
INFIRMIERS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE : LE CHIEN DANS LE
SOIN PSYCHIQUE, A PROPOS D'UN OUTIL DE MEDIATION
CHEZ L'ADULTE SCHIZOPHRENE**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 12 juillet 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Morgane VALENTIN
Née le 25/07/1987, à Lyon

Sous la direction de Monsieur le Docteur Louis CLAVE

Morgane VALENTIN

Etude qualitative auprès de médecins psychiatres et infirmiers en milieu psychiatrique : le chien dans le soin psychique, à propos d'un outil de médiation chez l'adulte schizophrène.

RESUME

Introduction : La relation entre l'Homme et l'animal existe depuis les premiers temps de l'humanité. Il convient de centrer la réflexion sur une forme spécifique de relation entre l'Homme et l'animal : Une relation thérapeutique. Le rôle thérapeutique de l'animal reste à démontrer. Comment et en quoi la pratique de la médiation animale peut-elle permettre une amélioration de l'état de santé, et sur quels critères ?

Méthode : Cette question a été étudiée par une enquête qualitative. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès d'infirmiers et psychiatres en milieu psychiatrique dans le Rhône. Un échantillonnage dit «en recherche de variation maximale» a permis d'inclure douze soignants de septembre 2015 à avril 2016. L'état de santé de patients schizophrènes adultes est évaluée sur leurs capacités comportementales et affectives durant, et à distance de l'activité.

Résultats : L'analyse des résultats met en évidence deux pistes de réflexion. Les soignants interrogés constatent une amélioration globale de l'état de santé de leur patient par cette méthode de soin durant l'activité sur le plan du comportement et des capacités affectives. Ils estiment que la médiation animale est encore trop peu développée pour permettre des bénéfices durables. Le lien entre le chien et l'Homme est décrite comme historique, il a l'intérêt de présenter une communication singulière qui facilite les processus de liaison et de symbolisation.

Conclusion : Cette enquête qualitative révèle l'intérêt d'une réflexion collective sur la place de la médiation animale dans le milieu de la psychiatrie adulte. Elle suppose la présence d'un soignant, à lui de se saisir de ce que l'activité mobilise, et de le transposer pour des bénéfices à long termes.

Mots clefs : enquête qualitative, psychiatrie adulte, schizophrénie, thérapie à médiation animale.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Michel PUGEAT

Membres : Monsieur le Professeur Xavier BARTH

Monsieur le Professeur Alain CALENDER

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Monsieur le Docteur Louis CLAVE (directeur de thèse)

Le 12 juillet 2016

Morgane VALENTIN

17 Rue Bouteille

69001 Lyon

mvalentin@ch-st-cyr69.fr

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président François-Noël GILLY

Président du Comité de François-Noël GILLY

Coordination des Etudes Médicales

Directeur Général des Services Alain HELLEU

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR de Médecine Lyon Sud- Doyen : Carole BURILLON

Charles Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques Directrice : Christine VINCIGUERRA

Et Biologiques (ISPB)

UFR d'Odontologie Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques Directeur : Yves MATILLON

De Réadaptation (ISTR)

Département de Biologie Humaine Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Et de l'Education (ESPE)

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence

Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak	Salmon	Pierre Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie

Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence

Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie

Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la Reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie Clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie

Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie

REMERCIEMENTS

Merci à **Monsieur le Professeur Michel PUGEAT** d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous présente mes sincères remerciements et mon plus profond respect. Merci de votre disponibilité et bienveillance à mon égard.

Merci à **Monsieur le Professeur Xavier BARTH** d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères. Merci de votre accueil et de votre enseignement lors de mes stages de chirurgie.

Merci à **Monsieur le Professeur Alain CALENDER** d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance pour ce que vous avez pu m'apporter au cours de mes études et de mes différents stages aux urgences. Merci de l'intérêt que vous portez à mon sujet.

Merci à **Monsieur le Professeur Yves ZERBIB** d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez croire en ma gratitude profonde pour votre enseignement et votre dévouement à la formation des nouveaux médecins généralistes.

Merci à **Monsieur le Docteur Louis CLAVE** d'avoir accepté de diriger ce travail. D'avoir été disponible aux prémices de ma thèse, de m'avoir guidé dans sa rédaction et de m'avoir transmis son intérêt pour la psychiatrie. Merci de m'avoir fait confiance.

Merci à **Madame le Docteur Véronique KRIKORIAN** de m'avoir soutenue dans la réalisation de ce travail. Merci pour sa présence, de sa disponibilité. Merci de m'avoir consacré son temps, mes profonds remerciements pour tout ce qu'elle m'a transmis.

Merci à **tous les soignants** qui ont accepté de participer à cette enquête.

Merci à mes maîtres de stage, qui m'ont fait découvrir la médecine dans toute sa richesse.

Merci à mon équipe soignante, pour leur professionnalisme et leur gentillesse. Leur accueil lorsque j'étais interne. Leur travail quotidien auprès des malades.

Merci à ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir si bien entourée et soutenue dans mes choix.

A mon père, parti trop tôt, j'aurais aimé que tu sois là.

Merci à ma sœur, pour son soutien et sa présence.

Merci à mes grands-parents, pour leur disponibilité et leur simplicité.

Merci à ma belle famille pour votre accueil chaleureux et vos encouragements.

A mes amis, pour tous les bons moments passés ensemble, et ceux à venir.

A Romain, merci pour ton soutien chaque jour, merci pour tout ce que nous avons partagé et pour nos projets en commun.

«Etude qualitative auprès de médecins psychiatres et infirmiers en milieu psychiatrique : le chien dans le soin psychique, à propos d'un outil de médiation chez l'adulte schizophrène.

<u>RESUME</u>	1
<u>LISTE DE L'UNIVERSITE</u>	3
<u>LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTE</u>	4
<u>REMERCIEMENTS</u>	13
<u>SOMMAIRE</u>	15
I) <u>INTRODUCTION</u>	19
II) <u>CADRE CONCEPTUEL</u>	21
1) La question animale : pourquoi ?.....	21
2) De l'intérêt de la question des thérapies à médiation animale.....	23
3) Objet médiateur, objet transitionnel.....	26
a) L'objet médiateur	
b) L'objet transitionnel	
4) Les théorisations : langage et communication non verbale.....	28
5) Les thérapies groupales à médiation.....	30
6) De l'animal aux thérapies à médiation animale.....	31
a) Thérapies facilitées par l'animal	
b) Aide animalière	
c) Activités associant l'animal	
d) Zoothérapie et thérapies à médiation animale	
7) La santé et le handicap psychique.....	36
a) Définition de la santé	
b) Notion de handicap psychique	
c) La schizophrénie	
III) <u>SOIN A MEDIATION ANIMALE : PRECISIONS THEORIQUES ET APPLICATIONS</u>	
<u>CLINIQUES</u>	42
1) L'animal dans le soin.....	42
A) Un regard historique : le chien dans la culture humaine	

a)	Les rudiments de la Thérapie à médiation animale	
b)	Les origines de la Thérapie à médiation animale	
c)	Les premiers écrits scientifiques	
B)	Lieux et domaines de soins.....	52
a)	EHPAD et personnes âgées dépendantes	
b)	Milieu carcéral et patients détenus	
c)	MAS et enfants polyhandicapés	
d)	FAM et adultes handicapés psychiques	
e)	IME et adolescents déficients intellectuels et/ou présentant des troubles du comportement et de la conduite	
f)	Centres Hospitaliers Psychiatriques et patients psychotiques institutionnalisés	
2)	Les concepts : de l'animal aux thérapies à médiation animale.....	58
a)	Psychodynamie : permettre une modalité relationnelle là où la relation à l'autre est d'emblée intrusive.....	58
b)	Précisions psychanalytiques : ce qui peut rendre inquiétante la relation à l'autre	
c)	Une communication singulière.....	60
d)	L'attention visuelle soutenue.....	62
e)	Un statut mouvant.....	63
f)	Définition du groupe à médiation : groupe thérapeutique (analytique ou cognitivo-comportemental), occupationnel, pédagogique.....	64
i)	La médiation en psychiatrie	
ii)	Activité à médiation thérapeutique	
g)	La médiation par l'animal.....	68
3)	Exemple pratique avec un groupe « chiens visiteurs » sur le Centre Hospitalier Spécialisé de St-Cyr-Au-Mont-d'Or.....	70
4)	Le chien médiateur.....	74
5)	Le champ des interventions de soin.....	76
a)	Rééducation	
b)	Réadaptation	
c)	Réinsertion	
6)	Questionnement professionnel.....	81
7)	Législation.....	83
8)	Etablir un cadre théorico-pratique, de la théorie à la pratique.....	83
A)	Le chien dans la thérapie à médiation animale.....	84
a)	Les généralités : le chien médiateur	
b)	Les races	
c)	L'éducation / Le dressage	
d)	Les objectifs	
i)	Objectifs thérapeutiques	
ii)	Objectifs physiques	
iii)	Objectifs sociaux et relationnels	

iv) Objectifs éducatifs et intellectuels	
v) Bénéfices recherchés	
e) Les apports et les limites	
f) Les risques	
g) Législation et protection de l'animal	
h) Hygiène et sécurité	
i) Coût	
B) Population concernée.....	95
a) Patients en situation de handicap psychique	
b) Patients en situation de handicap physique	
c) Patients en situation de perte d'autonomie	
d) Patients en situation d'isolement et d'insécurité	
C) Axes de réflexion.....	100

IV) EXPERIMENTATION.....102

1) Hypothèse/problématique.....	102
2) Méthode.....	103
a) Choix de l'outil, recueil de données : l'entretien semi-directif	
b) Echantillon	
c) Inclusion	
d) Elaboration du guide d'entretien : objectifs et contenus des entretiens	
e) Collecte de l'information	
f) Les entretiens	
i) Le test	
ii) Méthode d'analyse	
3) Résultats.....	110
a) Description de la population.....	110
b) La synthèse détaillée des entretiens.....	111
i) L'avis global et spontané concernant la thérapie à médiation animale	
ii) L'intérêt spécifique de la thérapie à médiation animale dans le cadre de la schizophrénie en phase de stabilisation	
iii) L'avis global, théorique ou empirique sur l'utilisation spécifique du chien comme médiateur.	
iv) Les aspects comportementaux et affectifs observés lors de l'activité.	
v) Les bénéfices cliniques observés en termes de lien à l'Autre à distance de l'activité.	
vi) Les effets négatifs, voire délétères de la thérapie à médiation animale.	
4) Discussion.....	118
a) Validité interne	
b) Biais internes	

c) Biais externes	
d) Biais d'investigation	
e) Biais d'interprétation	
5) L'analyse des résultats.....	120
a) L'avis global et spontané concernant la thérapie à médiation animale	
b) L'intérêt spécifique de la thérapie à médiation animale dans le cadre de la schizophrénie en phase de stabilisation	
c) L'avis global, théorique ou empirique sur l'utilisation spécifique du chien comme médiateur	
d) Les aspects comportementaux et affectifs observés lors de l'activité	
e) Les bénéfices cliniques observés en termes de lien à l'Autre à distance de l'activité.	
f) Les effets négatifs, voire délétères de la thérapie à médiation animale	
V) <u>LIMITES ET OUVERTURE : DISCUSSION</u>.....	127
VI) <u>CONCLUSION</u>.....	130
<u>LISTE DES ABBREVIATIONS</u>.....	133
<u>BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAFIE</u>.....	134
<u>REFERENCES</u>.....	138
<u>ANNEXES</u>	
1) Canevas d'entretien test.....	139
- Entretien test n°1	
- Entretien test n°2	
2) Canevas d'entretien.....	144
- Entretien n°1	
- Entretien n°2	
- Entretien n°3	
- Entretien n°4	
- Entretien n°5	
- Entretien n°6	
- Entretien n°7	
- Entretien n°8	
- Entretien n°9	
- Entretien n°10	
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>.....	165

Etude qualitative auprès de médecins psychiatres et infirmiers en milieu psychiatrique : le chien dans le soin psychique, à propos d'un outil de médiation chez l'adulte schizophrène.

I) INTRODUCTION

J'ai choisi d'évoquer dans ce travail de recherche un sujet qui me tient particulièrement à cœur depuis de nombreuses années. De façon personnelle dans un premier temps, par le lien qui m'unit aux animaux familiers depuis l'enfance, et de façon plus professionnelle, en rapport avec mon travail quotidien auprès de patients psychotiques en centre hospitalier spécialisé.

Les animaux font partie intégrante de nos vies humaines. Chaque personne a une histoire de vie marquée par la présence d'un animal, qu'il soit sauvage ou familier. Ce constat transcende le temps et les civilisations. Les animaux, de part leur vie propre, éveillent notre curiosité, et leur fonctionnement nous intrigue. Des théories de l'évolution aux postulats de phylogénie, nous ne pouvons nier les liens disons « génétiques » qui nous unissent. Mais plus que les liens de parenté, il s'agit ici d'analyser les liens affectifs que nous entretenons avec eux.

Selon l'espèce choisie, le lieu de la rencontre, l'activité réalisée, les apports seront très variables. Il convient donc de centrer la réflexion sur une forme spécifique de relation entre l'Homme et l'animal. Une relation thérapeutique. J'ai choisi de préciser mon étude sur les animaux familiers et plus particulièrement le chien pour des raisons pratiques, co-animant personnellement un groupe thérapeutique à médiation canine pour la deuxième année consécutive sur l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de St-Cyr-Au-Mont-D'Or. Quelles sont les caractéristiques de ce chien ? Quels en sont ses apports et ses limites ? Comment peut-il s'intégrer à la pratique professionnelle en milieu hospitalier ?

Dans une première partie, nous nous intéresserons aux concepts de la relation Homme-animal et leur pertinence générale sur le plan thérapeutique. Nous évoquerons ensuite le soin en milieu psychiatrique, plus particulièrement les thérapies à médiation, et les thérapies groupales avec une ouverture d'inspiration psychanalytique.

Dans une deuxième partie, nous porterons ensuite notre réflexion sur la zoothérapie en terme général, avec un historique afin de permettre de comprendre au mieux le cheminement qui a amené à nos connaissances actuelles concernant cette modalité de soin. Nous spécifierons enfin en abordant spécifiquement le chien, ses caractéristiques et son application théorique dans la pratique professionnelle de la thérapie à médiation animale.

Dans une troisième partie, nous nous intéresserons à l'expérimentation. Nous exposerons les données de l'enquête qui a été réalisée afin de donner parole aux soignants pratiquant la thérapie à médiation animale et d'expliquer comment cette pratique peut permettre une amélioration de l'état de santé.

II) CADRE CONCEPTUEL

1) La question animale : pourquoi ?

La relation entre l'Homme et l'animal existe depuis les premiers temps de l'humanité. Cette relation a eu, avant tout, un rôle fonctionnel puisque l'animal était utilitaire, participant à l'amélioration de notre quotidien (locomotion, élevage, chasse, protection...). C'est par la suite que les impacts affectifs des animaux sur l'Homme commenceront à être perçus. Aujourd'hui, cette relation demeure présente dans notre quotidien, essentiellement par l'animal de compagnie et d'élevage. Par ailleurs, nous pouvons observer une certaine démocratisation de la présence animale dans différents milieux : il n'est plus si rare de voir un aquarium chez le médecin généraliste, un rongeur dans une salle de classe, un chien dans une maison de retraite.

Pour quelles raisons se développe la présence animale ? Quels en sont les apports ? Qu'en est-il spécifiquement du domaine de la santé ?

Depuis des millénaires, les chiens notamment, se sont rendus utiles auprès des Hommes. Ils n'ont pas été domestiqués par hasard. Comment imaginer que la toute-puissance humaine qui a voulu s'aliéner le monde animal n'ait réussi à domestiquer qu'une poignée d'espèces ? Le chien aurait donc vraisemblablement participé à sa domestication en s'imposant comme un compagnon familial indispensable. Au fil de l'histoire des civilisations, l'aide qu'il apportait s'est diversifiée et on a créé des dizaines de races prédisposées à toutes sortes d'activités humaines. Des chiens de chasse de gibiers différents, des chiens de troupeaux d'ovins ou de bovins avec des adaptations de prairies ou d'alpages, des chiens de guerre, policiers capables de détecter des explosifs ou de la drogue, et de nombreux chiens d'aide, à commencer par les chiens guides d'aveugles, suivis des chiens de soutien aux handicapés physiques et des chiens thérapeutiques pour les handicapés psychiques, enfants ou adultes.

L'idée d'une médiation animale a mis beaucoup de temps à s'immiscer dans la sphère soignante où dominait longtemps l'esprit analytique. La zoothérapie n'a pris son essor qu'à

partir des années 90, et seulement dans certains pays comme le Canada ou la Belgique. Les chiens accompagnant le thérapeute ont des qualités particulières. Ils ont été éduqués avec beaucoup d'attention. Ce sont fréquemment des Labradors et des Golden Retrievers, qui sont en général calmes et attirent les enfants. Ils sont habitués à la vie familiale et collective et donc à l'agitation désordonnée. Il faut qu'ils soient joueurs sans aucune réaction agressive, malgré la maladresse un peu brutale de certains patients. Ils sont très conciliants, acceptent de se faire un peu bousculer et câliner avec ardeur.

Désormais, de nombreux thérapeutes utilisent aussi d'autres animaux familiers comme le chat ou le cheval comme médiateurs de soins. Ces animaux vont naturellement au contact des humains et ressentent leur fragilité.

Certains patients, qui ne saisissent plus le sens des mots, sont ainsi sollicités dans leur sensibilité corporelle archaïque. Le chien qu'on caresse favorise des processus de liaison psychiques qui étaient totalement brouillés. Pour les moins dépendants, l'animal permet de renouer un lien social qui rompt avec la solitude effrayante de l'enfermement de la maladie psychique. Sa chaleur vivifiante met à distance l'angoisse de mort.

Dans les domaines du médical et du paramédical, cette relation semble globalement peu représentée. Les réticences sont franches et les craintes nombreuses. De plus, le rôle thérapeutique de l'animal reste à démontrer pour la plupart des professionnels de santé. En médecine, la question l'animal n'est qu'à de rares occasions abordée, que ce soit durant la formation théorique à la faculté et pratique en stages, ou au cours de l'activité professionnelle, quelle que soit la spécialité.

Cependant, le travail du médecin s'inscrit dans des notions de santé et de handicap qui intègrent tous les aspects personnels et environnementaux de l'individu. Aspects sur lesquels l'animal semble avoir un impact positif, d'après certains témoignages et observations que nous étudierons.

L'animal peut-il avoir un rôle thérapeutique ? De quelles façons ? Comment l'intégrer dans notre profession de médecin ?

Une enquête FACCO/TNS Sofres de 2014¹ sur la population animale révèle que 49% des foyers français possèdent un ou plusieurs animaux familiers. On apprend que 20.2% des français sont propriétaires d'au moins un chien, et 28% au minimum un chat, et enfin, 43.7% ont au moins un chien ou un chat. Sans parler des autres animaux tels que poissons, oiseaux, rongeurs...

Lorsqu'on interroge ces propriétaires, on apprend que l'animal de compagnie est considéré comme un membre de la famille, qu'il est un élément de stabilité, d'équilibre et de bien-être dans le foyer.

La présence ou la compagnie d'un animal auprès d'une personne, qu'il s'agisse d'un poisson, d'un oiseau, d'un chien ou d'un chat, change l'environnement et favorise l'établissement de liens émotionnels, entre autres des liens « d'attachement ». Ceux-ci sont d'ailleurs nécessaires au développement harmonieux de l'être humain. Ce n'est pas sans raison que la majorité des personnes qui vivent avec un animal domestique le considère comme un membre de la famille à part entière.

Il convient cependant de porter attention à ceci : la simple possession d'un animal domestique ne peut, en aucun cas, être associée à de la médiation animale. Ce que l'on appelle « thérapie à médiation animale » est un ensemble structuré d'interventions réalisées par un thérapeute humain dûment formé, lequel est assisté par un animal, le tout pour un mieux-être d'un patient humain. De la même manière, on ne peut pas considérer l'animal comme étant le thérapeute.

La thérapie à médiation animale suppose la présence d'un soignant.

2) De l'intérêt de la question des thérapies à médiation animale

L'animal constitue un stimulus simple. Il n'exige aucune compétence ou habileté nécessaire de la part du patient, et il n'oblige à aucune compétence quelconque. L'animal accepte, tout simplement.

¹ <http://www.facco.fr/-Population-animale/> - Enquête FACCO / TNS SOFRES - Parc des Animaux Familiers en France - PAFF 2014.

BONDUELLE et JOUBLIN² soutiennent aussi que l'impact positif principal des animaux vient du fait qu'ils ne portent pas de jugement de valeur et qu'ils acceptent les gens sans condition, peu importe leur état de santé ou leur apparence. Par conséquent, étant donné que le contact avec l'animal est apaisant, il aide la personne à être plus réceptive aux traitements qu'elle reçoit en diminuant sa résistance face à l'inconnu.

De plus, la démonstration affective des animaux ainsi que leur recherche de contacts suffisent bien souvent à faire sortir les gens de leur isolement.

KATCHER et FRIEDMAN³ soulignent également que les animaux offrent une compagnie agréable, des activités plaisantes et incitent à l'exercice. En d'autres termes, l'animal procure du plaisir et de la détente, et apporte du changement dans la réalité quotidienne, et d'autant plus chez les personnes présentant des difficultés cognitives, psychologiques et/ou physiques.

Certains auteurs suggèrent que l'animal remplit une fonction de support projectif, c'est-à-dire que la personne en difficulté projette, souvent de façon inconsciente, ses sentiments et ses états d'âme sur l'animal. Aussi, la présence de l'animal fait-elle office d'objet médiateur, malléable, et pouvant, grâce aux soignants qui l'accompagnent, servir un processus de symbolisation.

Chez les adultes, le phénomène de projection peut aussi se manifester dans la relation soignant-soigné. Le patient peut développer, par exemple, une aversion du soignant parce qu'il reconnaît inconsciemment en celui-ci des aspects de lui-même qu'il refuse d'accepter.

En plus de la projection, il existe un autre mécanisme dans la relation que FREUD a nommé le transfert. Celui-ci s'installe souvent au cours du processus thérapeutique au sein de la relation soignant-soigné. Il y a transfert par exemple lorsque le patient associe affectivement sa mère à son psychiatre, bien qu'il n'y est aucune ressemblance. Ainsi, le patient peut transposer la dynamique émotionnelle qu'il vit ou a déjà vécu avec sa mère dans sa relation avec sa thérapeute (soumission, domination, violence, colère, admiration, peur du rejet, vengeance...).

² BONDUELLE, P., JOUBLIN, H. (1995), *L'animal de compagnie*, Que sais-je ? Paris PUF.

³ KATCHER, A. H., FRIEDMAN, E. (1980), *Potential health value of pet ownership* - The compendium on continuing education – Volume 11(2), p. 117-121.

Un contexte de thérapie à médiation animale favorise l'éclosion des phénomènes projectifs de nos patients, notamment leurs expressions affectives, ce qui est bien souvent freiné dans la relation duelle avec un soignant.

Dans le cadre d'une thérapie à médiation animale, le rôle premier de l'animal est de faciliter le travail des professionnels de la santé. Etant donné que l'animal seul n'est donc pas suffisant pour produire des changements thérapeutiques et qu'il ne peut constituer un substitut pour la relation humaine, il se veut un complément du travail du thérapeute, un « outil thérapeutique ». En d'autres termes, l'animal sert de « médiateur » entre le thérapeute et son patient.

Ainsi, nous ne prétendons pas que l'animal en lui-même puisse entièrement guérir ou même soigner une maladie, et c'est pourquoi le rôle d'un thérapeute qualifié demeure important dans le processus thérapeutique. C'est un travail d'équipe.

Nous nous intéresserons ici plus particulièrement au chien, car un élément important qui favorise le travail en thérapie à médiation animale est que l'intérêt d'un chien est inconditionnel. L'animal ne nous juge pas et nous voue toujours la même sympathie. On se sent alors en confiance et on se laisse aller à nos émotions et à nos confidences, ce qui peut contribuer à accroître notre estime de soi et notre bien-être général.

Le patient doit atteindre la conviction de se sentir inconditionnellement entendu et reçu. Deux attitudes qui relèvent à la fois du savoir-être et du savoir-faire du thérapeute. Deux attitudes : se taire et accueillir. Un bon thérapeute sait se taire et sait accueillir son patient.

Le chien, de façon naturelle, est déjà porteur de ces avantages. Le chien ne pose aucune question, il se tait : il ne parle pas. Il n'est pas un sujet désirant. Le chien se montre, de nature, très peu interventionniste. En se taisant, le chien laisse toute la place au patient. Un patient en thérapie a besoin d'un espace. On parle ici d'un espace psychique dans lequel le patient peut explorer son monde intérieur sans être dérangé. En se taisant, le chien lui offre cet espace.

Force est de constater que l'acceptation inconditionnelle, si elle demeure une qualité thérapeutique enviable, est beaucoup plus l'apanage des chiens que celui des humains. Les thérapeutes s'entendent pour dire qu'ils acceptent leurs patients en tant qu'êtres humains même s'ils désapprouvent bon nombre de leurs comportements. Il serait juste de reconnaître qu'il nous est impossible de posséder cette qualité d'acceptation totale et inconditionnelle que manifestent les chiens.

L'animal, par son absence de langage verbal, nous laisse tout l'espace psychique dont nous avons besoin. Son silence, autant que l'absence de jugement de sa part, en fait un être attachant auprès de qui le patient peut aller chercher réconfort et écoute.

3) Objet médiateur, objet transitionnel

Ces concepts ont été développés par D. W. WINICOTT⁴ et méritent que l'on s'y attarde tant leur importance est grande en thérapie à médiation.

a) L'objet médiateur

L'objet médiateur peut se définir comme une articulation entre deux personnes dans un processus dialectique. Il est défini par le cadre thérapeutique comme n'étant pas l'objet de la thérapie, ni sa finalité mais comme le moyen d'une élaboration et d'une prise de conscience.

Philippe GABBAI⁵, neuropsychiatre, (1993) attribue aux médiateurs plusieurs qualités :

- La « *valeur analogique* », c'est-à-dire la capacité du médiateur à induire des situations analogues à la situation réelle, angoissante et intolérable pour un patient. Si, par exemple, on souhaite proposer un mouvement régressif, il est important que l'on puisse proposer une situation régressive à l'aide de la médiation utilisée.

⁴ WINICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris, Gallimard.

⁵ GABBAI, P. (1993). *Les médiations thérapeutiques* - La revue française de musicothérapie. Volume 13, n°4, p. 20.

- La « *graduation ontologique* », c'est-à-dire la possibilité pour le patient, par le choix du médiateur au fil de la prise en charge, de parcourir le cheminement de l'espèce humaine tout au long de son développement ontologique afin que s'opère un processus de ré-humanisation.

- « *l'évidence de l'utilité* »

- « *la polyvalence du médiateur* ».

On peut par ailleurs tenter de cerner les effets d'un médiateur :

- D'un côté de part ses qualités intrinsèques, l'objet médiateur tirerait son efficacité de lui-même. C'est alors à ses propriétés spécifiques qu'il doit des effets structurants, thérapeutiques. En ce qui concerne les thérapies animales, on tentera de mettre en évidence ses effets corporels et psychiques, toutefois sans assurer un effet thérapeutique durable.
- De l'autre, envisager l'objet médiateur comme un « pré-texte » à la relation qui n'a de valeur structurante que d'être proposée par un autre. Dans ce cas, le médiateur n'est là que pour suppléer l'autre dans sa fonction de liaison entre Réel et Imaginaire, c'est-à-dire de subjectivisation, d'introduction de l'ordre symbolique.

Contrairement à la psychanalyse, les thérapies à médiation utilisent l'activité corporelle pour « *mobiliser quelque chose de l'ancrage corporel des processus de mentalisation voire de symbolisation* »⁴.

Ceci va être particulièrement intéressant auprès des patients suivis dans ce travail pour qui le corps est en première ligne dans la relation à l'autre (sujet ou produit) suppléant sans cesse une pensée défaillante.

b) L'objet transitionnel

C'est la première possession « *non-moi* » du petit enfant, souvent le « doudou ». Cet objet n'est pas encore reconnu comme appartenant à l'espace extérieur, comme

⁴ WINICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris, Gallimard.

séparé du sujet, mais n'est pas non plus considéré comme un objet interne. L'objet transitionnel est intermédiaire et c'est précisément cette position qui en fait son intérêt dans la phase de séparation-individuation du bébé. Celui-ci peut alors « *exercer une omnipotence imaginaire, en créant l'objet qui est en fait apporté par l'environnement, (...) et expérimenter de façon ludique son non-moi* ». Jean-Baptiste CHAPELIER⁶.

L'objet transitionnel permet « *de créer une continuité au moment où il affronte l'expérience de la rupture* » Bernard CHOUVIER⁷, psychologue, dans *Les processus psychiques de la médiation*. Il peut être le support des projections du nourrisson durant l'absence de sa mère et en même temps, la représenter permettant dans un second temps l'introjection de la représentation maternelle.

La notion d'objet transitionnel peut s'appliquer au domaine des thérapies à médiation animale. On peut effectivement envisager que l'animal, le chien en l'occurrence, soit investi par le patient comme un objet transitionnel permettant de recréer un espace suffisant entre lui et le thérapeute. Ce faisant, le patient a la possibilité d'être confronté à nouveau, dans une démarche régressive, à l'expérience de la perte.

4) Les théorisations : langage et communication non verbale

La distinction entre langage et communication non verbale est importante. Ne pas la faire peut conduire à des contresens. Lorsqu'il est dit par exemple, de manière très juste, reprenant la phrase célèbre de Paul WATZLAWICK⁸, psychologue, « *On ne peut pas ne pas communiquer* », pour formuler le fait que quoi qu'on fasse, qu'on le veuille ou non, nous envoyons des messages à nos interlocuteurs. C'est vrai.... Sauf si vous vous placez du point de vue de celui qui envoie ces messages à son « *corps défendant* »⁶² simplement parce qu'il est dans la lune ou plus encore parce qu'il n'a pas conscience qu'une personne le regarde. Il

⁶ CHAPELIER, J., B. (2000). Les psychothérapies de groupe. Paris. Dunod. P. 112.

⁷ CHOUVIER, B. et al. (2002). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod, p. 24.

⁸ WATZLAWICK, P., HELMICK, J. (1979). *Une logique de la communication*. Paris, Le livre de poche, p. 280.

a bien un langage non verbal mais ce n'est pas de la communication non verbale. Ces questions qui semblent être des questions de détail deviennent des questions de la première importance dès que l'objectif consiste à comprendre l'autre à partir de la structure de son langage corporel.

La communication non verbale, appelée aussi langage du corps, désigne dans une conversation tout échange n'ayant pas recours à la parole. Elle ne repose pas sur les mots, mais sur les gestes (actions et réactions), les attitudes, les expressions faciales (dont les micro-expressions) ainsi que d'autres signaux, conscients ou inconscients, tels que les odeurs. La communication non verbale s'intéresse aussi à l'environnement, c'est-à-dire le lieu dans lequel les interactions sont repérées.

La communication non verbale est du domaine de la psychologie (études des émotions) et de l'éthologie. Elle bénéficie d'apports provenant de l'anthropologie, de la sociologie, de l'ethnologie et des neurosciences. Les récentes avancées technologiques dans le domaine de l'imagerie cérébrale permettent aujourd'hui de préciser des connaissances et des observations du passé. Cela contribue à valider certaines théories, et à en invalider d'autres.

Le corps fait passer un message aussi efficace que les mots que l'on prononce. De plus, les interlocuteurs réagissent inconsciemment aux messages non verbaux mutuels. Ils ne se rendent pas compte qu'ils communiquent de nombreuses informations à leur insu. Un désaccord entre deux interlocuteurs peut survenir alors que le message verbal (les mots) est pourtant positif. La communication non verbale ajoute une dimension supplémentaire au message, parfois en contradiction avec celui-ci.

Cette communication non-verbale fonctionne avec tous les animaux quelque soit l'espèce. Elle a pour fondement que les animaux sont des êtres vivants, tout comme les humains, et qu'il est de la nature du vivant de communiquer quel qu'en soit le moyen. Les animaux sont cependant différents dans leur biologie, leur psychologie ancrée dans le moment présent, ainsi que leur vision du monde souvent très sage. Un animal est doué d'envies, de pulsions, mais ces tendances ne sont pas canalisées par le langage verbal qui viendrait alors établir une dimension désirante, come c'est le cas chez l'Homme. Le désir est alors à entendre au

sens psychanalytique, c'est-à-dire ce qui naît de la conjonction entre le registre symbolique du langage, marqué fondamentalement par le manque, et le corps.

Une des illustrations de la communication non verbale avec l'animal est la porosité que l'on peut observer chez ce dernier. Tels des enfants, ils fonctionnent comme des éponges. Certains portent « nos charges » (tristesses, colères, peurs, angoisses etc.) et sont capables de développer de réels problèmes de santé et/ou de comportement pour justement nous mettre en lumière nos propres maux. Le fait d'en prendre conscience permet bien souvent à l'animal de lâcher son problème. Les animaux surtout ceux que nous côtoyons au quotidien, nous parlent de nous-mêmes, de nos limites, de la façon dont nous regardons le monde.

Comme une partie de nous mêmes, ils cherchent à nous faire entrer en vibration avec qui nous sommes réellement. Un regard, un son, une attitude, des circonstances, tout peut servir de support à l'expression...et, c'est dans l'humilité, mêlée à de l'émerveillement avec un soupçon d'ignorance que l'on accède à cette autre dimension où la dualité n'est plus.

5) Les thérapies groupales à médiation

Depuis de nombreuses années, des praticiens ont mis en œuvre dans le champ thérapeutique et dans celui de la formation, des dispositifs de travail psychique qu'ils ont nommés « groupes à médiation ». Ces dispositifs réunissent un nombre restreint de personnes, le plus souvent dans un cadre institutionnel : leurs relations sont médiatisées, et il y a là une différence à souligner dans le statut de l'objet médiateur, soit par un médium sensoriel, soit par des objets culturels (le conte, la photographie). Au-delà de cette différence, le but poursuivi par ces groupes est d'activer ou de réanimer certains processus psychiques qui ne sont pas mobilisables et modifiables autrement, ou qui le sont, par ce dispositif, dans une mesure plus efficace. La qualité du média est supposée jouer un rôle spécifique dans ce type de travail, mais il est tout aussi important de prendre en considération les liens qui se forment dans le groupe, car ils mobilisent des processus de transformation spécifiques à ce type de configuration de lien : des émotions, des identifications, des associations.

Les groupes à médiation ne sont pas des groupes ergothérapeutiques ou plus largement des thérapies occupationnelles, au sens où celles-ci visent en priorité un apprentissage de comportement nécessaire à l'intégration dans le groupe et à la vie sociale. Ils poursuivent soit un but psychothérapeutique, soit un but de formation personnelle.

La condition alors impérative pour que la symbolisation se produise est la construction d'un cadre et d'un dispositif appropriés, de telle sorte qu'ils soient en mesure d'assurer les liaisons interactives entre le dispositif groupal, le médium, la dynamique transférentielle et la mise en parole.

Cadre de référence théorique :

Il faut porter l'attention sur les règles organisatrices de ces groupes. Les thérapeutes se donnent tous comme priorité d'être les garants du cadre à partir duquel processus psychiques peuvent se déployer. Pour autant, ils ne se tiennent pas dans une observation à distance, leur présence est plus ou moins active, selon leur style propre, les nécessités de la clinique individuelle et groupale, la spécificité du média.

Les théories psychanalytiques de groupe nous renseignent sur les capacités du groupe à offrir un cadre qui soit favorable à la contenance des projections et des pulsions.

Dans les groupes à médiation, la parole accomplit une fonction décisive, elle est le moyen de la représentation symbolique secondaire des expériences émotionnelles et des charges pulsionnelles investies dans l'objet de médiation. Lesquelles sont médiatisées et transformées par le maniement des médias qui se présentent comme des prédispositions signifiantes utilisables pour le travail du préconscient. Cette place et cette fonction de la parole sont nécessairement différentes de celles que la parole assume dans les groupes où le passage par la parole est l'issue essentielle du travail de symbolisation, mais elle accomplit le même processus.

6) De l'animal aux thérapies à médiation animale

Dans le domaine de la relation Homme-animal, les concepts se multiplient mais ne se distinguent pas toujours facilement. Nous débuterons cette partie par une présentation succincte des concepts prédominants actuellement afin de comprendre dans quel milieu doivent se positionner les thérapies à médiation animale.

L'éthologie, qui est l'étude des comportements animaliers dans leur milieu naturel, s'est développée au cours du XXème siècle et s'est étendue, d'après le Dr Didier VERNAY, « à l'étude des relations Homme-animal et à leur capacité réciproque de communication »⁹.

Dans notre société ultra moderne et individualiste, la place de l'animal de compagnie n'a jamais été aussi importante, développant un attachement profond qui suscite des interrogations passionnées. Les chiens, en particulier, sont au centre de ces réflexions.

Depuis le début de l'histoire de l'humanité, ils ont su tisser des liens affectifs avec les Hommes sur tous les continents.

Ils ont été les premiers, il y a plus de vingt mille ans, à trouver une « niche anthropologique », une place singulière qu'ils ont su conserver. Les humains les ont admis dans leurs groupes, mais ils ne les ont pas immédiatement intégrés. Pour l'être, le chien a dû se rendre utile, voire indispensable, auprès de l'Homme. Cette cohabitation ancestrale lui a donné un style de communication et de comportement bien éloigné des rituels socialisés des meutes sauvages : il est devenu proche des Hommes.

Il n'est pas pour autant un être passif, un bien « meuble », pour employer les anciens termes législatifs¹⁰. Il n'est pas une peluche, un doudou inerte et soyeux sur lequel on projette tous ses manques et qu'on peut manipuler à sa guise : il est vivant, il a une vraie subjectivité et génère des interactions qui lui sont spécifiques. Sans être non plus une personne humaine, il est devenu un être à part entière. Il reste un support idéal pour les projections et les fantasmes, il symbolise de nombreuses qualités humaines, la loyauté, la fidélité et une certaine forme rassurante de soumission. Cependant, en tant qu'être singulier, il peut bousculer toutes les attentes.

⁹ VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vie : applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, ERES Editions.

¹⁰ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/1808/AN/59.asp>

L'assemblée Nationale a adopté le 11 avril 2014 l'amendement 515-14. : « Les animaux sont des êtres vivants doués de sensibilité. Sous réserve des lois qui les protègent, les animaux sont soumis au régime des biens corporels. »

Cette très vieille histoire affective entre l'Homme et le chien a évolué, selon les époques, les cultures. Elle a oscillé entre l'utilisation, la soumission, le travail, l'alimentation et le compagnonnage. De nos jours, les liens qui les unissent sont moins fonctionnels mais semblent avoir atteint une intensité étonnante. Les chiens ont largement dépassé leur posture animale. Leur utilité sociale est devenue floue, pourtant ils sont omniprésents. Toute la palette des sentiments humains se retrouve exprimée envers eux : on les exhibe, on les admire, on les câline... Entre adeptes béats, on parle sans retenue de leurs dons, de leur personnalité et de leurs capacités d'adaptation surprenantes. L'éthologie moderne, sortant des schémas caricaturaux de l'« anthropomorphisme », compare leurs compétences à celles des enfants de moins de 2 ans.

a) Thérapies facilitées par l'animal

Mac CULLOCH¹¹, vétérinaire américaine définit les thérapies facilitées par l'animal comme « *l'introduction d'un ou plusieurs animaux dans l'environnement immédiat d'un individu ou d'un groupe, comme élément d'interaction dans un but thérapeutique* ». Le terme de « thérapie » mentionné dans ce concept est source de conflit entre les différents acteurs du secteur médico-psycho-socio-éducatif.

b) Aide animalière

L'aide animalière se définit aisément comme l'utilisation d'un animal dans un but d'aide à la personne. Elle consiste en la mise en place d'une relation spécifique entre un individu en situation de handicap et un animal. En France, deux espèces ont été utilisées dans ce but : le singe capucin pour l'aide animalière simienne, et le chien pour l'aide animalière canine.

L'aide canine est l'éducation spécifique de chiens dans un but d'aide et d'accompagnement auprès d'une population présentant différents types de handicaps. Elle se décline sous plusieurs formes :

¹¹ McCULLOCH W. F. (1983). *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals*. Philadelphia, University of Pennsylvania. p. 489-499.

- Chiens guides d'aveugles éduqués par la FFAC (Fédération Française des Associations Chiens guides d'aveugles).
- Chiens entendeurs et chiens d'alerte, pour personnes épileptiques ou diabétiques, dont l'éducation a cessé en France du fait du manque de moyens humains et financiers. Les projets sont encore soutenus par certaines associations comme Paratonnerre.
- Chiens visiteurs dont l'éducation est assurée par la CNEAC (Commission Nationale Éducation et Activités Cynophiles) et financée par la Fondation Adrienne et Pierre SOMMER¹².
- Chiens d'assistance éduqués par Handi'Chiens.

c) Activités associant l'animal

C'est en 2000, à l'initiative de l'AFIRAC (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie), que se met en place un Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal (GREFTA). Les conclusions de ce groupe sont publiées dans l'ouvrage sus-cité : *Le chien partenaire de vies*, Dr Didier VERNAY⁹, neurologue.

Selon Boris CYRULNIK, neuropsychiatre éthologue et auteur de la préface de cet ouvrage, l'enjeu du GREFTA est de « *séparer le bon grain de l'ivraie dans les travaux scientifiques et cliniques, les accompagner, les vérifier, les critiquer et les coordonner* » et surtout, « *d'analyser ce nouveau contrat social, affectif, psychologique que les Hommes et les animaux sont amenés à signer aujourd'hui, dans notre nouvelle culture* ».

Toujours dans ce même ouvrage, l'activité associant l'animal est définie comme une dimension « *associée à une intentionnalité : celle d'associer l'animal à un projet professionnel et/ou une compétence spécifique* » qui s'accompagne « *d'un projet, de garanties de formation, d'une méthode et surtout assurer le primum non nocere* ». L'objectif de ces activités est de « *mettre en place les conditions d'introduction d'un animal au sein d'une démarche (...) en veillant à ne pas nuire ni au(x) sujet(s)*

¹² <http://www.fondation-apsommer.org/>

⁹ VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vies : applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, ERES Editions.

bénéficiaire(s), ni à l'animal, ni au(x) intervenant(s) et/ou à la structure ».

Ainsi définie, l'Activité Associant l'Animal (AAA) peut se décliner sous quatre formes distinctes :

- AAA-S pour un projet à orientation sociale.
- AAA-T pour un projet de thérapie facilitée par l'animal.
- AAA-E pour un projet éducatif.
- AAA-R pour ce qui concerne la recherche.

Chaque professionnel du médical, du paramédical, du social ou de l'éducatif peut ainsi trouver son compte dans l'activité associant l'animal par retrait du terme « thérapie » dans l'énoncé du concept.

d) Zoothérapie et thérapie à médiation animale

Selon François BEIGER, fondateur de l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) et psychanalyste en relations humain-animal, la zoothérapie qui est la pratique thérapeutique de la médiation animale, n'est pas de l'ordre de l'occupationnel ni de l'animation. La zoothérapie est introduite par un soignant zoothérapeute, donc initialement professionnel de santé.

Dans l'ouvrage *La zoothérapie, nouvelles avancées*¹³, dont il fait la préface, François BEIGER définit la zoothérapie par « *une médiation qui favorise les rapports naturels et bienfaisants entre les humains et les animaux et qui s'applique à toutes les activités impliquant l'utilisation d'un animal familier auprès de personnes fragiles, à des fins thérapeutiques* ».

Précisons que nous pouvons parler de médiation animale puisque l'animal respecte la caractéristique principale d'un « *objet médiateur* » tel que le définit Dominique QUELIN-SOULIGOUX¹⁴, psychologue psychothérapeute, directrice de l'Institut de Recherche et de Formation pour l'Approche Psychanalytique des Groupes (IRFAPG). Cette caractéristique est d'être « *malléable, c'est-à-dire à la fois indestructible, extrêmement sensible et*

¹³ AREINSTEIN, G. H., LESSARD, J. (2010). *La zoothérapie – Nouvelles avancées*. Éditions Option-Santé, Québec.

¹⁴ QUELIN-SOULIGOUX, D. (2003). *De l'objet à la médiation*. Éditions ERES.

indéfiniment transformable tout en restant lui-même ».

Selon le blog de l'association Resilienfance¹⁵ sur la médiation animale, le but de cette forme de médiation est « *la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle Homme-animal* ». Celle-ci peut s'intégrer dans des projets éducatifs, sociaux, thérapeutiques ou de recherches.

Ces concepts théoriques sont-ils applicables dans le système de santé français et plus précisément dans le domaine médical ? Avant cela, comment définir la santé et le handicap psychique ?

7) La santé et le handicap psychique en France

Avant de nous intéresser à l'exploitation de la relation Homme-animal en thérapie à médiation animale, il convient de voir les définitions de la santé et du handicap psychique qui régissent le champ d'exercice professionnel des professionnels de santé mentale. Cela afin de mieux percevoir la pertinence de la présence de ce type d'activités dans notre profession.

a) Définition de la santé

*« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »*¹⁶

Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis cette date. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels...

Ainsi, tous les aspects physiques, psychiques et sociaux de la personne doivent être considérés et pris en compte afin de lui procurer un état de santé optimal. Le

¹⁵ <http://www.resilienfance.org/>

¹⁶ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, 36 signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. A la
Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. VALENTIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

soignant est bien évidemment concerné par cette notion de prise en charge globale.

Il ne s'agit donc pas seulement de soigner, de rééduquer ou compenser une maladie ou une incapacité, mais aussi de prendre en compte tout le contexte affectif, familial, social, professionnel... de la personne.

b) Notion de handicap psychique

En France, via l'article 2 de la Loi Handicap du 11 février 2005¹⁷ :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La France a introduit dans la définition légale du handicap les troubles psychiques, ayant pour effet la distinction entre le handicap psychique, conséquence d'une maladie psychique et le handicap mental, conséquence d'une altération des capacités intellectuelles. De par la même, certaines maladies et les « patients » qui étaient classés dans la catégorie du handicap mental sont aujourd'hui pris en charge et différenciés, selon de nouveaux critères et protocoles liés au handicap psychique.

Cette décision prévalant sur le territoire national est portée actuellement sur le plan international, dans le cadre de la santé publique. En effet, *«la prévalence des troubles psychiques »* est d'une telle envergure que la santé mentale a été reconnue comme une priorité internationale par l'ONU (Organisation des Nations Unies), portée par le plan d'action 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , au niveau national par le *« Plan Psychiatrie et Santé Mentale » pour les années 2011-2015.*¹⁸

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id> - LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹⁸ http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/ -

Projet zéro de plan d'action mondial sur la santé mentale : version datée du 27 août 2012.

L'ONU a fait de la santé mentale une priorité de santé publique et estime que, sur le plan mondial, une personne sur quatre connaîtra des problèmes de ce genre au cours de sa vie. La dépression se classe au troisième rang des maladies mondiales et devrait occuper la première place d'ici à 2030¹⁹.

Le handicap psychique est la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien, des souffrances et/ou des troubles comportementaux légers, moyens à sévères selon la maladie. La maladie mentale peut toucher toutes les populations, sans distinction de sexe ou d'âge. Des signes apparaissent dans la majorité des cas pendant la période de l'adolescence et du jeune adulte, de 15 à 20 ans, parfois jusqu'à 30 ans lors de l'entrée dans la vie active. Les troubles peuvent être passagers ou s'installer dans la durée. C'est alors que la personne ou ses proches doivent se rapprocher de leur médecin traitant ou d'un psychiatre pour consulter.

Dans certains cas, lorsque la personne souffre de psychose, ou de schizophrénie, le malade aura des difficultés à appréhender son état de santé. Si les caractérisations du trouble varient selon les personnes et l'âge, la dépression, les addictions et les troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool, l'anxiété et les phobies, les troubles de comportement alimentaire, les troubles schizophréniques, bipolaires ou borderlines, les névroses, les psychoses sont des exemples de maladies et troubles psychiques.

Le handicap psychique se traduit donc par un dysfonctionnement de la personnalité, dont les capacités relationnelles, d'autonomie et d'adaptation sont perturbées. Difficultés de concentration et d'attention, succession d'états calmes puis tendus, obsessions, compulsions, troubles bipolaires, psychoses : le handicap psychique peut prendre des formes diverses, plus ou moins graves, avec des crises et décompensations qui peuvent se manifester à un rythme plus ou moins fréquent, nécessitant parfois une hospitalisation en milieu spécialisé.

¹⁹ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?navid=36&pid=1554> - Nouvelle question de développement : la prise en considération des questions de santé mentale dans les efforts déployés en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et dans d'autres initiatives - Siège de l'Organisation des Nations Unies, New York, 16 septembre 2010. VALENTIN (CC BY-NC-ND 2.0) 38

Le handicap psychique peut également se manifester par des difficultés à participer aux échanges liés à la vie sociale et à entrer en relation avec les autres. S'il peut entraîner une diminution des capacités cognitives (concentration, compréhension, mémoire...), le handicap psychique nous l'avons vu, doit néanmoins être distingué du handicap mental : il s'en différencie clairement par le fait qu'il n'affecte pas les facultés intellectuelles.

En somme, le handicap psychique fait obstacle, dans certaines conditions, à l'expression de l'ensemble des potentialités d'un individu. Il interfère plus particulièrement dans les relations interpersonnelles, les compétences cognitives, les habilités psychosociales et le comportement de l'individu malade. La variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des ajustements réguliers, et donc une analyse des interactions avec l'environnement.

c) La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychique sévère et chronique appartenant à la classe des troubles psychotiques. Ce trouble apparaît généralement au début de l'âge adulte et affecte environ 0,7 % de la population²⁰. Comme les autres psychoses, la schizophrénie se manifeste par une perte de contact avec la réalité et un déni des troubles (à ne pas confondre avec l'anosognosie neurologique), c'est-à-dire que la personne qui en souffre n'a pas conscience de sa maladie (ou du moins pendant les périodes aiguës). Cette particularité rend difficile l'acceptation du diagnostic par la personne schizophrène et son respect du traitement.

²⁰ <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie> - Mai 2014.

Les soins en période de crise sont de ce fait fréquemment imposés, sous la forme d'une hospitalisation sous contrainte. En faisant intervenir les proches, en utilisant la SPDT (Soins Psychiatriques sur Demande de Tiers), sur décision médicale, avec la SPPI (Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent), ou sur ordre de l'autorité administrative ou judiciaire, avec la SPDRE (Soins Psychiatriques sur Demande d'un Représentant de l'Etat).

Les symptômes les plus fréquents en sont une altération du processus sensoriel (hallucinations) et du fonctionnement de la pensée (idées de référence, délire). La personne atteinte de schizophrénie entend des voix qui la critiquent ou commentent ses actions. Elle peut aussi percevoir des objets ou des entités en réalité absents. Elle accorde à des éléments de l'environnement des significations excentriques ou croit qu'ils ciblent sa personne, en dehors de tous liens logiques. Typiquement, la personne schizophrène a l'impression d'être contrôlée par une force extérieure, de ne plus être maître de sa pensée ou d'être la cible d'un complot à la finalité mal circonscrite.

La schizophrénie s'accompagne aussi généralement d'une altération profonde du fonctionnement cognitif et social, de l'hygiène, de la régulation des émotions, de la capacité à entreprendre ou planifier des actions centrées sur des buts.

L'espérance de vie des personnes touchées est estimée inférieure de 12 à 15 ans à l'espérance de vie moyenne, à cause du risque plus élevé de problèmes de santé (lié à la pathologie ou à son traitement) et d'un plus fort taux de suicide (risque absolu de 5%)²¹. Cette pathologie peut évoluer favorablement dans un délai plus ou moins long.

Ses sous-types reconnus sont la schizophrénie simple, hétérotypique, paranoïde et catatonique.

La schizophrénie est donc une pathologie psychique chronique, qui touche habituellement l'adulte jeune et qui entraîne une modification durable et profonde de la personnalité.

²¹ CHESNEY, E., FAZEL. S. (Juin 2014). *World Psychiatry* – Volume 13, p. 153-160.

Le patient présente une incohérence aussi bien au niveau mental qu'au niveau des conduites. En effet, la vie psychique perd son unité et sa stabilité, pour aboutir à ce que l'on appelle un « syndrome dissociatif » avec des troubles du cours de la pensée, du langage, une altération du système logique, une désorganisation de la vie affective et psychoaffective.

Associé à ce syndrome dissociatif, s'ajoute le délire qui est considéré comme un processus secondaire de la désintégration de la vie psychique. On entend par délire un ensemble plus ou moins coordonné d'idées fausses, ensemble caractérisé par une conviction inébranlable, par des réactions affectives et des comportements désadaptés à la réalité extérieure.

La dissociation et le délire évoluent sur un fond commun qui est la discordance, qui regroupe quatre symptômes caractéristiques de la schizophrénie :

- L'ambivalence (deux sentiments contradictoires éprouvés en même temps)
- La bizarrerie (comportement étrange)
- L'impénétrabilité (sujet hermétique)
- Le détachement (peu de contacts avec les autres).

Ce syndrome de discordance s'exprime dans trois sphères :

- La sphère de la pensée
- La sphère affective
- La sphère motrice et comportementale.

III) SOIN A MEDIATION ANIMALE : PRECISIONS THEORIQUES ET APPLICATIONS CLINIQUES

1) L'animal dans le soin

« La médiation animale est une technique thérapeutique, individuelle ou groupale, caractérisée par l'assistance d'un animal soigneusement sélectionné et entraîné, avec lequel un soignant, dûment formé à cette fin, travaille pour maintenir ou améliorer la performance d'un patient sur un ou plusieurs plans : cognitif, physique, psychologique, social ou affectif. Cette technique devrait idéalement être utilisée à l'intérieur d'une approche plus vaste qui l'encadre et lui donne un sens. »²²

Jules LOSS, *Pet Facilitated Therapy in Human Health Care*

A) Un regard historique : le chien dans la culture humaine

a) Les rudiments de la thérapie à médiation animale

L'utilisation de l'animal dans le cadre de la santé remonte à loin. C'est en 1792 que l'on observe la première manifestation concrète de la collaboration d'un animal à un plan de traitement. Dans la maison de retraite York pour déficients intellectuels, en Angleterre, les animaux font partie de l'environnement et les patients sont encouragés à apprendre à s'occuper d'eux. En plus d'avoir des animaux domestiques, cet hôpital possède une ferme et un parc. On y trouve un programme d'équitation adapté qui s'avère efficace pour ce type de patientèle.

Florence NIGHTINGALE²³, fondatrice des techniques infirmières modernes, fut également l'une des pionnières dans l'utilisation d'animaux afin d'améliorer la qualité

²² LOSS, J. (1981). *Pet facilitated Therapy in Human Health Care* - Éditions Charles C. Thomas, p. 124-145.

²³ NIGHTINGALE, F. (1860). *Notes On Nursing, What it is, and what it is not*, New York – D. Appleton and Company.

de vie des patients. Elle avait gardé une tortue dans l'hôpital durant la guerre de Crimée (1854-1858) car elle avait remarqué que la présence de cet animal diminuait l'anxiété et améliorait le moral.

En 1901 en Angleterre, le cheval était utilisé pour les promenades des patients voire pour leur rééducation.

b) Les origines de la thérapie à médiation animale

En 1942, l'utilisation formelle d'un animal comme médium thérapeutique fait son apparition aux Etats-Unis. Au *Pawling Army Air Force Convalescent Hospital* dans l'état de New-York, on fait appel à des chiens pour remonter le moral des blessés de guerre et accélérer leur guérison. Le programme les encourage à travailler avec divers animaux de ferme et les aide à augmenter leur sentiment de sécurité, leurs ambitions et leurs intérêts.

Par ailleurs, de 1953 jusqu'à sa mort en 1984, le psychiatre américain Boris LEVINSON²⁴ a mené des travaux avec son chien Jingle et a contribué à faire sortir de l'ombre des chercheurs de tous les pays qui dirigeaient, chacun dans leur coin, des expériences sur les relations de l'Homme avec les animaux. LEVINSON est aujourd'hui considéré comme le père de la thérapie à médiation animale.

Aux Etats-Unis, les bienfaits de la thérapie à médiation animale sont reconnus, et de nombreuses universités offrent une formation allant de 3 à 5 ans dans ce domaine spécifique. Les intervenants sont regroupés et on les retrouve maintenant faisant partie d'une association appelée *American Physical Therapy Association*²⁵.

Il fallut attendre que Boris LEVINSON²⁴, psychiatre américain, observe cette relation entre un enfant replié sur lui-même et un chien pour que le terme de « *zoothérapie* » apparaisse dans ses publications en 1962. Selon lui, ce dernier est utile à l'Homme

²⁴ LEVINSON, B. (1978). *Pets and personality development* - In *Psychological Reports*, n°42 p. 1031-1038. 43

²⁵ <http://www.apta.org/>

dans ses stades les plus vulnérables de la vie. Il fut un des premiers à intégrer un animal dans les séances de thérapie et à l'utiliser aussi comme outil thérapeutique secondaire.

Durant les années 1960, Ange CONDERET²⁶, vétérinaire de Bordeaux collabora avec un psychiatre le Dr SOUBRA, qui lui permit d'introduire sa chienne auprès d'enfants psychotiques. Il nota une amélioration du comportement de ces enfants, un retentissement sur leurs relations avec les autres enfants et le personnel soignant, lorsque le chien intervient dans leur programme thérapeutique à titre de simple visiteur.

Au début des années 1980, un couple de psychiatres américains, Mr et Mme CORSON²⁷ travaillaient dans un centre pour adolescents perturbés présentant des troubles du comportement, utilisant les traitements classiques, neuroleptiques et même sismothérapie. Un chenil était mitoyen du centre, et ils se rendirent compte que certains jeunes sortaient de leur mutisme et demandaient à jouer avec les chiens et à s'en occuper. Des chiens furent confiés aux malades incapables d'entrer en relation avec autrui, en espérant qu'ils entrent en relation avec l'animal, et que cela se généralise aux autres humains. Cette expérience se pratiquât sur 30 patients avec pour résultat l'effet catalyseur de relations sociales de l'animal. Certains patients se mirent à prendre la parole. Au début, la relation s'instaurait entre le malade et l'animal puis incluait aussi le thérapeute, les autres patients et l'équipe soignante. De plus, l'ambiance du centre devint de plus en plus chaleureuse grâce à la présence animale, et il y eut aussi des effets positifs sur les autres patients, simples observateurs.

C'est à partir des années 1980 que les anglo-saxons ont étudié activement les interactions Homme-animal. Nous détaillerons plus loin les différentes expérimentations.

²⁶ CONDERET, A. (1973). *L'animal compagnon de l'enfant*. Broché.

²⁷ BOLD, M. A., DELLMAN, J. (1992). *The impact of companion animals in later life and considerations for practice* - The journal of Applied Gerontology, n°11, p. 228-239.

Depuis le début des années 2000, l'engouement pour la thérapie à médiation animale s'étend au domaine des sciences de la santé. En effet, de plus en plus d'intervenants en santé tels que psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes... intègrent maintenant des animaux dans le processus thérapeutique avec leurs patients. L'une des percées les plus majeures en ce qui a trait à implanter la pratique de la thérapie à médiation animale au Québec a été l'ouverture de la Clinique Amis-Maux Inc²⁸. En été 2003, cette clinique privée, multidisciplinaire avec thérapies à médiation animale, utilise exclusivement l'animal comme médium d'intervention.

Dès lors, les publications, que nous développerons plus tard, se succèdent pour étudier les bénéfices de l'animal sur l'être humain, et plusieurs conférences internationales ont lieu sur ce thème. Il en ressort que :

- Caresser un animal réduit la tension artérielle et le rythme cardiaque (KATCHER, FRIEDMAN, THOMAS, 1983)²⁹
- La compagnie d'un chien permet de mieux surmonter des événements difficiles (décès, maladie, divorce...) et de diminuer le stress lié au mode de vie contemporain (BERGLER, 1992)³⁰
- Posséder un animal aide les enfants à se faire des amis (SERPELL, 1986)³¹
- L'animal facilite la maturation psychoaffective et psychomotricienne des adolescents, il canalise et contient l'agressivité (EINIS, GUNSTERN, STAVITSKI et ROSS, 1995)³²
- Chiens et chats placés dans des établissements gériatriques agissent sur les pensionnaires comme catalyseurs de relations sociales (GORSON 1981)³³.

²⁸ <http://amis-maux.com/>

²⁹ FRIEDMAN, E., KATCHER, A. H., THOMAS, S. A., LYNCH, J. J., MESSENT, P. (1983). *Social-Interaction And Blood-Pressure - Influence Of Animal Companions* - Journal of Nervous and Mental Disease, n°171. p. 461-465.

³⁰ (1992). *De l'utilité de l'animal de compagnie en institution* - Nervure, Tome 8, n° 9.

³¹ SERPELL, R. (1986). *Specialized centres and the local home community: children with disabilities need them both* - International Journal of Special Education, n°1, p. 107-127.

³² EINIS, GUNSTERN, STAVITSKI, ROSS, S. B. (1995). *The therapeutic use of animals with the handicapped* - International Child Welfare Review, n°56, p. 26-39.

³³ <http://www.medianimascottes.com/en-savoi.php>

Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux reconnaît les effets bénéfiques qu'apportent les thérapies à médiation animale. Le Dr VAILLANCOURT, vétérinaire, est l'un des pionniers dans ce domaine. Il a aidé à implanter plusieurs projets de thérapies à médiation animale dans des centres d'accueil pour patients handicapés physique et/ou psychique, institutionnalisés ou non.

En 1983, le Dr VAILLANCOURT et Mme MARANDA-BOUCHARD fondent conjointement l'Institut Canadien de Zoothérapie à Montréal (ICZ)³⁴, dont l'objectif est de développer et promouvoir les liens naturels entre les humains et les animaux à des fins de prévention, de thérapie et de réadaptation. Le mot « zoothérapie » est alors utilisé dans le sens de « *soins aux humains avec l'aide d'un animal* ».

c) Les premiers écrits scientifiques

Étant donné le caractère récent de l'utilisation de la thérapie à médiation animale de façon plus officielle, seulement quelques études empiriques ont été menées jusqu'à ce jour dans le but de démontrer les bénéfices de son utilisation auprès de patients. Comme le rapporte BRASIC (1998)³⁵, la majorité des bienfaits des animaux sur l'être humain consiste jusqu'à maintenant en des anecdotes, des études pilotes ou des études de cas. Cependant, grâce au développement et à la spécialisation de la recherche sur le sujet, il sera bientôt de plus en plus facile de déterminer empiriquement l'impact de la thérapie à médiation animale auprès d'une clientèle variée. Mais plusieurs études sont encore nécessaires.

Sont présentées ici certaines études scientifiques effectuées jusqu'à maintenant sur la médiation animale dans le domaine de la santé, classées selon le type de clientèle, soit auprès des enfants, des adolescents et des adultes.

Ces études sont consignées dans l'ouvrage « *La zoothérapie, nouvelles avancées* »¹³, 2010, écrit par un collectif d'auteurs dirigés par Georges-Henri ARENSTEIN et Jean LESSARD.

³⁴ <http://www.institutdezootheapie.qc.ca/quebec/>

³⁵ <http://www.mediation-animale.org/>

¹³ ARENSTEIN, G. H., LESSARD, J. (2010). *La zoothérapie – Nouvelles avancées*. Éditions Option-Santé, Québec.

- Les enfants et les adolescents :

Tout d'abords, aux Etats-Unis, les résultats d'une étude conduite par REDEFER et GOODMAN (1989)³⁶ indiquent une augmentation des interactions sociales et une diminution de l'isolement chez des enfants autistes pendant et après une intervention soignante incluant la présence d'un chien.

Les douze enfants participants, âgés entre cinq et dix ans, fréquentaient un centre de jour privé pour enfants autistes. Ils ont suivis une thérapie à médiation animale comprenant dix-huit sessions, d'une durée de vingt minutes chacune.

Lors des premières séances, le soignant a encouragé les enfants à approcher le chien, à le toucher et à le prendre dans les bras. Vers les dernières séances, les objectifs du soin ont pu évoluer, et l'accent a été mis sur le jeu avec l'animal. Nous constatons, d'après ces résultats, que même des enfants présentant habituellement une très grande difficulté à interagir avec l'environnement peuvent répondre positivement à la thérapie à médiation animale.

De même, l'évaluation d'un programme de thérapie à médiation animale auprès d'adolescents, suivis pour cancer, et recevant des soins physiques à domicile suggère des résultats aussi éloquents que ceux mentionnés précédemment. En effet, l'étude américaine de STRUK et BRADY (1998)³⁷ indique que la visite de l'infirmière à domicile, accompagnée d'un chien, agrmente la rencontre, favorise la stimulation sociale des adolescents et semble diminuer l'inconfort physique associé aux procédures douloureuses liées aux soins. Cette étude suggère donc que les animaux entraînent des bienfaits sur le plan physiologique. Ceci est corroboré par de nombreuses autres études rapportées par BRASIC (1998)³⁵ qui ont observé que les individus mis en présence d'animaux démontrent une diminution du rythme cardiaque et de la pression artérielle.

³⁶ REDEFER, L. A., GOODMAN, J. F. (1989). *Pet-facilitated therapy with autistic children* - Journal of Autism and Developmental Disorders, n°19. P. 461-467.

³⁷ <http://www.mediation-animale.org/> - Struck

³⁵ <http://www.mediation-animale.org/> - Brasic

Dans le même ordre d'idées, FRIEDMAN, KATCHER et THOMAS (1983)²⁹ ont démontré que la présence d'un chien non familial a permis de réduire la tension artérielle et le rythme cardiaque d'enfants lisant un poème. Cette étude suggère que les enfants se sentent plus confortables et détendus lorsqu'un chien est présent. Les auteurs suggèrent que ce phénomène est susceptible de faciliter la psychothérapie auprès d'enfants et d'adolescents.

Par ailleurs, KATCHER et WILKINS (dans Fine, 2000)³⁸ démontrent que les enfants et les adolescents souffrant d'un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), caractérisé par des difficultés chroniques d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité, peuvent eux aussi bénéficier de la thérapie à médiation animale :

- L'animal capture et aide à maintenir l'attention de l'enfant
- Il crée un sentiment d'incertitude chez ce dernier, inhibant ainsi ses réponses verbales et motrices parfois trop rapides
- Il offre à l'enfant une opportunité d'être plus affectueux, plus respectueux et d'agir plus convenablement avec les autres
- L'expérience d'interagir avec un animal augmente l'estime de soi et potentialise la capacité d'apprentissage dans tous les contextes.

La thérapie à médiation animale s'avère donc une excellente technique de soin complémentaire au traitement médicamenteux du TDAH, car la théorie proposée ici semble bien démontrer qu'elle peut également agir sur les trois grands symptômes du déficit, que sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. De plus, considérant que le TDAH représente un problème d'ordre biopsychosocial très courant dans notre société (taux de prévalence de 5%), il apparaît que la médiation animale constitue une approche convenable dans le processus thérapeutique, car tel que mentionné plus loin, elle indique des effets positifs à la fois aux niveaux physique, psychologique et social.

²⁹ FRIEDMAN, E., KATCHER, A. H., THOMAS, S. A., LYNCH, J. J., MESSENT, P. (1983). *Social-Interaction And Blood-Pressure - Influence Of Animal Companions* - Journal of Nervous and Mental Disease, n°171. p. 461-465.

³⁸ KATCHER, A. H., WILKINS, G. G. (2000). *Animal-assisted therapy in the treatment of disruptive behavior disorders in children* - The environmental and mental health: A guide for clinicians. Editions In L. Fine.

La thérapie à médiation animale a également fait ses preuves dans plusieurs centres hospitaliers de la ville de Québec. En 1999, un projet pilote de zoothérapie dans l'unité d'oncologie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Laval (CHUL), à Québec, a été élaboré par des infirmiers (LANDRY et al., 2000)³⁹. Le but de ce projet, d'une durée d'un an, était d'améliorer le processus thérapeutique (physique, psychologique et social) en favorisant des liens privilégiés entre l'enfant et l'animal. Les enfants âgés entre quatre et quatorze ans, étaient atteints de leucémie, de tumeur cérébrale ou de tumeur solide incluant les lymphomes. A l'intérieur d'une chambre aménagée de façon sécuritaire, chaleureuse et familiale, l'enfant et ses parents, avec un soignant, pouvaient expérimenter une journée à l'hôpital en compagnie d'un chien. Ce dernier devait subir un examen physique rigoureux et une évaluation comportementale très stricte avant d'être sélectionné. Un questionnaire d'évaluation complété par les parents et leur enfant, de même que par le personnel infirmier, a permis de recueillir des informations sur la façon dont ils ont vécu leur expérience de médiation animale.

Les résultats montrent un taux de satisfaction de 100% par rapport au programme de la part des parents, des enfants et du personnel soignant infirmier. Plus précisément, les parents et leur enfant rapportent un sentiment de fierté, d'accomplissement et d'utilité (94%), se sentent plus heureux et souriants (94%), ont une meilleure acceptation de l'hospitalisation (92%), sont plus réceptifs et compliants aux autres traitements (89%), se sentent plus soulagés de l'anxiété liée aux traitements (79%), ont le sentiment d'être moins malades en présence du chien (78%) et sont plus motivés à poursuivre l'hospitalisation (68%).

Les effets bénéfiques sont aussi remarquables sur le personnel infirmier, qui mentionne entre autres que la médiation animale ne nuit pas et n'apporte pas de surplus de travail (100%).

Ainsi, grâce à la contribution exceptionnelle des infirmiers, les enfants hospitalisés sur l'unité d'oncologie pédiatrique du CHUL, qui mènent un combat difficile contre le cancer, peuvent maintenant bénéficier de moments en compagnie d'un chien, au sein de l'hôpital, qui leur apporte joie et réconfort durant leur long séjour. La grande force de ce programme de médiation animale est qu'il semble bien répondre aux critères de

³⁹ <http://www.crchudequebec.ulaval.ca/recherche/publications/pages/1475>

sécurité, de qualité et d'efficacité proposés par l'ensemble des écrits consultés.

- Les adultes :

Les études sus-citées révèlent que la présence de l'animal facilite une prise de conscience avec la réalité pour les individus souffrant de problèmes de santé psychique ou ayant une faible estime d'eux-mêmes. De plus, elle permet d'attirer leur attention sur quelque chose qui est extérieur à eux, ce que ce type de patientèle a généralement de la difficulté à effectuer.

Plus particulièrement, MARR et al. (2000)⁴⁰ ont conduit une étude empirique de type essai clinique avec un groupe contrôle comprenant soixante-neuf patients hospitalisés en psychiatrie adulte.

Afin de vérifier si la thérapie à médiation animale peut améliorer les comportements sociaux, les patients étaient répartis au hasard entre deux groupes de traitement :

- Un groupe de réhabilitation intégrant de la médiation animale
- Un groupe de thérapie conventionnelle sans médiation animale.

Les deux groupes se sont avérés semblables quant aux mesures initiales démographiques et comportementales.

Quatre semaines après le début de l'essai, le groupe dans lequel la thérapie à médiation animale était intégrée interagissait significativement plus que les individus de l'autre groupe, obtenait des notes plus élevées sur les échelles de sourires et de plaisir était plus sociable et aidant envers les autres patients et était plus actif et réceptif avec leur entourage.

Ces résultats suggèrent que la thérapie à médiation animale joue un rôle important dans l'augmentation de l'efficacité des thérapies conventionnelles et démontrent les bénéfices d'inclure une telle approche dans un programme d'intervention thérapeutique.

⁴⁰ https://www.researchgate.net/publication/12208452_Animal-assisted_therapy_-_Magic_or_medicine

- Les personnes âgées :

En ce qui concerne les personnes âgées, plusieurs études ont également démontré que cette patientèle peut bénéficier de la présence d'un animal.

Notamment, MUGFORD et M'COMISKY (1975)⁴¹ ont prouvé scientifiquement que les individus ayant côtoyé des animaux pendant une période de cinq mois présentent une amélioration dans leurs attitudes sociales, une amélioration de la thymie et un sentiment de bonheur plus grand que ceux n'ayant pas côtoyé d'animaux.

HARRIS, RINEHART et GERSTMANN (1993)⁴² ont également démontré qu'une intervention utilisant la thérapie à médiation animale est bénéfique sur le plan physiologique en effectuant une étude auprès de seize individus âgés entre 65 et 91 ans et résidant dans un Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Les constantes cliniques des participants étaient prises juste avant et après chaque visite de contrôle ou expérimentale. Quatre visites de contrôle ont été effectuées par une infirmière sur une période de quatre semaines avant le traitement expérimental. Les visites expérimentales ensuite, incluaient l'infirmière, l'animal et le propriétaire de l'animal. Les données indiquent que la visite avec l'infirmière seulement n'a pas eu d'impact sur la tension artérielle alors que la visite avec l'animal a diminué significativement la pression sanguine et le rythme cardiaque des individus.

Il apparaît évident, lorsque l'on regarde les résultats de l'ensemble de ces études, que la présence de l'animal dans le soin entraîne plusieurs effets positifs pour les personnes malades ou en situation de souffrance psychique, et ce dans toutes les tranches d'âge.

En général, sur le plan physique, l'animal diminue l'inconfort associé aux soins douloureux, et réduit la pression artérielle ainsi que le rythme cardiaque.

Sur le plan psychologique, l'animal, qui est source de plaisir, d'humour, et d'amusement, représente surtout un outil de motivation, de maintien moral et d'acquisition de la confiance en soi.

⁴¹ MUGFORD, R. A. M'COMISKY, J. G. (1975). *Some recent work on the psychotherapeutic value of caged birds with old people* - Pet Animals and Society. Editions. R. S. Anderson. p. 54-65. Baillere Tindall, London.

⁴² HARRIS, M.D., RINEHART, J.M. GERSTMANN, J. (1993) *Animal-assisted therapy for the homebound elderly* - Holist. Nurs. Pract, n°8, p. 27-37.

Enfin, sur le plan social, on observe une amélioration des interactions sociales et une diminution de l'isolement chez les personnes auprès de qui la médiation animale a été utilisée, ainsi que par extension, une diminution des coûts reliés à la consommation des soins de santé.

B) Lieux et domaines de soins

La médiation animale présente des bénéfices pour des populations très variées, en adaptant les séances en fonction du caractère du (des) participant(s), de son âge, de son handicap, de sa pathologie et de sa motivation.

Il s'agit ici d'exemples pratiques, et en aucun cas d'une liste exhaustive.

a) Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et personnes âgées dépendantes

On évoquera ici surtout la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les symptômes sont caractérisés par des pertes de mémoire sur des faits récents, une disparition des repères dans le temps (alternance jour-nuit) et dans l'espace (désorientation temporo-spatiale), des difficultés à reconnaître les objets, des troubles du langage, parfois de l'agressivité et de l'agitation.

Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer où l'on note une diminution de la verbalisation et une augmentation du non verbal, le chien est capable de détecter ces signaux et il se crée donc un lien particulier entre les deux.

L'animal permet de :

- Maintenir le contact avec la réalité
- Maintenir des fonctions cognitives
- Stimuler les sens et en particulier le toucher
- Augmenter les sourires, les rires
- Améliorer la qualité de vie
- Maintenir l'autonomie

- Diminuer l'anxiété et les comportements d'errance.

En présence de l'animal, la personne âgée se sent de nouveau utile. Son langage, sa motricité et sa socialisation s'améliorent.

L'animal est un puissant stimulus qui permet d'attirer l'attention et de maintenir un contact avec la réalité.

Les interventions ponctuelles de médiation animale dans les établissements pour personnes âgées contribuent ainsi à améliorer la qualité de vie des personnes institutionnalisées.

Le but n'étant pas de guérir les malades mais de leur apporter un maximum de bien-être, et donc de qualité de vie.

b) Milieu carcéral et patients détenus

Essentiellement développé en Belgique, le professionnel de santé propose un exercice adapté à chaque groupe de détenus. Il choisit l'animal le plus approprié, en fonction de ses caractéristiques spécifiques, afin de déclencher et faciliter les conditions de réussite de reconstruction personnelle, de travail sur soi en vue de préparer la réinsertion professionnelle et comportementale des personnes détenues.

Pour les détenus, l'animal représente un médiateur neutre, un compagnon constant, une source d'affection permanente, et souvent leur seul but de vie. Lors des séances de médiation animale, la thérapeute organise l'interaction entre le détenu et l'animal, avec un rôle et des règles précises à respecter. L'animal devient, pour chaque détenu, un être vivant unique avec lequel il noue un lien singulier, crée une alliance de vie et réaccorde son humanité.

Grâce au lien singulier que chaque détenu a noué avec l'animal et à l'occasion des événements importants qui rythment leurs vies ensemble, les détenus recréent entre eux, autour d'émotions partagées, une vie sociale avec ses symboles et rituels.

c) Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et enfants polyhandicapés

Pour les enfants polyhandicapés, l'animal est une « motivation extrême » à l'effort physique. C'est un excellent partenaire.

Il est important, par contre, de choisir l'espèce à utiliser en fonction du rythme psychomoteur de chaque individu et des objectifs fixés. Les possibilités de stimulations qu'offre chaque variété d'animal sont multiples. Tous les sens peuvent être travaillés au contact de l'animal mais aussi grâce au matériel nécessaire à leur présentation. Le choix de l'individu (travailler avec le chinchilla ou la tourterelle par exemple) mais aussi de la brosse, du jouet, de la friandise (texture, taille...) sont donc primordiaux.

C'est au professionnel de trouver le partenaire à poils ou à plumes le mieux adapté, et l'exercice à mettre en place afin d'atteindre les objectifs proposés. L'intervention sera donc différente si l'on cherche à travailler les mouvements volontaires, la coordination entre le regard et le geste ou la frustration par exemple.

La motivation peut souvent manquer chez des enfants polyhandicapés qui doivent travailler régulièrement leurs muscles, leurs mouvements avec un professionnel.

La présence des animaux va donc stimuler l'effort physique. Brosser un chien ou lui lancer sa balle est autrement motivant qu'une simple demande mécanique (« ouvre ta main » ou « lève ton bras »...). Cela devient une action orientée vers un but, ce qui est d'autant plus stimulant pour l'enfant qui se voit ramener sa balle par le chien.

Tous les efforts qu'il a déployés pour la lancer ou pour donner une friandise à l'animal, sont récompensés.

d) Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et adultes handicapés psychiques

Pour des adultes handicapés psychiques, l'animal agit comme un « *facilitateur relationnel* »²⁷. En effet, en présence d'un animal, une personne ne se sent pas jugée sur son aspect physique, son passé ou son état psychologique.

L'animal favorise alors la conversation et les interactions entre les résidents en

²⁷ BOLD, M. A., DELLMAN, J. (1992). *The impact of companion animals in later life and considerations for practice* - The journal of Applied Gerontology, n°11, p. 228-239.

procurant des sujets de conversation neutres et non menaçants. Il favorise également un contact chaleureux et l'augmentation du nombre et de la qualité des interactions entre les résidants et le personnel.

Les animaux font ressortir l'humour, le sens ludique et aident à améliorer l'estime de soi chez la personne.

Caresser un animal peut être réconfortant. Cela peut aider à calmer une peine. C'est un changement de la réalité quotidienne de ses personnes placées en institutions.

L'attention étant également plus facilement fixée, l'animal permet à la personne de se « poser » et de se concentrer sur une tâche. L'animal devient également source d'apprentissage et permet d'aborder plusieurs aspects qui facilitent le quotidien (la toilette, la nourriture...)

Il est aussi possible de donner de petites responsabilités aux personnes en leur proposant une participation active pendant l'intervention: " « Pouvez vous chercher le jouet de Sunny dans son sac? », « Détachez la laisse du chien »...

Tout le monde participe dans la mesure de ses capacités.

e) Instituts Médico-Educatifs (IME) et adolescents déficients intellectuels et/ou présentant des troubles du comportement et de la conduite

Pour des enfants ou adolescents souffrant de troubles émotionnels, vivant séparés du milieu familial et sujets à de nombreuses crises, la médiation animale peut être une méthode complémentaire à celles déjà en place.

Des bénéfices cliniques ont été observés après intégration d'animaux dans les programmes de traitement. Le comportement animal, par l'absence de jugement, une loyauté indéniable, l'amour et le contact physique, est d'un apport essentiel.

Le jeune abandonne ainsi plus facilement ses défenses. Grâce à ce détachement, l'intervenant peut établir plus aisément une relation avec l'enfant et l'aider à cheminer en analysant son rapport à l'animal. Ce dernier aide l'enfant à se concentrer et apporte beaucoup de marques d'affection.

Pour aider les enfants souffrant de Déficit d'Attention et Hyperactivité (DAH), l'intervenant s'emploie à tempérer les comportements impulsifs du jeune en lui permettant de canaliser ses pensées.

Il va lui proposer par exemple des exercices de dressage du chien ou une manipulation de la tourterelle (la faire monter sur un bâton ou sur sa main sans que l'oiseau s'envole).

L'enfant ne doit pas faire de gestes brusques, ne doit pas crier ni être violent pour se faire comprendre de l'animal et ne pas l'apeurer. Les enfants souffrant de DAH sont très impulsifs et incapables de porter attention, ils ont très peu d'habilités sociales et ont de la difficulté à s'entendre avec les autres. Ils sont souvent plus agressifs. L'animal apaise et calme.

Dans ce cas, le but de la médiation animale est d'aider le jeune à trouver ses propres « outils » pour mieux fonctionner en société. L'enfant ou le jeune doit utiliser ses forces pour améliorer ses problèmes de dysfonctionnement.

La présence d'un animal facilite l'apprentissage de certains comportements. Il permet également à l'enfant un échange de caresse et d'affection dont il a besoin. Un animal est toujours prêt à donner de l'attention. Il améliore l'aspect relationnel en donnant des outils de communication et en travaillant à maintenir ceux déjà en place.

L'animal augmente également l'autonomie et la responsabilisation du jeune.

Qu'ils soient introvertis, timides, se dévalorisant ou ayant une mauvaise estime d'eux-mêmes, aux enfants violents à l'école ou hyperactifs, les séances peuvent les aider à verbaliser leurs émotions, leurs angoisses, à canaliser l'énergie et à travailler la notion de respect de l'autre (animal ou humain), de communication sans violence, de retravailler des vécus traumatiques, ou des choses ne s'étant pas jouées lors de la petite enfance. Elle peut aider à améliorer des difficultés spatio-temporelles.

f) Centres Hospitaliers Psychiatrique et patients psychotiques institutionnalisés

Les thérapies à médiation animale entrent en jeu là où le travail thérapeutique ne peut se penser dans un espace qui se baserait sur la parole seule, parce que cette dernière est difficile ou impossible, du moins d'emblée. Parfois une activité particulière devient le support même de la thérapie. Les prises en charge des patients psychotiques en constituent l'exemple le plus généralisé.

Une telle activité thérapeutique permet l'expression d'une communication autre que verbale, ce qui est intéressant quand le discours du sujet est entravé par des phénomènes délirants ou dissociatifs.

Un autre intérêt se situe dans la fonction tierce du médiateur qui prend place entre le patient et son thérapeute, quand la situation duelle pose problème.

Les psychothérapies dites « à médiations » sont utilisées dans le but de produire un effet de langage, et plus précisément de parole, là où elle fait défaut, là où elle est en souffrance. Elles prennent leur valeur d'être proposées comme un embrayeur de processus associatifs, de mise en marche de l'activité de liaison et de symbolisation.

La présence d'un animal comme médiateur va aider à mettre en mots des problèmes, des angoisses, des questionnements, dont le patient n'a pas toujours conscience. Ces phénomènes psychiques enclavés s'expriment généralement par le corps : violence, passage à l'acte, opposition aux soins ou encore repli sur soi. Les séances vont aider le patient à prendre conscience de ses angoisses et ressentis.

Le chien par exemple facilite la verbalisation : soit parce que la personne projette sur le chien des sentiments qui lui sont propres ; le thérapeute pourra alors aider à mettre en mots ces émotions et amener le participant à se les approprier.

Soit parce que le chien agit en miroir de la personne. Ainsi, en observant l'attitude du chien, on peut émettre des hypothèses quand à l'état psychique de la personne (par exemple le chien sera calme si la personne est détendue, ou au contraire excité si la personne est énervée.)

Cette prise de conscience de ses propres sentiments va permettre aux symptômes de se stabiliser, de s'atténuer, voire de disparaître.

2) Les concepts : de l'animal aux thérapies à médiation animale

a) Psychodynamie : permettre une modalité relationnelle là où la relation à l'autre est d'emblée intrusive

Lors d'une thérapie à médiation animale, on retrouve, comme dans toute forme de thérapie, un plan de traitement. Celui-ci est conçu et appliqué par un spécialiste de la santé et comporte des objectifs thérapeutiques adaptés à la situation du patient, des moyens pour atteindre ces objectifs et des notes évolutives sur les progrès réalisés et mesurés de façon objective tout au long du processus. Or ici, l'animal fait partie du plan de traitement dans le but d'enrichir un programme régulier.

La thérapie à médiation animale est de nature multidisciplinaire et multi contextuelle. Elle peut s'appliquer à plusieurs domaines de la santé et se pratiquer comme nous l'avons vu dans divers milieux comme les hôpitaux, les écoles, les centres d'accueil, les résidences d'hébergement pour personnes âgées...

Cette méthode favorise les liens naturels et bienfaisants existant entre les humains et les animaux à des fins préventives et thérapeutiques.

Rappelons que cette technique se distingue de la zoothérapie en ce sens qu'elle doit idéalement être menée par un spécialiste de la santé ayant un diplôme dans un champ d'expertise en santé physique ou psychique. Lors d'une thérapie à médiation animale, l'animal devient un médium d'intervention au même titre que le serait, par exemple, au cœur d'une autre technique alternative, l'art, la musique, le jeu...

Aussi il est possible, selon l'évaluation qu'en fait le professionnel de santé et des objectifs thérapeutiques, que l'animal ne soit pas 100% du temps en présence du patient lors des séances de thérapie. C'est à l'intervenant de réévaluer régulièrement la pertinence du recours à l'animal, toujours en fonction de son plan de traitement et des besoins du patient.

Cette approche est basée sur la possibilité de s'approprier un espace d'expérience et de stimulation multi-sensorielle dans un cadre thérapeutique extérieur grâce à la nature et à l'animal, et ainsi pouvoir développer le travail du lien.

C'est une exploration relationnelle et corporelle autour de l'animal afin d'aider les patients à mettre en place de nouvelles stratégies personnelles. C'est aussi un accompagnement et un soin de la personne dans sa globalité, ainsi que dans la relation à soi-même et à l'autre, le plus souvent difficile et peu mobilisable.

b) Précisions psychanalytiques : ce qui peut rendre inquiétante la relation à l'autre

En 1954, Jacques LACAN, dans son séminaire *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*⁴³, nous précise que chaque être vivant est un être avant tout lié à la parole. Ce rapport à la parole génère un effet de structure :

- Dans la névrose, où le sujet a affaire à une langue équivoque, marquée par les silences et la ponctuation. En somme, par un petit manque, c'est ce manque même qui va pouvoir ordonner le désir du sujet : ce désir est énoncé par un discours en réponse même à ce manque et permet une relation à l'autre médiée par le langage.
- Dans la psychose, l'être a affaire à une langue délabrée, sans équivoque. Où le mot et la chose sont confondus. Cette langue n'est pas marquée par la castration symbolique. Il en résulte que le sujet psychotique, schizophrène par exemple, aura d'emblée un rapport de méfiance par rapport au savoir, et aura de grandes difficultés à développer une dimension désirante. Et donc un rapport, un lien à l'autre.

L'un des grands intérêts de la thérapie à médiation animale est justement l'utilisation par un humain soignant comme outil thérapeutique d'un être non lié à la parole, et qui de ce fait, apaise le sentiment d'inquiétude, limite les moments interprétatifs et met à disposition une relation à l'autre humain possible.

⁴³ LACAN, J. (1954). *Le Séminaire : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. Tome 2*, Broché.

Dans *Les écrits*⁴⁴, en 1966, LACAN dit « *Ce que je cherche dans la parole, c'est la réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet, c'est ma question.* »

Le patient psychotique est un sujet déstructuré. Il a cette tendance, de part sa porosité, à se persécuter du discours de l'autre, perçut comme menaçant. L'animal, non parlant, assure donc une dimension rassurante et apaise les projections défensives agressives.

c) Une communication singulière

Les humains ont une façon particulière de parler à leurs animaux : ils utilisent le même ton aigu et doux qu'ils ont avec les bébés, qui baignant dans le langage verbal, n'en n'ont pas encore l'usage. Comme les bébés, les chiens ont l'air d'apprécier qu'on leur parle ainsi, ils sont attentifs et expriment un intérêt étonnant. Les chercheurs en zoo-ethnologie appellent ce comportement le « *doggerel* ».

Cependant, la communication parlée a ses limites. L'enfant qui ne maîtrise pas encore totalement le langage verbal perçoit très rapidement qu'il doit utiliser d'autres canaux de communication. La rencontre avec une autre espèce l'oblige à changer ce registre.

Les singes, qui sont nos plus proches cousins, établissent un dialogue social d'apaisement en s'épouillant ou bien en ayant des rapports sexuels, comme les curieux bonobos. Les primates sont aussi les rois des mimiques faciales qui font sourire et donnent envie de les imiter dans un jeu de grimaces. Certains chimpanzés arrivent à communiquer en apprenant le langage des signes des personnes sourdes. Les chiens n'ont pas ces facultés de symbolisation, mais ils établissent un type de communication unique. Ils sont capables de moduler leurs aboiements, mais ils savent aussi jouer du silence en observant profondément leur interlocuteur. L'enfant qui parle à son chien a vraiment l'impression d'être écouté et compris.

Le chien semble attentif, a des mimiques d'étonnement, d'acquiescement. Cette écoute singulière remplace parfois celle de parents défaillants. Le chien n'a

⁴⁴ LACAN, J. (1966). *Les écrits*. Paris. Editions Seuil.

évidemment aucune solution ni réponse à apporter à l'enfant, mais sa bienveillance suffit. Le chien n'est jamais, du fait de l'absence de langage verbal, un autre inquiétant.

Le chien ne possède pas la parole, mais il est évident qu'il communique. Toutes sortes de comportement l'attestent. Pour les chiens, le canal principal de contact avec le monde est l'olfaction. Ils passent leur vie à renifler et à analyser les odeurs les plus infimes. Avec les humains, ils font preuve d'une sensibilité élargie : ils ressentent la joie, la peur, le stress, l'agressivité et tentent d'y répondre en utilisant leur langage particulier qui s'adresse à nos émotions préverbales. L'enfant, encore proche des affects du bébé, se connecte ainsi à eux très facilement. Le contact corporel immédiat avec son animal familier lui rappelle, en outre, les prémices de sa découverte sensori-motrice du monde. Avec lui, il découvre un autre univers, plus spontané, authentique et disponible. Plus l'enfant découvre son chien, et inversement, et plus ce dialogue s'enrichit.

Les chiens sont bien plus connectés à nos gestes et à nos regards que nous le pensons. A l'affût du moindre mouvement, ils sont très sensibles aux signaux visuels : ils comprennent très bien la désignation d'un objet par le regard. Ils suivent nos intentions les plus subtiles en les associant avec nos postures et surtout nos manipulations. Ils sont la seule espèce animale mammifère à se diriger vers un objet pointé du doigt. Les primates ont de formidables capacités, mais pas celle-ci. Ce qui prouve que notre cohabitation millénaire avec les canidés leur a permis de développer une attention à la communication humaine remarquable.

Les enfants savent utiliser ces compétences sans aucun apprentissage. Les chiens s'accordent avec leur gestuelle de manière instantanée. Ils ne sont pas parasités dans cette interaction par le flot de pensées et de paroles des adultes.

L'enfant observe lui aussi et imite les mimiques de son chien, comme il fait avec ses proches. Les expressions et les postures sont essentiellement dans la communication « infra-verbale », toutes les espèces vivantes évoluées utilisent ces signes pour entrer en relation avec leurs congénères. Dans cette relation, l'enfant apprend à décrypter

toutes les manifestations de son animal. Il devient un observateur performant, et développe inconsciemment sa curiosité intellectuelle. Le chien familial a lui aussi des capacités d'imitation de mimiques.

Le chien réceptif renverra ainsi à l'enfant toutes sortes de manifestations d'amour et de confiance, alimentant le besoin infantile de sécurité. Et cela reste valable chez l'adulte.

d) L'attention visuelle soutenue

Certains animaux domestiques, comme le chat, le cheval, l'âne et le chien ont des capacités à fixer un être humain sans fuir le regard. Les chiens recherchent cette rencontre des yeux dans les yeux. Dans cet échange, l'Homme se sent regardé intensément sans arrière-pensée. Il peut se fondre dans ce regard protecteur.

Cette fonction de captation du regard de l'animal inspire une confiance absolue. Elle se rapproche de la fonction « *alpha* » du regard de la mère du nourrisson, dont parle le psychanalyste Wilfred BION⁴⁵. Bien avant la parole, dans l'échange des regards, la mère absorbe tous les ressentis douloureux décousus (les éléments « *bêta* ») du bébé. Elle les métabolise par sa capacité de rêverie et les renvoie à l'enfant « *détoxiqués* ». Cet échange primitif permet au bébé de se débarrasser de ce qui le parasite. Il s'établit alors un « *accordage affectif* », sorte de musique interactive, qui se joue dans les premiers temps de la vie. Le psychanalyste Daniel STERN⁴⁶ le décrit comme un passage « inter-modal » entre l'expression sensitive et émotionnelle des bébés et les perceptions transformées par la mère en miroir : autrement dit, les émotions et les affects du bébé s'ajustent au regard et à la voix de la mère. Ce type complexe de communication primitive lui permet de s'ouvrir aux relations avec le monde environnant. Il transforme ses ressentis en sons musicaux renvoyés par la voix de la mère. Cette partition singulière d'émotions, de sensations et de regards affectifs fonde les structures du langage.

⁴⁵ BION, W. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Editions PUF.

Le regard soutenu et affectueux du chien ou de l'animal familier ramène à cette période archaïque fondamentale. Il reprend cette musique discrète de « *l'interaction primitive* »⁴⁶. Il est là, toujours proche et disponible, son regard est aussi profond que celui de la mère primitive. Sa présence silencieuse est entière, sans paroles ni pensées parasites. A son contact, l'Homme se sent non pas observé, mais plutôt admiré. Dans ce contact exceptionnel, il renforce son « narcissisme primaire », comme il le faisait grâce au regard maternel. L'intérêt de cet apport est évident pour les enfants et même les adultes carencés affectivement qui n'ont pas pu bénéficier pleinement de cet accordage avec leur mère. Le chien est alors un médiateur thérapeutique qui peut restaurer une fonction alpha défailante.

Cet échange, les yeux dans les yeux, avec l'animal familier est pour Hubert MONTAGNER⁴⁷ un prototype de ce qu'il nomme la communication multi-canaux. Il assemble toutes les informations sensorielles, les sons, les goûts, les odeurs, le toucher et les transforme en pensée. Il développe donc le raisonnement et l'intelligence.

Ce regard a aussi très souvent une fonction tranquillisante sur l'excitation : le regard du chien arrive à instaurer des moments de calme chez les plus agités. Par leur contact particulier, les chiens ont la possibilité d'apaiser profondément un malaise émotionnel ou affectif. L'Homme rassuré change et s'ouvre au monde. Les plus timides, de la même manière, deviennent plus curieux, plus audacieux et vont vers les autres.

e) Un statut mouvant

Le chien arrive à changer de statut et s'adapte à toutes sortes de situations. Sa plasticité comportementale est étonnante. Il peut aussi bien revêtir la figure de mère chaleureuse et bienveillante, les jeux qu'il partage avec les hommes et leurs besoins de protection et de réassurance favorisent cette représentation, tout autant que celle du père protecteur et puissant. Il ressent par ailleurs les dangers potentiels bien avant les humains.

⁴⁶ STERN, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF, collection Le fil rouge, p.70-71 et 74.

⁴⁷ MONTAGNER, H. (1978). *L'enfant et la communication*. Paris, Editions Stock.

f) Définition du groupe à médiation : groupe thérapeutique (analytique ou cognitivo-comportemental), occupationnel, pédagogique

Avant de détailler en quoi consistent les activités à médiations, voyons ce qu'il se cache derrière le mot « thérapeutique ». En psychiatrie, les soignants emploient fréquemment ce terme qui a plusieurs sens. Utilisé à propos d'un traitement curatif il signifie « guérir », tandis qu'autour d'une activité, d'un accompagnement, d'un entretien, il a le sens de « soigner ». Dans le cadre de la prise en charge du patient schizophrène, il ne s'agit pas de traiter et de guérir cette maladie encore mal connue, mais de soigner et d'accompagner la personne, afin de l'aider à faire face aux conséquences de la maladie.

Pour définir ce mot « thérapeutique » de manière plus précise, tout ce qui entraîne une atténuation des symptômes pourra être nommé thérapeutique.

i) La médiation en psychiatrie

En médiation thérapeutique, tous les soins donnés au patient font appel à des « supports », que l'on appelle des médiateurs.

L'objet de la médiation quel qu'il soit est un intermédiaire entre le patient et le soignant, c'est un prétexte à la rencontre et à la communication.

Prenons comme exemple l'administration d'un traitement médicamenteux. Ce dernier a une double visée thérapeutique, d'une part antipsychotique, les neuroleptiques permettent au patient de renouer avec la réalité en diminuant les hallucinations et d'autre part, le moment de la distribution permettant au soignant d'entrer en contact et de créer du lien avec son patient.

Autre exemple, le repas pris en groupe à l'hôpital, permet non seulement de répondre à un besoin fondamental de l'être humain qu'est l'alimentation, mais c'est également un moyen pour le patient de réapprendre ou d'acquérir les règles sociales, d'accepter le regard de l'autre pour certains, le partage et le respect pour d'autres.

A ces médiations, s'ajoutent d'autres activités à médiation plus spécifiques, précisées dans le Décret 2004.802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du Code de la Santé Publique :

Article R4311-6 dans le domaine de la santé mentale, le soignant accomplit les actes de soins suivants : « *activités à visée socio-thérapeutique individuelle ou de groupe* »⁴⁸.

Elles sont définies comme « *un ensemble de méthodes visant à supprimer les troubles affectifs par l'utilisation des relations humaines établies avec les membres du groupe social dans lequel le patient est intégré* ».

Elles sous-entendent une notion de groupe. Ces activités relèvent du rôle propre du soignant, donc à son initiative et sous sa responsabilité. Elles constituent une partie importante du soin dans un milieu psychiatrique. Elles sont particulièrement indiquées pour le patient schizophrène car celui-ci éprouve des difficultés à mener une vie sociale simple : avoir un travail, un logement, assumer ses soins d'hygiène, se préparer à manger, entretenir des relations affectives diverses et variées.

Ces activités sont fondées sur la vie quotidienne, elles doivent favoriser une rencontre de la personne malade avec son lieu de vie, sa famille, son environnement pour faire face à ses difficultés.

Toutes les activités socio-thérapeutiques proposées sont outils de médiation car elles servent de support au développement des rapports sociaux, certaines reposant sur l'aspect pratique des démarches à accomplir, avec comme objectifs de développer des réflexes d'autonomie.

⁴⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339>

Sigmund FREUD⁴⁹ a défini l'inconscient par une phrase : « *Nous sommes vécus par des forces inconnues impossibles à maîtriser* ».

Il désignait, par ce concept, une dépossession de soi par un monde intérieur qui inspire autant nos désirs que nos pensées les plus intimes.

Dans la première topique, il avait décrit cette dépossession d'une part de la personnalité par l'effet du refoulement sur certains désirs inadmissibles. Cependant, restait en suspens, à côté d'une nouvelle appropriation de ce monde intérieur du pulsionnel et de l'émotionnel, un autre monde, plus proche de notre originaire instinctuel. Elaboré dans le mouvement de la seconde topique, qui inscrivait la mort dans le destin pulsionnel du sujet, la psychologie collective prit valeur de défense la plus primitive de l'Homme face à la force de ses instincts violents et destructeurs : l'union de l'individu avec ses semblables, selon le principe « l'union fait la force », se révélera fondatrice du groupe et de la disparition du sujet, donc de la violence et de la destruction. Ici, la défense par le collectif utilisera des identifications homogénéisantes pour rendre l'un pareil à l'autre et soudé à lui par un idéal commun. L'individu aspire à se laisser porter par des comportements et des sentiments communs à tout le monde. C'est là toute l'ambiguïté de la réalité psychique inconsciente : les désirs et angoisses d'un sujet qui lui inspirent sa singularité propre, se doublent d'un besoin grégaire ancestral qui, lui, aspire à une conformité et à l'anonymat.

ii) Activité à médiation thérapeutique

Technique :

- Se réalise sous forme de séances sur une période variable
- La durée de la séance doit être précisée au patient et respectée, elle tient compte de la fatigabilité du patient
- La séance se déroule dans un lieu neutre offrant au patient un sentiment de sécurité et de calme

⁴⁹ FREUD, S. (1989). *L'interprétation des rêves*, Tr. en français 1^{re} éd. I. Meyerson (1926). Paris PUF, nouvelle éd. Révisée (1967).

- Compte-rendu de l'activité par le soignant à l'issue de chaque séance, consigné dans le dossier de soins du patient.

Objectifs généraux :

- Rétablir un équilibre affectif
- Développer les relations sociales
- Augmenter la communication verbale
- Restaurer le sentiment d'estime de soi et l'image corporelle
- Modifier les comportements du patient et les consolider
- Mettre en place une relation entre le patient, le soignant, afin de guider, conseiller, générer un équilibre
- Restaurer les capacités du patient à être acteur de son projet de soins.

Relation soignant-soigné dans l'activité :

- Développer le sentiment d'exister en proposant de retrouver l'image de soi.
- Impliquer le patient dans différentes tâches, le responsabiliser.
- Accompagner la régression en renarcissant le patient et en renforçant ses capacités. Faire émerger la notion de désir, d'autonomie.
- Soutenir, rassurer.

Éléments de surveillance :

- Comportement du patient : actif, passif, angoissé, triste, agressif, joyeux...
- Mode, qualité et contenu de l'expression : aspect et présentation physique, démarche, posture, expression verbale...
- Gestuelle, qualité de la voix (timbre, volume, rythme de la parole).

Difficultés du soignant :

- Amener le patient à s'investir dans l'activité proposée.
- Amener le patient à découvrir de nouveaux pôles d'intérêt.

Au vu de tous ces éléments, on prend conscience de la complexité d'une activité à médiation thérapeutique, et du rôle prépondérant du soignant au sein de celle-ci. Elle fait appel à plusieurs qualités du soignant, que l'on peut qualifier de « savoir-faire » et de « savoir-être ».

Il ne faut surtout pas oublier que la prise en charge de ces patients peut durer des années, et il n'est pas souhaitable de proposer année après année les mêmes activités au patient, car, non seulement le soignant finirait par entrer dans une routine, dans laquelle il risquerait de perdre de vue les objectifs attendus pour son patient, mais cette répétition incessante d'activités identiques favoriserait la régression du sujet schizophrène, ce qui irait à l'encontre des effets recherchés.

Les activités sont des soins, toutes sont susceptibles d'être thérapeutiques. L'important sont les objectifs du soin, l'investissement du soignant et l'intérêt que porte le patient pour ces activités.

g) La médiation par l'animal

L'engouement de la France pour ces nouvelles techniques est très récent et il faudra du temps pour que les médiations animales prennent véritablement leur place au sein des établissements de santé. A ce jour on ne peut pas encore en recenser le nombre exact, car il s'agit d'activités menées de façon sporadiques et individuelles.

Seule l'AFIRAC (Association Française de Recherche sur l'Animal de Compagnie) a pris l'initiative, en 1999, de réunir au sein d'un groupe de travail : le GRETFA (Groupement de Recherche en Thérapie Facilitée par l'Animal)⁵⁰, des spécialistes de disciplines très diverses : médecins, éthologues, psychologues, biologistes, vétérinaires... Avec comme objectif de définir ce que recouvrent les Activités Associant l'Animal (AAA) et faire accepter et reconnaître, par les professionnels de la santé et de l'éducation, leurs effets positifs auprès des populations qui en bénéficient.

Le neurologue Didier VERNAY⁹, coordinateur du GRETFA est aussi l'auteur du livre paru en 2003 « *le chien partenaire de vie, perspectives en santé humaine* », innovant en la matière, puisqu'il est le premier à définir un cadre sanitaire, pratique et

⁵⁰ <https://therapieassisteeparlanimal.org/>

⁹ VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vies : applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, ERES Editions.

législatif aux activités associant l'animal.

C'est le GRETFA qui a proposé comme appellation générique : Activités Associant l'Animal, rappelons-le, précisées par la profession exercée qui définit le type de pratique :

- Un soignant fait de l'AAA-T (Thérapeutique).
- Un membre du personnel éducatif de l'AAA-E (Educative).
- Un chercheur de l'AAA-R (Recherche).
- Un travailleur social fait de l'AAA-S (Sociale).

Malgré cette nouvelle terminologie, pour définir de façon globale ces activités, on peut retenir la définition de la zoothérapie : « *activité qui s'exerce sous forme individuelle ou de groupe à l'aide d'un animal familier soigneusement sélectionné et entraîné, introduit par un intervenant qualifié, dans l'environnement immédiat d'une personne chez qui l'on cherche à susciter des réactions visant à maintenir ou à améliorer son potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif* »⁹.

Actuellement, l'activité de médiation animale la plus répandue en psychiatrie reste l'équithérapie. Le cheval présente des qualités qui peuvent être très bénéfiques pour le patient : il favorise la confiance, la maîtrise et l'estime de soi. Le cheval impose le respect et la douceur. Sur le plan physique, il améliore l'équilibre, la coordination et le tonus musculaire.

De surcroît, les Activités Associant l'Animal ne demandent aucune aptitude particulière de la part du patient handicapé psychique. Tous les patients même les plus régressés ne se sentiront pas en échec face au chien.

Du fait que « l'objet » de médiation soit vivant, chaque séance est unique et différente. Ainsi, ni le patient, ni le soignant ne ressentiront la routine s'installer dans ce type d'activités. D'autant plus que les séances peuvent être variées : toilette, promenade, éducation, nourrissage...

⁹ VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vies : applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, ERES Editions.

On peut dire que la présence de l'animal en milieu institutionnel, « c'est un morceau de la nature » qui entre dans l'hôpital, diminuant ainsi l'agressivité du milieu et rendant les lieux plus supportables, moins aseptisés. Ce qui présente l'avantage de faciliter l'intégration du patient dans les suites de soins au sein de structures telles que l'hôpital de jour, et qui tendent à ressembler à l'environnement habituel du patient.

De même, le patient schizophrène, fréquemment angoissé, parasité par des hallucinations plus ou moins terrifiantes a des difficultés à faire confiance aux équipes soignantes, et l'inconstance de ses troubles (il a des moments de lucidité), peuvent faire naître un sentiment de honte face à sa maladie psychique. Or, nous l'avons vu, l'animal a de grandes qualités : la neutralité et l'absence de jugement : *« la meilleure des formations ne peut empêcher l'être humain de transmettre des signaux non verbaux, tels que grimace, mouvement de recul, regard fuyant... Aux personnes malades, affaiblies, ou âgées, présentant un handicap physique ou mental. Ainsi peut s'enclencher la spirale terrible de la méfiance, de la baisse de l'estime de soi, du repli sur soi, de l'isolement. Les animaux familiers, eux, sont sans jugement ni a priori, et n'expriment aucun signe non verbal. Ils offrent donc la possibilité de communiquer de façon simple et entièrement dépourvue d'agressivité. Ils permettent ainsi d'enclencher la première étape de la communication, et communiquer, c'est vivre. »*, Didier VERNAY⁹.

3) Exemple pratique avec un groupe « chiens visiteurs » sur le Centre Hospitalier Spécialisé de St-Cyr-Au-Mont-d'Or

Depuis maintenant 3 ans, sur initiative d'un infirmier du pavillon Hélianthe du Centre Hospitalier Spécialisé de St-Cyr-Au-Mont-d'Or s'est créée la médiation thérapeutique « chiens visiteurs »⁵¹, sous forme groupale. Le groupe est animé par deux éducatrices canines, un infirmier (à l'origine du projet) ayant validé la formation de zoothérapie à l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) et co-animé par moi-même depuis 18 mois.

⁹ VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vies : applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, ERES Editions.

⁵¹ <https://www.chien-visiteur.fr/>

L'activité se déroule en quatre temps :

- Un premier temps de rencontre entre les soignants et les bénévoles de l'association éducatrices canines. Nous discutons des patients qui vont participer au groupe (3 à 4 patients maximum), de leur problématique, de leur état psychique du moment, des objectifs que nous visons, de ce qui peut leur être proposé. Nous organisons alors l'activité (mise en place des ateliers par exemple).
- Le deuxième temps est celui de l'activité. Elle dure en moyenne 30 à 45 minutes.
- Le troisième temps est un temps de parole avec les patients, autour de l'activité. C'est le temps au cours duquel un ancrage symbolique est possible, avec l'espoir d'effets thérapeutiques prolongés.
- Après l'activité, les patients sont raccompagnés dans leur service, et nous prenons un temps avec les éducatrices canines afin de faire un bilan de l'activité.

Les objectifs de cette activité sont multiples et varient en fonction des prises en charge.

Les ateliers proposés lors de l'activité sont également très variés et adaptés aux besoins du patient :

- Caresses
- Brossage
- Nourrissage
- Jeux
- Education
- Promenade
- Discussion autour de l'animal.

Depuis que l'activité est en place, nous avons pu noter des changements de comportement chez certains de nos patients, nous permettant d'envisager le soin différemment. La fréquence de l'activité, à savoir une fois par mois, ne permet pas à ce jour de réaliser un travail approfondi avec le patient par la médiation animale mais démontre que le chien peut avoir une place déterminante dans l'amélioration de l'état psychique de certains de nos patients.

La constitution du groupe : un groupement de quatre groupes

Le groupe a très vite trouvé sa structure définitive, même si des aménagements ont sans cesse cherché à améliorer son efficacité. Chaque groupe est formé d'abord par l'association d'une pluralité de sujets. Il s'agit ensuite de générer, à partir de cette pluralité de sujets, de la « groupalité psychique », dans le groupement comme à l'intérieur de la psyché de chaque sujet du groupe.

Notre dispositif est un ensemble de groupes puisqu'il articule finalement 4 groupes :

- Le groupe patients,
- Le groupe soignants,
- Le groupe éducateurs canins
- Le groupe patients-soignants-éducateurs canins.

Le groupe patients est constitué de 3 à 4 patients, patients désignés, tous en grande difficulté de symbolisation au niveau du jeu et du langage. Ils ont tous des troubles de la socialisation, éventuellement un retard cognitif et divers troubles du comportement. Les patients sont tous majeurs, mais il n'y a pas d'âge limite. Le groupe est semi-ouvert, c'est-à-dire que le groupe est constitué d'un certain nombre de patients, et il est possible d'en inclure d'autres au fil des séances. En pratique, le groupe se renouvelle chaque mois d'un à deux patients différents en fonction des sorties d'hospitalisation des patients. La méthode est celle de la médiation animale, appelée ici « chiens visiteurs »⁵¹, faisant intervenir deux à trois chiens, toujours les mêmes. Téléphones portables et cigarettes sont rituellement déposés à part dans la salle d'activité. En fonction du temps, l'activité se déroule en salle ou en jardin fermé, au sein de l'unité, ou en extérieur, dans le parc de l'hôpital.

Les deux soignants invitent et aident les patients à s'animer, à verbaliser leurs demandes et affects. Les deux éducatrices canines animent les activités et jeux avec les chiens, orientant les choix des objets. La séance se termine par un moment consacré à la reprise verbale de l'activité.

⁵¹ <https://www.chien-visiteur.fr/>

Les processus constitutants du groupe :

L'expérience de la création des groupes thérapeutiques dans une institution révèle qu'il existe deux polarités processuelles conduisant à l'institution du groupe, que l'on peut schématiser en une forme auto-engendrée et une forme hétéro-engendrée, entre lesquelles il y a, bien sûr, de nombreux métissages.

- Le processus d'auto-engendrement du groupe thérapeutique est devenu, pendant ces dernières années, une procédure courante. Quelques soignants, porteurs du désir de groupe, parviennent, souvent assez vite, à mettre en place un dispositif groupal rassemblant, autour d'une médiation, des patients qui n'ont pas trouvé ailleurs une réponse suffisante à leur souffrance. Une telle procédure bénéficie d'un fort dynamisme et d'un engagement personnel important des soignants, ce qui fait sa valeur. C'est une dynamique interne.
- La seconde modalité constituante du groupe est dite hétéro-engendrée pour souligner les articulations plus précises que les futurs thérapeutes du groupe et l'ensemble institutionnel mettent en chantier pour aboutir au groupe thérapeutique. Cette modalité offre de meilleurs garants pour que soient anticipées de manière adéquate les personnes (thérapeutes, patients, référents des patients, superviseur) et les méthodes qui vont contribuer à la mise en œuvre de la groupalité. C'est une dynamique institutionnelle.

Soutiens :

D'autres projets de Médiation Animale ont été portés et soutenus par différents organismes :

- L'AFIRAC (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie)
- Le GERMA (Groupe d'Etude et de Recherche sur le Médiation Animale)
- La CNEAC (Commission Nationale d'Education et d'Activités Cynophiles)

L'objectif étant d'obtenir notre propre chien, nous avons également la possibilité de nous faire aider par la marque « Royal Canin », notamment pour l'alimentation et les soins vétérinaires du chien.

Enfin, chaque année, la Fondation Adrienne et Pierre Sommer, sous l'égide de la Fondation de France¹², lance un appel à projets et finance les initiatives de Médiation Animale. Ils ont d'ailleurs financé l'installation et l'équipement du projet d'Equithérapie de l'Hôpital psychiatrique St-Jean-de-Dieu de Lyon en 2014.

Evaluations des Activités de thérapie à médiation canine :

- Evaluations pluridisciplinaires régulières, sous forme de synthèses
- Si les activités du groupe sont jugées bénéfiques, possibilité de les étendre dans d'autres pôles du CHS s'ils en font la demande
- Chaque activité donne lieu à la fin de celle-ci à des transmissions orales à l'équipe, écrites dans le dossier de soins infirmiers et à des observations dans le classeur de suivi de l'activité. Les observations se font sous forme de grilles
- Chaque groupe donne lieu à une évaluation globale de fin de groupe et d'un entretien médical individuel
- Un suivi de l'activité et de la participation par patient s'est aussi réalisé sur un tableau afin de permettre de quantifier les participations.

4) Le chien médiateur

Au vu de mes différents lectures, il s'avère que le chien est l'animal de choix pour travailler auprès du patient handicapé psychique, en raison de son immense potentiel d'adaptation, de sa sociabilité, de sa capacité d'encourager l'interaction, d'inviter à l'action et de se laisser caresser facilement.

Le chien apparaît même, sans conteste, comme l'animal privilégié pour la médiation animale

¹² <http://www.fondation-apsommer.org/>

de manière plus globale. Il se montre docile et fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation. Plusieurs de ses caractéristiques en font un animal extrêmement attachant qui plaît presque à tout le monde.

L'intérêt de l'utilisation du chien s'explique alors par ses qualités en tant qu'être vivant ayant un appareil psychique propre, relativement simple, socialement valorisant et adapté, non jugeant et non intrusif, pouvant servir de support projectif, digne d'intérêt et de soin.

Une relation humain-animal de qualité peut combler une grande quantité de nos besoins psychoaffectifs. Elle entraîne d'innombrables effets positifs sur la santé, physique et psychique.

Il présente aussi le grand avantage de faire partie de notre environnement proche. Dans l'inconscient collectif, il fait partie de la famille, il est facile d'accès.

Le chien possède aussi plusieurs qualités faisant de lui un collaborateur remarquable pour les soignants. Il est attrayant pour le patient et il possède une grande capacité à le stimuler.

En parlant d'une séance de rééducation avec l'intervention d'un chien, Caroline BOUCHARD et Christine DELBOURG⁵², éthologues, disent : « *C'est une chose de lancer des petits sacs de sable dans une boîte, c'en est une autre de lancer une balle à un petit chien vif et joyeux qui le rapporte, qui attend un merci sous forme de caresse ou même de biscuit. Et pourtant le geste est identique, mais la motivation est différente* ».

Toujours, selon le Dr Didier VERNAY : « *Il (le chien) est celui qui force l'autre à avancer, celui qui considère son maître handicapé comme une personne ordinaire, ce faisant, il lui permet dans une certaine mesure, de s'accepter, de se dépasser peut-être, de reprendre une place dans la société* »⁹.

On peut noter également que les personnes qui sont en rupture avec la société, comme c'est le cas de nombre de nos patients en psychiatrie, réapprennent auprès du chien à prendre soin de l'autre, à le respecter, à en être responsable, puis, à plus long terme, à accepter la règle commune.

⁵² BOUCHARD, C., DELBOURG, C. (1995). *Les Effets Bénéfiques des Animaux sur Notre Santé*. A. Michel, p. 68.

⁹ VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vie : applications et perspectives en santé humaine*, VALENTIN Ramonville Saint-Agne, ERES Editions. (CC BY-NC-ND 2.0)

Le chien joue un rôle d'intermédiaire non menaçant, qui contribue à l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Sa présence et le fait d'entrer en contact avec lui stimulent l'apparition de comportements adaptés, instinctifs.

Par exemple, il s'avère un outil thérapeutique précieux auprès des enfants très isolés socialement, comme le sont les autistes. Ainsi la stimulation sensorielle au moyen de l'animal permet à l'enfant replié sur lui-même de se tourner vers le monde extérieur. Cela contribuera à diminuer ses comportements inappropriés (automutilations, balancements, stéréotypies...) en permettant l'augmentation de ses comportements sociaux appropriés (contact visuel avec l'animal, sourire, imitation des gestes de l'intervenant).

5) Le champ des interventions de soins

L'objet du soin est défini comme étant la personne prise en charge dans sa globalité. Les objectifs de la thérapie à médiation canine concernent la diminution des symptômes, qu'ils soient psychopathologiques ou physiques. Le mieux-être, le sentiment de confort et la diminution de l'anxiété liée à l'institution créent une autre dimension dans l'alliance thérapeutique avec le patient.

Par ailleurs, les facteurs environnementaux doivent être, eux aussi, pris en considération. Ils figurent notamment dans le modèle de processus de production du handicap, et dans la *Loi du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »*⁵³.

Ce modèle de processus de production du handicap explique que la participation sociale de la personne dépend du rapport entre ses facteurs personnels et ses facteurs environnementaux :

- Les facteurs personnels concernent les capacités et l'intégrité du système organique de la personne. Ils sont fonction de facteurs de risques (par exemple, une pathologie spécifique). On interrogera les facteurs personnels de la façon suivante :

⁵³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

Capacités techniques : résistance à l'effort, dextérité manuelle, aptitudes techniques...

Capacités cognitives : orientation spatiale et temporelle, mémorisation, assimilation des consignes...

Capacités d'autocontrôle : vigilance, adaptabilité, attention, gestion de stress...

Capacités de relations sociales : relations avec autrui, indépendance sociale, sens de l'organisation...

- Les facteurs environnementaux englobent tout l'environnement de la personne (familial, social, immobilier...). Chaque facteur peut être facilitateur, permettant à la personne d'être active malgré son incapacité ou sa déficience. Ou, au contraire, obstacle limitant la participation sociale de la personne.

La Loi du 11 février 2005 :

Dans l'Article L114 du Code de l'action sociale et des familles modifié par cette loi, la notion de handicap est ainsi définie : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant* »⁵⁴.

Dans cet article, on retrouve la notion que l'environnement induit la restriction d'activité en lien avec une « *altération substantielle* ». Il implique, lui aussi, une considération des facteurs environnementaux au cours de la prise en charge globale de la personne.

⁵⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446&dateTexte=20111028>

Le médecin, ainsi que tous les autres professionnels de la santé, doit donc prendre en considération tous les aspects de l'individu décrit par l'OMS¹⁶ (physique, psychique et social) ainsi que les facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles à sa participation sociale décrits par la modèle du processus de production du handicap et inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.

S'il doit prendre en compte tous ces aspects, quel est donc le champ d'intervention du soignant en thérapie à médiation animale ? Comment celui-ci permet-il l'intégration de la relation Homme-animal au sein de cette pratique professionnelle ?

Les thérapies à médiation animale en secteur psychiatrique ont pour objectif la récupération des capacités et de la qualité de vie des patients atteints de handicap, qu'il soit inné ou acquis.

Dès lors, elle intervient dans chaque champ des « 3R » défini par l'OMS et figurant dans un article du Journal de Réadaptation Médicale du 12 mars 2011⁵⁵ :

- La Rééducation
- La Réadaptation
- La Réinsertion

Dans chacun de ces champs d'activité, le soignant doit prendre garde à tous les aspects de la prise en charge définis dans la partie précédente en gardant un regard global sur le patient. Cela afin de réduire les obstacles à la participation sociale du patient en améliorant ses facteurs personnels mais aussi ses facteurs environnementaux.

a) Rééducation

L'OMS définit la rééducation comme étant les « *techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient* »⁵⁶.

¹⁶ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. A la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

⁵⁵ (Mars 2011). *Pratique et Formation en Médecine Physique et Réadaptation* - Journal de Réadaptation Médicale. Volume 31, n°1, p. 1-50. Elsevier Masson SAS.

⁵⁶ http://search.who.int/search?q=r%C3%A9%C3%A9ducation&ie=utf8&site=who&client=fr_r&proxystylesheet=fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

La rééducation est une technique qui se centre essentiellement sur l'utilisation d'une activité comme médiation permettant de réduire les dites déficiences et incapacités du patient. Nous avons déjà vu que l'animal peut être médiateur et que les activités associant l'animal se déclinent sous une forme thérapeutique.

Pour une thérapie à médiation animale, le choix de l'espèce animale, de l'animal en tant que tel et de l'activité proposée est déterminant. De la même façon que le choix de l'instrument, de son matériau et des conditions d'exercice l'est avec la musicothérapie. Dans son sens de médiation, ce type d'activités s'intègre parfaitement à la prise en charge rééducative puisqu'il permet d'effectuer un travail correspondant aux objectifs de rééducation. Ce travail est d'ailleurs parfois plus motivant pour le patient, surtout en diminuant sa perception de travail.

On parle souvent de l'apragmatisme de certains des patients schizophrènes. En termes de symptôme, il se traduit par une incapacité à entreprendre des actions. Il en résulte une perte d'initiative motrice, une inaction prolongée. Sa forme extrême réalise la catatonie telle qu'on peut l'observer dans les formes graves de schizophrénie et qui consiste en une suspension totale de l'activité motrice.

Ainsi, une thérapie à médiation animale autour du chien pourrait être :

- Au niveau moteur : une activité promenade qui aurait vertu de rééducation à la marche, une activité de toilettage afin de travailler la motricité plus fine des membres supérieurs.
- Au niveau cognitif : stimulation de la mémoire avec la gestion de l'emploi du temps de l'animal, stimulation des fonctions exécutives dans la réalisation des actes inhérents à l'animal (préparer de l'eau, la nourriture, toilettage...)
- Au niveau psychique : favoriser la relation par la mise en place du tiers animalier, favoriser la gestion des émotions avec l'animal qui ne parle pas mais réagit tout de même.
- Au niveau sensoriel : l'animal peut favoriser un apprentissage sensoriel, notamment pour les patients présentant un trouble envahissant du développement

L'activité choisie doit évidemment répondre aux objectifs de rééducation fixés par le soignant et doit faire partie d'une prise en charge globale.

b) Réadaptation

L'OMS définit la réadaptation comme étant « *l'ensemble des moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ses incapacités lorsqu'elles deviennent stabilisées et persistantes* »⁵⁷.

En tant que soignants, nous sommes sensibilisés et préconisateurs des aides techniques qui serviront de moyen de compensation d'une incapacité ou d'une déficience séquellaire. A ce titre, nous pouvons être prescripteurs d'une aide animalière du moment que celle-ci correspond au projet de vie du patient et compense, elle aussi, une incapacité ou une déficience résiduelle.

Rappelons que l'OMS inclut les aspects physiques dans sa définition de la santé, mais aussi les aspects psychiques et sociaux. Ainsi, la préconisation d'une aide animalière prend son sens dans la compensation physique mais aussi psychosociale.

Ce concept rejoint essentiellement l'idée d'aide animalière. L'aide animalière est reconnue par le système de santé français, notamment depuis la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), en janvier 2006, et avec la mise en place de la Prestation Compensatoire du Handicap (PHC).

La PHC couvre six formes d'aides différentes dont l'aide animalière. Les cinq autres étant l'aide humaine, l'aide technique, l'aide à l'aménagement du logement, l'aide au transport et l'aide spécifique ou exceptionnelle.

Dans ce cadre, sont concernés les chiens guides d'aveugles (éduqués par la Fédération Française des Associations de Chiens guides d'aveugles : FFAC) et les chiens d'assistance (formés par Handi'chiens).

⁵⁷http://search.who.int/search?q=r%C3%A9adaptation&ie=utf8&site=who&client=fr_r&hl=lang_fr&lr=lang_fr&proxystylesheet=fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

c) Réinsertion

Pour l’OMS, la réinsertion est « *l’ensemble des mesures médico-sociales visant à optimiser le retour dans la société en évitant le processus d’exclusion* »⁵⁸.

Le travail de réinsertion prend tout son sens en psychiatrie, et le soignant en milieu psychiatrique est amené à effectuer différentes interventions afin de favoriser l’intégration sociale du patient. Il peut ainsi proposer des aménagements du lieu de travail, il peut accompagner le patient dans sa recherche d’orientation, d’associations, de loisirs adaptés, etc.

Nous pouvons dès à présent évoquer que le simple impact socialisant de l’animal auprès de la personne en situation de handicap (physique ou psychique) peut s’intégrer dans une démarche soignante afin d’éviter l’exclusion ou du moins, le sentiment d’exclusion de la personne.

Globalement, le soignant peut donc utiliser la relation Homme-animal dans chaque champ de son exercice professionnel. Dans ce travail de recherche, le questionnement s’axe sur les bénéfices globaux et multi-champs des thérapies à médiation canine.

Quelles sont les caractéristiques de ces chiens ? En quoi la présence du soignant est-elle pertinente auprès des personnes en bénéficiant ?

6) Questionnement professionnel

Objectifs de la thérapie à médiation animale :

Selon une perspective générale, la thérapie à médiation animale a pour objectif de promouvoir l’amélioration du fonctionnement physique, social, émotionnel et cognitif de la personne soignée, lui assurant ainsi une meilleure qualité de vie. L’animal peut aussi bien

⁵⁸ http://search.who.int/search?q=r%C3%A9insertion&ie=utf8&site=who&client=fr_r&proxystylesheet=fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

agir comme source de stimulation, de motivation, ou comme agent de renforcement lors de l'accomplissement de certaines tâches de réadaptation. Tout dépendant de la problématique et des besoins particuliers du patient, l'animal peut faire partie intégrante du processus thérapeutique où il peut être intégré de façon ponctuelle dans un programme d'intervention. C'est le professionnel de santé responsable du processus thérapeutique et diplômé en zoothérapie qui juge du bien-fondé de l'utilisation de l'animal dans son programme d'intervention.

Dans les psychothérapies de soutien, dans l'évocation du passé, on retrouve de nombreux traumatismes qui n'ont pas pu être assimilés. L'empathie la plus attentionnée a du mal à absorber ces violences. Les chiens, avec leur silence et leur bienveillance profonds, y arrivent mieux. Ils restent proches et souvent très calmes. Leur seule présence arrive à apaiser les retours intempestifs des traumatismes avec leur charge d'angoisses. Les chiens restent proches mais ne semblent pas étouffés par cet amour adhésif.

Le dialogue singulier qu'ils établissent avec les humains permet aussi de réamorcer avec eux le processus de communication. Après parfois des années de défiance, ils reviennent doucement vers les autres. Un soignant aura peut-être alors la possibilité de poursuivre ce travail de ré humanisation.

Plusieurs organismes, tels que le Delta Society⁵⁹, établi depuis 1977, dans l'état de Washington aux Etats-Unis, sont voués à l'amélioration de la santé humaine grâce à des services de thérapies animales. Cet organisme en particulier, propose quelques objectifs que l'intervenant peut fixer selon cinq domaines fonctionnels importants.

Plus précisément, nous verrons des exemples d'objectifs et des suggestions pour atteindre ces cinq domaines à l'aide de la thérapie à médiation animale :

- Le plan psychosocial,
- Le plan de la production et de la compréhension du langage,
- Le plan cognitif,
- Le plan physiologique,
- Le plan motivationnel.

⁵⁹ <http://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR2375>

Il s'agit de listes non exhaustives des applications cliniques de la thérapie à médiation animale. Ces exemples sont mentionnés dans le but de donner des applications concrètes afin d'aider à mieux comprendre en quoi consiste la thérapie à médiation animale. C'est l'expérience de la pratique qui fera en sorte que se développe la pensée dans l'action qui permettra d'ajouter sans cesse de nouvelles approches efficaces dans les interventions.

7) Législation

Pour pratiquer la thérapie à médiation animale, en plus de son diplôme reconnu dans son domaine d'expertise, il est fortement recommandé que l'intervenant suive une formation de base sur la zoothérapie. Les notions essentielles à apprendre sont de mieux comprendre le comportement des animaux avec qui il est susceptible de travailler (chat, chien, lapin, cheval...), de détecter les signes de fatigue et d'impatience chez l'animal afin d'éviter des incidents malheureux. Savoir comment manipuler les animaux avec soin durant l'activité de soin, comment intégrer l'animal selon les problématiques et besoins du patient, comment construire un plan de traitement incluant l'animal, et comment juger de quel animal utiliser avec certaines patientèles.

Aucune structure ne régit actuellement les écoles qui offrent un programme de formation à la zoothérapie. Ni le titre, ni l'exercice ne sont réservés.

8) Etablir un cadre théorico-pratique, de la théorie à la pratique

Nous étudions ici l'importance du cadre thérapeutique. La thérapie à médiation animale ne peut exister sans l'établissement d'un cadre thérapeutique solide, régi par des lois concernant à la fois le patient et le thérapeute. Ce cadre a plusieurs fonctions :

Apporter une sécurité, c'est-à-dire par son effet contenant, par son effet de « holding » permettre des situations de régression, un travail sur les limites : limites dedans/dehors, limites intérieur/extérieur, monde interne/monde externe, limites du patient/limites du thérapeute.

Etre résistant, capable de contenir les attaques inévitables du patient. Car ce n'est pas parce que l'objet sera capable de survivre à ces attaques de sujet que ce dernier pourra accepter la séparation, la défusion omnipotente pour entrer en relation avec un objet réel. Le cadre va donc avoir pour fonction de résister à la toute puissance du sujet entraînant nombre de frustrations. Mais l'objet doit être là, immuable et résistant alors qu'il commence à être perçu comme réel et c'est le cadre qui se porte garant, avec ses lois, de cette fonction.

Organiser la position du thérapeute afin de permettre de garder une bonne distance thérapeutique. L'utilisation d'un médiateur est pertinente à ce sujet. L'animal vivant, utilisé comme tel, interface entre le patient et le thérapeute assure un lien à bonne distance.

La fonction du cadre pourrait donc se résumer ainsi : une fonction pare-excitatrice, permettant une mise en dynamique des tensions internes, sans risque ni d'effondrement du patient, ni de destruction du monde extérieur, et facilitant la découverte de la personnalité.

A) Le chien dans la thérapie à médiation animale

La mise en place d'une thérapie à médiation animale en milieu médico-social pose nombre de problèmes (règles d'hygiène, sécurité, assurances, responsabilités administratives...). Afin de limiter ces risques, il convient de mettre en place un projet global dans la structure. La personne à l'initiative du projet doit monter un dossier permettant l'adhésion de l'ensemble du personnel de la structure.

L'animal devra bien évidemment être éduqué par un professionnel, devra répondre parfaitement aux ordres de son référent et devra être suivi médicalement par un vétérinaire de façon très régulière. Par ailleurs, le projet devra contenir les informations relatives aux référents de l'animal, les clauses en cas de départ du référent principal (congé ou départ définitif), l'emploi du temps et les heures de présence de l'animal, les lieux dans lesquels il a le droit de se rendre, ses lieux de détente, etc.

Pour établir des interactions humaines enrichissantes d'une part, mais aussi thérapeutiques, le chien a besoin d'être dressé. Le rapport éducatif que l'on a avec un chien domestique est étrangement similaire à celui qui a été instauré avec l'enfant.

Le dressage réclame certes du temps et de la persévérance, mais le chien fait assez rapidement la distinction entre obéir et désobéir et quelques ordres simples répétés et appropriés assurent pour longtemps sa ferme obéissance. Le chien reste très sensible à la hiérarchie. Il a besoin de repères éducatifs clairs et constants. Il recherche une référence, qu'on nomme communément le maître ou le dominant « alpha ». L'alpha est le premier référent et non pas le chef suprême. Dans ce rôle, il n'y a aucune agressivité, il suffit de s'imposer sans violence. L'alpha incarne l'autorité juste, avec ses règles et ses limites, pour garantir une relation équilibrée.

Il en va autrement avec les patients. Certes la constance et la clarté des limites les aident aussi à se repérer, mais ils n'intègrent ces limites qu'en les mettant à l'épreuve de leurs désirs. Il est impossible de dresser un patient, ou même plus globalement un être humain, car celui-ci n'est pas captif d'un système clos et exclusif. L'Homme évolue en remettant en cause les limites et les interdits selon son âge, son raisonnement et ses envies.

a) Les généralités : le chien médiateur

Il serait erroné de penser que tous les chiens peuvent entrer dans un programme d'activités à médiation. En effet, il faut adapter le physique et les qualités de l'animal aux personnes qu'il va côtoyer. Plusieurs paramètres sont à prendre en compte. L'animal doit être un moyen de s'ouvrir au monde, d'établir des contacts, de faciliter la communication. Le chien ne doit pas être un obstacle à ces échanges. Il doit être équilibré, sociable, et parfaitement éduqué.

b) Les races

On retrouve principalement deux races de chiens privilégiées (mais ce ne sont pas les seules) : le Labrador et le Golden Retriever. Ils tiennent de leur race des caractéristiques

très intéressantes. Ils sont malléables, sociables et surtout facilement éducatibles. Ils ne sont en rien des chiens robotisés, mais pour eux le travail demandé est une sorte de jeu, auquel ils se prêtent volontiers. Ces chiens affichent une image sympathique dès le premier regard.

Il ne nous échappe pas que ces deux races sont également celles majoritairement présentes parmi les chiens d'assistance. On pense aux chiens guides par exemple. Les Labradors et les Golden Retrievers appartiennent au huitième groupe de la classification

de la Fédération Cynologique Internationale (FCI), « *chiens rapporteurs de gibiers – chiens leveurs de gibier – chiens d'eau* ». Ces chiens sont choisis pour trois aspects :

- Leur appartenance au groupe des *Retrievers*, qui lui confère un fort instinct de rapport facilitant l'apprentissage des commandes en vue de l'autonomisation de la personne.
- Leur *aspect*, qui en fait des chiens attractifs favorisant la socialisation de la personne.
- Leur *gabarit*, qui est adéquat pour l'assistance de la personne à mobilité réduite, et suffisant pour ne pas craindre de les blesser, ainsi que l'inverse, moins imposant que certaines autres races qui pourraient au contraire mettre le patient en sentiment d'insécurité.

Dans le cadre de la psychiatrie, un chien calme est choisi pour son rôle apaisant, et il doit être également éveillé pour motiver le patient schizophrène qui a tendance à l'apragmatisme. Ce choix est important car il influe sur la réussite ou l'échec des activités mises en place.

c) L'éducation / Le dressage

L'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) travaille avec des éleveurs qu'elle connaît, élevant des Golden Retrievers et/ou Labradors inscrits au Livret des Origines Français (LOF).

Le futur intervenant peut également y suivre la formation de zoothérapeute avec son propre chien, sous certaines conditions :

Les chiots sont testés à partir de 7 semaines par les éducateurs de l'association et ainsi sélectionnés sur des critères de socialisation, d'écoute, et pour ses capacités d'apprentissage.

Le chien, devenu adulte, revient dans son centre d'éducation tous les ans, où il peaufinera et renforcera son apprentissage auprès des éducateurs canins.

Les chiens qui auront été sélectionnés seront présentés à un stage de transmission et d'adaptation. Pendant ce stage, a lieu la formation théorique (soins de base de l'animal, législation...) et pratique (commandes, positionnement, intonations...) des intervenants.

Premièrement, il s'agira de former l'intervenant en médiation animale qui doit comprendre et connaître les bases élémentaires sur l'éthologie de son futur chien médiateur.

Quelle relation dois-je avoir avec mon chien médiateur ? Comment le mener... où sont ses limites... le respecter... ?

Apprendre à le sociabiliser au monde extérieur.

Le chien doit accepter d'être manipulé, parfois brusqué tout en le respectant.

Par la suite le chien sera inséré dans des milieux divers, fréquentés et bruyants.

Il est donc important de l'habituer tôt à ce genre d'exercice. Pendant cette période, le jeune chien apprendra les bases de l'éducation. Il devra acquérir les positions principales comme : assis – couché, ici ou aux pieds... Ainsi que la propreté.

Marcher en laisse : le chien devra s'habituer à la laisse tout en marchant à côté sans tirer, sans sauter, sans mordiller sa laisse.

Il doit apprendre à rester calme et concentré. Acquisition de l'interdit lors de l'énonciation du mot « non » par son maître.

Dans un second temps, sera travaillée l'insertion dans des milieux fréquents : sortie d'école, gare, galeries marchandes, foires, marchés, manifestations diverses...

Le chien sera également sociabilisé auprès d'autres animaux familiers dans le but de travailler ensemble.

Enfin, les exercices et positions seront travaillés en situation réelle. Le chien devra tenir une absence de son maître, s'asseoir sans bouger dans un lieu où il y a du monde.

L'apprentissage devant être acquis à 100%, les ordres doivent être exécutés à la demande de toute personne référente.

Certains chiots ou chiens sélectionnés n'iront pas jusqu'au terme de la formation. Ils seront réformés du programme pour causes diverses (médicales, comportementales...). L'Institut Français de Zoothérapie évoque 40% de réforme avant la fin de la formation. Egalement, un chien peut être réformé après cette formation.

Il s'agit ici d'un exemple, avec une école de formation. Il est important de rappeler qu'aucune structure ne régit actuellement les formations de chiens de médiation thérapeutique.

d) Les objectifs

i) Objectifs thérapeutiques :

- Valoriser la personne (le chien obéit aux ordres simples)
- Se projeter dans un avenir proche en programmant la prochaine séance avec le chien
- Permettre de vérifier les capacités d'orientation, d'adaptation à l'extérieur du service
- Apprendre ou réapprendre le comportement adapté face à l'imprévu, face à la présence du chien
- Permettre un type de relation sensorielle avec l'animal
- Responsabiliser (tenir le chien en laisse, être « responsable » du chien)
- Diminuer le stress, évacuer l'angoisse car le chien est facteur d'apaisement
- Eliminer une énergie pouvant se transformer en agressivité par l'effet modérateur du chien

ii) Objectifs physiques :

- Combattre la sédentarité, le surpoids, la constipation, le déficit musculaire et articulaire
- Se réadapter à l'effort.

iii) Objectifs sociaux et relationnels :

- Enrayer le processus d'isolement, de repli sur soi
- S'habiller, pour les patients en tenue d'hôpital
- Faciliter l'intégration dans le groupe, celle-ci l'étant par la présence du chien
- Nouer des contacts, rencontrer et côtoyer d'autres personnes du groupe ou de l'extérieur
- S'adapter à la vie sociale
- Donner son avis, effectuer un choix

iv) Objectifs éducatifs et intellectuels :

- Découvrir et investir un nouvel environnement
- Découvrir le comportement du chien, observer ses réactions, élargir ses connaissances, éveiller l'intérêt
- Respecter le chien

v) Bénéfices recherchés :

- L'activité suscite l'intérêt du patient du fait qu'il s'agit d'une activité « animée »
- La relation patient-chien, diffère de la relation patient-soignant car elle est basée sur le non-verbal
- Le chien facilite l'entrée en relation car il est en perpétuelle recherche de contact. Il crée ainsi un climat sécurisant
- Le chien favorise d'autant plus la rencontre par l'élan affectif qu'il suscite chez le patient et parce qu'il démystifie le soignant. La personne soignée est alors plus apte à

se dévoiler, à se livrer, à se confier. L'animal est médiateur dans la relation thérapeutique, il n'est ni un médicament, ni un thérapeute

- Le chien participe activement au bon rétablissement des besoins fondamentaux (Virginia HENDERSON⁶⁰, infirmière) qui seraient perturbés tant dans une dimension biophysique que psychologique et/ou socio-culturelle. De ce fait, il contribue, d'une certaine manière, à l'amélioration de l'état du patient
- D'autres aspects positifs sont à noter tels que l'utilité de l'animal dans le développement psychoaffectif, le développement des relations avec autrui et du sentiment de responsabilité, la rupture avec l'ennui, le soutien qu'il procure en tant qu'ami et confident
- Pour les personnes à mobilité réduite, le fait d'introduire un animal dans leur environnement proche va déclencher chez eux des mouvements spontanés.

e) Les apports et les limites

Les moyens mis en œuvre sont de deux ordres :

- *Psychiques* : la parole, le discours, le sens, le partage émotionnel, l'expérience vécue, le transfert, le désir...
- *Corporels* : la sensation, le mouvement, la communication non-verbale, l'expression gestuelle...

On peut ainsi regrouper les apports de la thérapie à médiation animale en cinq catégories :

- *L'autonomie psychique* : choisir l'activité, choisir l'ordre, sélectionner un jeu...
- *L'amélioration du contexte psycho-social* : par l'effet groupe, par contact favorisé avec autrui dans le parc de la structure médico-sociale, sur l'extérieur lors des sorties natures...

⁶⁰ HENDERSON, V. (1994). *La nature des soins infirmiers (traduction de l'édition américaine The Principles and Practice of Nursing)*. InterEditions, Paris.

- *Le bien-être psychologique* : par la présence d'un confident qui ne juge pas la personne, ne la considère pas comme « différent » du fait de son handicap, et qui lui témoigne de l'affection
- *L'amélioration de certaines capacités* : par la motivation accrue pour agir, toiletter, se déplacer... Pour et avec le chien
- *La sécurité* : l'inconscient collectif représente encore le chien comme un gardien, de troupeau ou de famille, capable d'alerter d'un danger. Sa seule présence apaise le sentiment d'insécurité de nos patients les plus persécutés.

Néanmoins, le soin par contact animalier ne parvient pas à convaincre nombre de chercheurs et de médecins qui assimilent son impact positif à un effet placebo. Les travaux de recherche tendant à démontrer ses bénéfices thérapeutiques restent controversés, notamment parce qu'ils sont en grande partie financés par l'industrie des animaux de compagnie, en particulier par les fabricants d'aliments.

En quête d'objectivité scientifique, l'éthologue Alan BECK et le psychiatre Aaron KATCHER⁶¹ militent pour un modèle de recherche « pharmacologique » axé sur les effets physiologiques plutôt que sur les effets psychologiques. Comme pour expérimenter des médicaments, l'efficacité des animaux doit être testée, à travers des méthodologies expérimentales et l'utilisation systématique de la statistique comme outil d'administration de la preuve.

Par exemple, dans le cas d'une recherche expérimentale, on place trois patients dans des situations différentes, exemple une activité de lecture, un jeu et un atelier avec un animal. On les « monitore », on prend leur tension et autres constantes et on voit dans quelle situation ils se portent le mieux. La recherche peut être aussi épidémiologique : on observe les effets d'un animal de compagnie sur la santé d'une cohorte de patients. Même s'il se veut scientifiquement le plus valide, ce modèle, dominant aujourd'hui, ne permet pas d'expliquer, lorsqu'il est observé, l'impact positif de la présence animale sur la santé.

⁶¹ BECK, A. M., KATCHER, A. H. (1984). *A new look at pet-facilitated therapy* - Journal of the American Veterinary Medical Association, n°184, p. 414-421.

Après une quarantaine d'années de recherches, une question se pose : peut-on vraiment appréhender les effets bénéfiques de la relation à l'animal à travers des outils scientifiques ? L'anthropologue belge Véronique SERVAIS⁶² s'interroge à l'issue d'un programme de recherche visant à évaluer la portée thérapeutique de la relation entre les enfants autistes et des dauphins. La première phase, aux résultats très positifs, les enfants ayant fait d'énormes progrès cognitifs au contact des dauphins, avait interrogé l'équipe : les chercheurs n'avaient-ils pas influencé ces résultats en projetant leur propre enthousiasme pour cette relation qualifiée de « magique » entre enfants autistes et dauphins ?

Une deuxième expérimentation a alors été lancée, en veillant à éviter tout ce qui aurait pu être interprété comme des signes d'encouragement vis-à-vis des enfants pour qu'ils s'intéressent aux dauphins. Les résultats se sont révélés très négatifs : les enfants n'ont dans ce cas réalisé aucun progrès.

« Il est illusoire de vouloir rechercher dans l'animal lui-même quelque caractéristique qui expliquerait son influence thérapeutique » analyse Véronique SERVAIS⁶². « Ce qui est thérapeutique est bien davantage le contexte, ainsi que la possibilité qui est laissée au patient, et au thérapeute, de construire, autour de l'animal, de nouvelles réalités ». La clé de l'énigme se trouverait donc du côté de la perception de l'animal et de la relation qu'il suscite, de la part des patients, mais aussi des soignants.

f) Risques

Le risque zéro n'existe pas, la prévention des risques reste la meilleure des méthodes à utiliser, et ce, quel que soit le domaine d'application.

- Concernant les risques de morsures, griffures, chutes et bruits, ceux-ci sont très largement réduits par le simple fait que l'animal a reçu une éducation et une socialisation sérieuses et adaptées dès son plus jeune âge

⁶² SERVAIS, V. (2007). *La relation Homme-animal* - Enfance & Psy, n°35 - ERES.

- Pour ce qui est de la cynophobie, la solution consiste en l'évitement de l'animal. D'autant plus que ces activités seront réalisées avec l'aval du médecin et avec l'accord du patient
- En ce qui concerne les allergies, le chien n'est que peu (ou pas, selon les versions) porteur d'allergènes, contrairement au chat ou à l'oiseau
- Pour d'évidentes raisons de sécurité, le chien ne sera jamais laissé seul avec un patient
- Des tests d'aptitude sur le chien seront effectués par des moniteurs canins diplômés une fois par an
- Un contrôle vétérinaire initial sera effectué avant de commencer l'activité, puis de façon annuelle, en même temps que la visite pour les vaccinations. Ces contrôles permettent de vérifier l'aptitude du chien pour l'activité, un peu comme la médecine du travail pour nous, agents hospitaliers.

g) Législation et protection de l'animal

- Article 47 du Décret 74-27 du 14 janvier 1974⁶³ qui interdisait l'introduction des animaux domestiques dans l'enceinte des hôpitaux a été abrogée par le Décret 2003-462 du 21 mai 2003⁶⁴. Ce n'est donc plus interdit
- Il existe des hôpitaux dans lesquels des équipes utilisaient, même avant l'abrogation de 2003, et qui utilisent toujours des animaux au sein même de leurs services. Exemple en rééducation au CHU de Clermont-Ferrand (Service du Dr Didier VERNAY⁹), du parc à daims du CHS Le Vinatier (suite à un don du Parc de la Tête d'Or en 1965)
- Concernant l'accréditation, l'animal n'est pas un obstacle à son obtention du moment que les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées
- Concernant plus spécialement le chien, les chiens de 1^{ère} et 2^{ème} catégories ne seront pas utilisés. Uniquement pour des raisons réglementaires et nullement à cause de leur « dangerosité » qui n'est pas avérée. Pour information, en France, les chiens occasionnant le plus grand nombre de morsures sont les Labradors et les Golden Retrievers

⁶³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062174&dateTexte=20030526>

⁶⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005634428> VALENTIN
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Enfin, le chien, en tant « qu'outil thérapeutique », fait qu'il est pris en charge par l'assurance de l'hôpital au cas où il y créerait un dommage (responsabilité civile du CHS). Dans le cas où le chien serait victime d'un dommage du fait d'un patient, c'est la responsabilité civile de celui-ci qui serait engagée, l'hôpital se retournerait donc contre lui.

h) Hygiène et sécurité

- La psychiatrie se trouve en zone 2. Les zones 1 et 2 peuvent être assimilées à un niveau d'hygiène équivalent à celui des lieux recevant du public, comme les bureaux, les halls, les consultations extérieures... Les risques, de ce côté, sont donc minimes.
- La prévention de la transmission des zoonoses repose essentiellement sur un bon état sanitaire de l'animal : propreté, brossage régulier, vaccinations, vermifugations, prévention par pulvérisations ou pipettes contre les parasites externes, contrôle annuel par un vétérinaire... Le maître du chien se porte garant de l'état sanitaire de son animal.
- La transmission des maladies interhumaines par l'animal en tant que vecteur peut être évitée par un lavage des mains avant et après contact avec celui-ci. Des protections à usage unique peuvent aussi être envisagées selon le cas de figure.
- D'un point de vue vétérinaire, il ne semble pas que l'animal ait à souffrir de risques de transmission de maladies, hormis peut-être la tuberculose.
- Les déjections relèvent de l'éducation de l'animal, mais aussi et surtout de son maître. Il est facile de lui faire faire ses besoins avant une activité ou à des heures régulières en prenant soin de ramasser les « traces » du passage.
- Les chiens ne seront pas employés s'ils sont malades. De même que les chiennes ne seront pas utilisées durant leurs périodes de chaleurs.

- Les chiens utilisés pour cette activité sont socialisés et éduqués dès leur plus jeune âge par des moniteurs en club canin ou par un éducateur canin professionnel.
- Leurs maîtres, quant à eux, sont à même de comprendre le langage non verbal de leur animal et ainsi de pouvoir analyser leur comportement. Ils sont garants de la sécurité lors des activités, ainsi que du respect des règles d'hygiène et de l'animal. Il veillera à son bien-être, à sa bientraitance et à ses nécessaires périodes de repos du fait de son action « d'éponge affective ».
- Son maître devra être titulaire d'une formation spécifique autour de la thérapie à médiation animale. Il devra aussi apprendre les bases de l'éthologie canine afin de ne pas commettre d'erreur.
- Dans les services, les chiens n'auront pas accès à la salle de soins ni au réfectoire pendant les repas ou la préparation de ceux-ci.

i) Coût

- L'activité de médiation animale étant définie comme un soin, l'intervenant du groupe travaille avec sa propre trame de service. L'horaire de fin d'activité peut varier dans un sens comme dans l'autre en fonction de la météo, de la participation, de l'aide apportée par l'équipe...
- L'achat du chien, les tests d'aptitude et d'éducation seront pris en charge par le CHS
- Les frais vétérinaires courants, d'entretien et d'alimentation sont à la charge du CHS
- Nous avons déjà évoqué les apports des aides financières
- Formation des intervenants, pris en charge par le pôle formation continue
- Mise à disposition d'un local pour les activités en salle et le repos du chien
- Mise à disposition d'un véhicule de secteur pour les sorties « nature ».

B) Population concernée

Le soignant zoothérapeute évalue les capacités motrices, sensibles, cognitives de son patient et s'intéresse à son projet de vie de façon à définir ses besoins. En fonction des besoins repérés, le soignant établira son plan de traitement reprenant ses objectifs de prise en charge et les moyens signifiants et significatifs pour le patient. La pathologie de l'individu n'a pas de place prépondérante dans la définition du plan de traitement. Seul son caractère évolutif ou non est vraiment indispensable à prendre en compte.

Les indications d'une thérapie à médiation animale se feront donc en fonction des besoins et non en fonction de la pathologie :

- Patients en situation de handicap psychique et de souffrance morale
- Patients en situation de handicap physique
- Patients en situation de perte d'autonomie
- Patients en situation d'isolement et d'insécurité.

a) Patients en situation de handicap psychique

Cette catégorie concerne les patients en situation de handicap psychique dans un premier temps, par maladie psychiatrique ou par souffrance morale, par la composante anxio-dépressive de nombre de maladies psychiques, ou par l'annonce d'une maladie chronique, de soins longs, d'une rechute, ou encore du sentiment d'exclusion majoré par des hospitalisations à répétition ou d'une invalidité.

Sont considérés également les patients en situation d'incapacités cognitives, par processus démentiel ou induit par la maladie psychiatrique.

Le soignant est attentif et favorise la relation par ses capacités d'écoute. Mais la présence d'un médium animal réduit le sentiment d'assistance et de jugement.

Le chien n'émet pas de jugement, accepte le patient tel quel et ne fait pas cas de son handicap. On peut envisager une thérapie à médiation animale où la simple présence de l'animal pourrait améliorer l'humeur du patient, au moins momentanément. Cela

s'explique par les mêmes caractéristiques que précédemment : l'absence de jugement de l'animal, la relation qui s'installe en dehors de la parole et l'adaptation dont fait preuve l'animal.

Dans le champ de la **rééducation**, il s'agit essentiellement de travailler le langage, l'élocution. La thérapie à médiation animale instaure un dialogue avec l'animal, par des ordres simples, des compliments, entretient l'envie et le dépassement de soi.

Dans le champ de la **réadaptation**, la thérapie à médiation animale sollicite les fonctions cognitives du patient, le chien stimule les capacités relationnelles.

b) Patients en situation de handicap physique

Dans cette catégorie, sont intégrés les patients souffrant d'incapacités motrices. Les exemples ne sont pas détaillés puisque l'activité mise en place dépendra nécessairement des objectifs de rééducation fixés par le kinésithérapeute et/ou l'ergothérapeute. Ainsi, les conditions d'exercice et les situations à éviter sont à définir de façon similaire aux activités plus classiques.

Le soignant propose des activités de rééducation en lien avec les objectifs, les besoins et les possibilités du patient pour favoriser une récupération optimale ou du moins un maintien des capacités.

Dans le champ de la **rééducation**, la mise en place d'une thérapie à médiation animale peut permettre une sollicitation différente et moins perçue de certaines capacités motrices, comme la déambulation, la motricité des membres supérieurs...

Dans le champ de la **réadaptation**, l'exercice avec le chien sollicite la motricité, ainsi la sensibilité au toucher et à la proprioception.

Dans le champ de la **réinsertion**, de part sa fonction d'autonomisation, le chien en thérapie à médiation peut être l'outil d'apprentissage de certains actes de la vie

quotidienne. La médiation peut ainsi favoriser l'insertion dans des domaines de la vie courante ne nécessitant pas forcément l'entourage.

c) Patients en situation de perte d'autonomie

Dans cette catégorie, sont intégrés les patients possédant un niveau d'autonomie diminué du fait d'une pathologie innée ou acquise, de mécanisme physique ou psychique. On pense aux infirmités motrices cérébrales, les inhibitions motrices par processus intrapsychiques, ou même encore les tentatives de suicides, en complément bien évidemment de la rééducation physique classique.

Dans le champ de la **rééducation**, il s'agit de proposer une activité autour du chien favorisant un gain ou un maintien d'autonomie. Par exemple, concernant la déambulation lors de la promenade du chien ou de la motricité d'un membre supérieur par le toilettage. Mais aussi la mémoire, en impliquant le patient dans l'emploi du temps du chien, ou encore la sensibilité superficielle avec les caresses de son pelage.

La mise en place de ce type d'activité peut aussi participer d'une certaine façon à la rééducation en poursuivant les sollicitations motrices, sensibles ou cognitives en dehors de séances de rééducation classiques.

Dans le champ de la **réadaptation**, la thérapie à médiation canine est tout indiquée de part ses fonctions de rapport d'objets, de demande de récompenses... De plus, il responsabilise le patient, sollicite les relations, la communication et le langage ainsi que la motricité.

Dans le champ de la **réinsertion**, le chien favorise l'insertion dans tous les domaines en ne sollicitant pas nécessairement l'accompagnement direct d'un soignant de façon systématique.

d) Patients en situation d'isolement et d'insécurité

Dans cette catégorie, sont intégrés les patients en situation de repli, par processus dépressif, par vécu persécutoire, ou simplement par syndrome de glissement et peur de la chute.

La thérapie animale accompagne ainsi la réflexion du patient vers un avenir, professionnel, social... en dehors de l'institution.

Dans le champ de la **rééducation**, la thérapie animale peut être utilisée essentiellement pour améliorer ou maintenir la déambulation, l'équilibre debout et/ou assis, afin de limiter les risques de chutes et diminuer la peur.

Dans le champ de la **réadaptation**, le chien est utilisé afin de sécuriser le patient, le rassurer vis-à-vis du risque qu'est la sortie de la zone de confort.

Dans le champ de la **réinsertion**, la présence du chien stimule la curiosité, crée l'envie, permet le dépassement de la crainte et de la peur, d' « oser ».

Nous venons de voir que les apports de la thérapie animale sont vastes et sont en résonance avec les axes de la prise en charge en institution psychiatrique. Le soignant se positionne en préconisateur de cet « outil thérapeutique vivant » qu'est le chien. Il est donc tout à fait adapté de penser que la présence du chien comme « objet de médiation » soit pertinente dans le parcours de soin du patient psychiatrique.

Cette activité s'inscrit dans la prise en charge globale du patient. Elle est particulièrement indiquée pour les patients ne pouvant quitter l'unité de soins.

Cette activité est adressée aux patients déstructurés, de pathologies diverses et pour lesquels les sorties « seul » dans le parc sont déconseillées ou contre-indiquées. Le patient doit accepter la présence du chien. Le soignant peut réfuter la participation d'un patient s'il juge son état incompatible avec l'activité.

L'activité en extérieur n'est pas indiquée pour les patients ayant de lourds antécédents somatiques, notamment cardiaques et respiratoires, ainsi que de trop importants problèmes psychomoteurs.

Cette activité est destinée aux personnes fragiles, avec des pathologies diverses, nécessitant des activités socio-thérapeutiques ouvrant sur l'extérieur.

Ce type de soin trouve également un sens pour les patients n'ayant pas les possibilités psychiques, familiales ou matérielles pour bénéficier de sorties seuls dans le parc, ou de permissions de sortie.

Cette activité incluant le binôme « soignant-chien », il est nécessaire d'obtenir l'accord de tous les patients quant à la présence de l'animal.

C) Axes de réflexion

La volonté d'approfondir et d'élargir le soin psychique en France est forte. Des recommandations en termes de thérapeutiques médicamenteuses, de cadres de soin sont faites aux médecins et aux différents intervenants du secteur psychiatrique. Ces recommandations s'appuient sur des méthodes validées.

Les thérapies à médiation sont relativement récentes dans le champ thérapeutique français. Les soignants sont bien conscients de leurs apports, mais pourtant, peu d'écrits, peu d'études en font référence.

Les thérapies à médiation animale, plus récentes encore, sont soumises à des réflexions de l'ordre de l'imaginaire, du fantasme.

Cette situation paradoxale m'interpelle, et m'indique d'explorer cette méthode de soin au plus proche des soignants qui la pratique afin d'étudier cette approche, d'en comprendre les enjeux sur un plan pratique, les apports, mais aussi les difficultés rencontrées par les professionnels de santé afin d'en définir une cohérence et une analyse globale de cet outil de soin.

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la clinique et la science. Elle s'intéresse particulièrement aux déterminants du vécu des acteurs, il s'agit de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Une approche qualitative complémentaire, en donnant la parole aux soignants sur ce sujet, permet l'expression de leurs vécus et de leurs représentations de cette prise en charge.

Cette recherche a pour objectif d'explorer le vécu et les représentations des soignants en thérapie à médiation animale, ainsi que les bénéfices cliniques sur le patient. Nous pourrions ainsi mieux comprendre la réalité de cette pratique et les éventuels apports et projections qu'elle peut emmener.

Elle permettra d'approfondir la compréhension de la thérapie à médiation animale, d'en explorer les limites et d'en définir des pistes de travail et d'objectifs de soin.

IV) EXPERIMENTATION

Dans cette première partie, nous avons présenté les différents concepts qui régissent actuellement le domaine de la relation Homme-animal. Nous avons aussi vu que cette relation particulière semble pouvoir s'intégrer à la pratique professionnelle du soignant en milieu psychiatrique, même s'il conviendrait d'effectuer une recherche approfondie pour l'ensemble des champs d'exercice professionnel, des activités réalisables et des animaux utilisables dans ce type d'activités.

Ensuite, nous avons détaillé les caractéristiques des thérapies à médiation animale et leur lien avec les thérapies groupales et plus globalement les thérapies à médiation en psychiatrie. Après quoi, nous nous sommes intéressés à la prise en charge du côté du soin de la population concernée du point de vue des besoins que sont l'autonomie physique et psychique, la sécurité, le contexte psychosocial, le bien-être psychologique et les capacités motrices et/ou cognitives. Nous avons, dans cette partie, montré l'intégration possible du chien comme soutien, alternative ou renforcement de la prise en charge institutionnelle.

Maintenant que nous savons que la relation spécifique qui allie le patient au chien, par médiation soignante présente des apports non négligeables en lien avec la prise en charge médicale, et que nous sommes plus au clair sur les notions de *santé* et de *handicap*, nous pouvons nous demander comment l'amélioration de l'état de santé du patient par cette médiation particulière est repérable et potentiellement évaluable par le soignant.

Cette remarque me permet de faire une hypothèse, que je construis par cheminement après l'éclairage fait à partir du cadre théorique étudié précédemment.

1) Hypothèses/problématique

La médiation animale est susceptible d'apporter une plus-value aux soignants, dans la prise en charge souvent difficile de la schizophrénie, pour plusieurs raisons :

- Le chien en tant que facilitateur de relations sociales, pourrait améliorer la relation soignant-soigné au sein de l'activité de médiation.
- La technique de la médiation animale ancre le patient dans la réalité : l'animal fait prendre conscience de l'autre, et permettrait ainsi au patient d'être plus adapté. Le soignant pourrait noter sur le plan affectif une diminution de l'hermétisme et l'expression de ses émotions serait plus cohérente et adéquate.
- De part la nature joueuse du chien, le patient retrouverait le plaisir du jeu, qui fait souvent défaut à celui qui s'est progressivement replié sur lui-même.
- L'attitude neutre et non jugeante du chien, augmenterait la confiance du patient envers l'animal et pourrait ensuite transposer cette confiance au soignant.
- Le chien, par son caractère stimulant peut emmener le patient schizophrène à rompre avec son hermétisme pendant la séance et pourrait l'aider à s'investir dans les autres activités du service, ou dans la vie quotidienne (l'apragmatisme et l'anhédonie schizophrénique pouvant entraîner un échec de la prise en charge de la personne soignée, et engendrer la démotivation du soignant).
- Enfin puisque cette activité de médiation ludique ne demande aucune aptitude particulière du patient, cela supprimerait le sentiment d'échec et favoriserait l'adaptation et l'adhésion de celui-ci au sein de l'activité.

Selon ces différentes réflexions, j'en arrive au questionnement suivant :

« Les capacités comportementales et affectives dont font preuve les patients schizophrènes dans l'activité de thérapie à médiation canine sont-elles le reflet d'une amélioration de leur état de santé à court et long terme ? »

2) Méthode

a) Choix de l'outil, recueil de données : l'entretien semi-directif

Il s'agit de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de réflexion. Pour ce faire, j'ai pris la décision de réaliser une enquête. J'ai choisi comme outil d'enquête l'entretien individuel car il s'avère que c'est le plus adapté pour ce travail d'ordre qualitatif.

Au regard de ma question de départ, un guide d'entretien m'a paru plus judicieux que l'utilisation d'un questionnaire ou d'une grille d'observation.

Un questionnaire ne m'aurait pas permis d'utiliser des questions ouvertes. Or, mes objectifs de recherche relèvent du subjectif et du vécu individuel de chaque soignant, et c'est ce que je tente d'analyser dans cette expérimentation.

Ces notions rendent l'utilisation de questions fermées difficile voire impossible.

L'enquête devait rester pour moi qualitative.

Une grille d'observation quant à elle, aurait pu être intéressante au regard de ma question de départ, seulement, elle aurait nécessité beaucoup de temps pour pouvoir observer, beaucoup d'intervenants à interroger, ce qui n'est pas le but de ce travail de recherche.

En effet, j'attends des soignants qu'ils me fassent part de leur vécu et de leurs expériences personnelles. A l'aide de questions semi directives, je pourrai ainsi laisser les personnes interrogées s'exprimer de manière subjective sur le sujet. Un questionnaire me semble moins judicieux car trop restrictif et pas assez individualisé.

Afin d'analyser le plus objectivement et le plus précisément possible les entretiens, ceux-ci seront enregistrés avec l'accord des personnes interrogées.

La durée moyenne totale de chaque entretien sera de 15 minutes environ.

J'effectuerai deux entretiens tests, d'une part pour être certaine qu'il s'agisse de l'outil adapté au recueil des informations recherchées, et d'autre part pour tester la compréhension des questions.

b) Echantillon

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions et des comportements était recherchée.

Les deux genres devaient être représentés : hommes et femmes.

La médiation animale étant ouverte, nous l'avons vu, à différents corps de métier, nous nous intéressons ici à la dimension thérapeutique de la pratique. Seront interrogés uniquement des médecins et des infirmiers formés à la zoothérapie.

Les soignants sélectionnés devront travailler avec des patients schizophrènes adultes, majeurs. Il n'y a pas d'âge limite.

La formation initiale émanant de centres indépendants, et la zoothérapie n'étant pas soumise en France à un diplôme d'état, seule la formation « *d'intervenant professionnel en médiation par l'animal en milieu psychiatrique* » sera nécessaire et suffisante à l'inclusion.

Les personnes interrogées travailleront exclusivement dans le département du Rhône.

Le lieu d'exercice peut influencer les résultats dans la mesure où le secteur extra-hospitalier regroupe des patients stabilisés là où le secteur intra-hospitalier travaille, en règle générale, avec des patients plus symptomatiques et dépendants, voire institutionnalisés. Les questions tenteront de gommer cette différence, mais ce paramètre d'exercice devra être pris en compte dans l'analyse des résultats.

La taille de l'échantillon étant restreinte, l'âge des soignants retenus, leurs années d'expérience en milieu psychiatrique, ainsi que la date d'obtention du diplôme de zoothérapeute ne seront pas pris en compte dans l'analyse des données.

La taille de l'échantillon a été estimée dès le début de l'enquête, puis déterminée par la saturation des données.

La population cible de cette enquête est donc celle de soignants, médecins psychiatres ou infirmiers, exerçant en secteur psychiatrique intra- ou extra-hospitalier dans le département du Rhône, qui prennent en charge des patients schizophrènes en phase de stabilisation, et qui leur proposent une activité thérapeutique à médiation par le chien.

L'activité thérapeutique à médiation par le chien étant peu répandue dans le département du Rhône, les soignants interrogés seront cynothérapeutes ou équithérapeutes.

Seront exclus les soignants zoothérapeutes ne travaillant ni avec les chiens, ni avec les chevaux, exerçant dans un autre département que le Rhône, ainsi que les soignants n'ayant aucune expérience dans le milieu psychiatrique, et n'ayant donc jamais travaillé avec des patients schizophrènes.

Mon terrain d'enquête est donc ciblé, mais diversifié.

c) Inclusion

Les professionnels de santé susceptibles de participer à l'enquête ont été identifiés dans le département du Rhône et des données de l'annuaire des Pages Jaunes. Ils ont été recrutés lors d'un entretien téléphonique. Un rendez-vous était convenu, l'enquêtrice proposait de se déplacer dans le lieu et aux horaires les plus pratiques pour le professionnel.

L'inclusion des soignants a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de contrôler la répartition des professionnels au sein de chaque classe des variables prédéfinies.

Le premier soignant interrogé a été recruté par mode d'accès direct, étant le collègue animant le groupe « chiens visiteurs » du Centre Hospitalier Spécialisé de St-Cyr-Au-Mont-d'Or.

d) Elaboration du guide d'entretien : objectifs et contenus des entretiens

J'ai choisi d'élaborer mon guide d'entretien selon des objectifs de recherche précis. C'est ainsi que j'ai tout d'abord considéré que la première question devait intégrer l'idée globale de thérapie à médiation animale.

L'entretien comportera 3 questions, avec pour 2 d'entre elles des sous-questions visant à augmenter la précision des réponses, notamment de se concentrer sur le chien comme médiateur.

Les objectifs pour chacune des questions sont :

- Pour commencer, une question vaste, ayant pour objectif d'évaluer la vision des différents soignants concernant la médiation par l'animal :
« Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène ? »
- Mon travail étant axé plus particulièrement sur le chien, il est important d'avoir l'opinion précise des soignants, et notamment des équitérapeutes sur ce médiateur :
« Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »
- A l'aide de la deuxième question, j'attends que les soignants mettent en évidence des différences sur les comportements du patient schizophrène au sein d'une thérapie à médiation animale par rapport à une autre thérapie à médiation :

« Quels sont les comportements que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

- A nouveau, il me faut un avis des soignants équitérapeutes concernant le chien médiateur :

« En serait-il de même si le médiateur était un chien ? »

- La troisième question cherchera à répondre à ma problématique de recherche. A savoir si les capacités mises en évidence par le patient schizophrène dans cette activité de médiation, peuvent être identifiables par les soignants dans un contexte de soins différent, et donc être à l'origine d'une amélioration de son état de santé :
« Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

e) Collecte de l'information

Au début de chaque entretien, l'enquêtrice se présentait de la façon suivante :

« Bonjour, je vous remercie de me recevoir. Je suis médecin généraliste en poste hospitalier. Je fais actuellement ma thèse à Lyon. Le but est d'essayer d'analyser la pratique professionnelle de la thérapie à médiation animale. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme ».

L'accord des soignants participants était recueilli oralement avant de débiter chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés intégralement. Les informations complémentaires étaient notées manuellement (âge, sexe, statut professionnel, année de formation). Il était enfin demandé au soignant s'il avait des remarques à faire sur le déroulement de l'entretien.

La transcription en verbatim était réalisée à la suite de l'entretien, elle était fidèle à l'enregistrement, mot-à-mot.

L'inclusion de nouveaux soignants s'est interrompue à la saturation des données, tout nouvel entretien n'apportant pas de concept supplémentaire à ceux qui avaient été recueillis lors des analyses précédentes.

f) Les entretiens

i) Le test

La retranscription *en verbatim* des deux premiers entretiens effectuée et ayant une fonction de test est disponible en annexe. Il m'a permis d'évaluer la compréhension globale de mes questions. Et m'a amenée à effectuer des réajustements et à préciser le sens de mes questions.

Tout d'abord, mon sujet de recherche portant sur les objectifs *thérapeutiques* de la médiation animale, ce versant de la médiation n'était pas suffisamment mis en avant dans la question de départ, j'ai reprécisé la question.

Ensuite, pour la deuxième question, la notion de « *comportement* » occultait la dimension affective de l'observation clinique du patient, j'ai donc réintroduit les termes de « *manifestations affectives* » dans la question.

L'objectif du guide d'entretien étant justement de recueillir des réponses ouvertes, la question 2b) pouvait également prêter à confusion quant à la réponse et risquait d'amener à une réponse trop succincte, je l'ai reformulée.

Enfin, je me suis rendue compte que les réponses des différents soignants, en fonction de leur statut d'intra-hospitalier ou d'extra-hospitalier, pourraient diverger, voire s'opposer concernant la pathologie schizophrénique. Les soignants de l'intra-hospitalier ont le plus souvent en prise en charge des patients en crise et non stabilisés. Ce qui pourraient biaiser les résultats si les soins ne sont pas assurés dans des conditions particulières. La première question introduira donc d'emblée la notion de « *schizophrène en phase de stabilisation* ». Les différentes réponses pourront ainsi être superposables.

ii) Méthode d'analyse

Chacun des douze entretiens est unique, comme l'est chacun des soignants qui a accepté d'y participer. Le but de cette analyse n'est donc pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque soignant vis-à-vis de la thérapie à médiation animale. Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

Le processus d'analyse a commencé dès le premier entretien, et s'est poursuivi après chaque nouveau recueil de données. L'analyse s'est basée sur le verbatim retranscrit et sur l'enregistrement audio des entretiens.

Une analyse thématique a été réalisée à partir de cette base de données. Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thématiques qui ont ensuite été divisées en sous catégories.

Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques. Ce qui a permis de l'étoffer.

Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie « résultats ».

3) Résultats

a) Description de la population

L'inclusion des soignants et la réalisation des entretiens ont eu lieu de septembre 2015 à avril 2016.

Les entretiens ont été menés auprès de 12 professionnels de santé exerçant dans le département du Rhône exclusivement. La zone d'exercice n'a pas été étudiée.

Parmi ces professionnels de santé, on retrouvait 3 médecins et 9 infirmiers, dont un seul infirmier de secteur psychiatrique (ISP), soit 75% d'infirmiers. Les 3 médecins étaient psychiatres.

3 soignants travaillaient exclusivement en secteur intra-hospitalier, 5 en alternance sur les deux, 3 exclusivement en secteur extra-hospitalier. 1 médecin travaillait la médiation animale exclusivement en intra-hospitalier, 2 en alternance sur les deux secteurs d'exercice.

Sur douze personnes interrogées, on avait 10 femmes et 2 hommes, soit 83% de femmes. Les 3 médecins inclus étaient des femmes.

L'âge moyen des participants était de 35 ans, avec des âges extrêmes de 26 à 60 ans.

La durée totale de l'enregistrement est de trois heures et quarante minutes. La retranscription intégrale en verbatim est en annexe.

b) La synthèse détaillée des entretiens

Les opinions et les représentations des personnels soignants interrogés à propos de leur pratique sont présentés dans six chapitres distincts.

Les thèmes abordés successivement sont :

- L'avis global et spontané concernant la thérapie à médiation animale.
- L'intérêt spécifique de la thérapie à médiation animale dans le cadre de la schizophrénie en phase de stabilisation.
- L'avis global, théorique ou empirique sur l'utilisation spécifique du chien comme médiateur.
- Les aspects comportementaux et affectifs observés lors de l'activité.
- Les bénéfices cliniques observés en terme de lien à l'autre à distance de l'activité.

- Les effets négatifs, voire délétères de la thérapie à médiation animale.

Les propos des soignants sont cités entre guillemets, en italique.

i) L'avis global et spontané concernant la thérapie à médiation animale :

Il s'agit dans ce chapitre de sonder les représentations individuelles de chaque soignant interrogé au sujet de la thérapie à médiation animale. En faisant appel à leur formation théorique dans un premier temps, mais aussi surtout à leur avis personnel empirique concernant cette pratique. Il s'agit d'un retour d'expérience.

Tout d'abord, il est flagrant de constater l'évidence pour les personnes interrogées, que la thérapie à médiation animale représente un « *soin* » à part entière. Cette notion n'est à aucun moment discutée ou même remise en question. Nous sommes ainsi dans le cadre du « *soin psychique* ».

L'idée que la thérapie à médiation animale ne doit pas uniquement être réservée au domaine de la psychiatrie revient à plusieurs reprises.

Enfin, toujours dans le domaine du soin psychique, cette technique est validée par les intervenants la pratiquant, comme un « *complément* » aux autres soins scientifiquement validés et plus largement répandus.

Cette pratique toucherait d'emblée à la « *dimension affective* » du patient, la composante de l'humeur semble être plus importante et atteinte plus rapidement qu'avec d'autres médiation ou soins.

Cette modalité de soin dénote également par son « *originalité* », éveillant ainsi la « *curiosité* » naturelle de l'Homme. Le soin serait alors une « *alternative aux soins classiques* », souvent connotés d'échecs ou de rechutes par le patient. Il y aurait ainsi « *moins d'appréhension* » à oser ce soin

nouveau. Il y a ainsi l'idée de « *rompre avec la monotonie* » des soins psychiatriques standardisés et de plus en plus protocolisés.

Le travail avec les animaux constituerait aussi une « *épreuve de réalité* » pour le patient qui, confronté à la réalité, n'aurait d'autre choix que d'admettre qu'il en fait partie. Ce qui serait un facteur d' « *adhésion aux soins* », et plus largement permettrait d'atteindre « *l'alliance thérapeutique* ».

L'intérêt serait également de permettre un « *plan de soin* » individuel, avec définition d'objectifs de soins précis et adaptés à chaque patient, permettant aussi l' « *étude comparative* » pour chaque patient de leurs objectifs propres d'une séance à l'autre.

Enfin, la finalité de la médiation animale serait un soin « *sans effet secondaire* », malheureusement bien connus en psychiatrie et source d'opposition aux soins, de mauvaise observance, de ruptures de soins. Et ferait d'elle un bénéfice non négligeable.

ii) L'intérêt spécifique de la thérapie à médiation animale dans le cadre de la schizophrénie en phase de stabilisation :

Nous constatons en premier lieu que le patient schizophrène n'est pas le plus représenté dans les patients indiqués en thérapie à médiation animale, de par leur instabilité psychique, leur déni souvent, et leur difficulté à entrer en relation avec l'autre.

C'est d'ailleurs l'intérêt principal retenu lors des entretiens. La thérapie à médiation animale permettrait de lutter contre le « *repli autistique* », symptôme bien connu de la schizophrénie, et appartenant à la triade diagnostique. Symptôme aussi délicat à prendre en charge, ne répondant pas au traitement médicamenteux.

Ainsi, la pratique de la médiation animale faciliterait les « *interactions sociales* », mais nous en reparlerons dans le chapitre sur le lien à l'autre.

Le travail avec l'animal, appartenant au « *règne du vivant* » permettrait une « *prise de conscience* » de son propre être. Le patient schizophrène serait ainsi en mesure de faire apparaître sa propre condition par contact avec l'animal. Le patient comprenant qu'il a une place auprès de l'animal, et étant reconnu lui aussi en tant qu'être vivant par l'animal, on assisterait à ce que l'on nomme « *l'éclosion de subjectivité* », tel une dialectique du soi.

Le soin en médiation animale serait l'occasion de plus « *d'authenticité* », plus de « *spontanéité* » de la part du patient. Plusieurs soignants parlent de « *comportement adapté* » en présence de l'animal, introduisant les notions de « *normal et de pathologique* » au sein du soin psychique. La notion de « *prise de conscience* » deviendrait aussi prise de conscience de la pathologie, stratégie de soin contre le « *déni* », et améliorerait la « *compliance, l'observance* » du patient auparavant anosognosique.

Enfin, la thérapie à médiation animale serait, pour le patient schizophrène, une façon de « *renouer avec les soins psychiatriques* ».

iii) L'avis global, théorique ou empirique sur l'utilisation spécifique du chien comme médiateur :

Il s'agit dans ce chapitre d'interroger l'intérêt spécifique du chien dans la thérapie à médiation animale. Certains soignants interrogés n'ayant que des connaissances théoriques de par leur formation, mais pas dans leur pratique personnelle. Les avis peuvent tout aussi être supposés ou imaginés, toujours en corrélation avec le soin.

Les avis pouvant aussi être négatifs en évoquant le chien dans les soins psychiques, ceux-ci seront détaillés dans le dernier chapitre concernant les effets négatifs, voire délétères de la thérapie à médiation animale.

La plupart des soignants interrogés évoquent le chien comme étant « *le meilleur ami de l'Homme* ». L'inconscient collectif anime également les patients suivis en psychiatrie, et le chien, au sens « *symbolique* » représente ce lien d'amitié qui unit les vivants.

Le chien est de plus « *moins intrusif que l'Homme* », il permet une autre modalité relationnelle. Il renvoie cette image de « *fidélité* », qui permet la confiance, et « *entretient la motivation* ».

Le chien apparaît plus « *communiquant* » que chez d'autres animaux. Le « *langage non verbal* » est ainsi cité comme étant plus développé que les chevaux par exemple.

Sa taille et ses capacités d'adaptation permettent de l'introduire en milieu institutionnel, ce qui « *désacralise les soins psychiatriques* ». C'est « *le soin qui vient au patient* ».

Enfin, le chien est décrit comme « *non jugeant* », on parle « *d'amour inconditionnel* ». Il y a cette « *reconnaissance* » que le patient peut entrevoir, se sentant reconnu en tant que « *personne* », et non en tant que « *personne malade* ». Il permet une autre dynamique de soins.

iv) Les aspects comportementaux et affectifs observés lors de l'activité :

Il s'agit dans ce chapitre d'évaluer cliniquement les effets de la thérapie à médiation animale par l'observation de deux champs distincts, la sphère comportementale du patient, et sa sphère affective. Et ce, pendant l'activité de médiation animale.

Les soignants interrogés évoquent facilement « *l'accessibilité* » du patient autour de ce soin, ainsi que de leur « *adaptabilité* ». Comportements

difficilement atteignables et repérables au sein du service ou lors d'entretiens psychiatriques.

L'idée « *d'adhésion aux soins* » revient également, l'objectif étant de rendre le patient « *acteur de ses soins* ». Le patient gagnerait en « *responsabilité* » et en « *satisfaction personnelle* », permettant plus de « *spontanéité* ».

L'animal en thérapie à médiation ferait jouer un véritable « *travail d'équipe* ». Il s'agit de l'introduction d'une « *dualité* », ou la « *compétition* » n'a pas sa place.

La « *méfiance* » envers les soins diminuerait. Le patient gagnerait en « *autonomisation* ».

La question interroge également « *l'attrait du vivant* ». Le « *contact physique* » devient alors nécessaire et serait alors plus évident avec un animal.

Enfin, le patient, en mal de défenses, serait alors plus ouvert à des mécanismes du type « *identification projective* », repérables par les soignants, et permettant de retravailler à distance les phénomènes observés lors de la séance. L'attente entre deux séances représente également un travail psychique pour améliorer le « *besoin de satisfaction immédiate* » et renforcer « *la tolérance à la frustration* ».

v) Les bénéfices cliniques observés en termes de lien à l'autre à distance de l'activité :

Il s'agit dans ce chapitre d'étudier les bénéfices apportés par la thérapie à médiation animale dans le rapport du patient à l'autre, c'est-à-dire, l'autre humain, et ce, à distance de la séance de médiation, afin d'évaluer les apports à plus long terme de la pratique.

Nous avons parlé du lien unissant le patient à l'animal lors de la médiation animale. Les soignants interrogés évoquent à distance de l'activité une « *transposition du lien avec l'animal vers l'autre* ». Le patient, en prenant confiance, se voit « *rassuré sur ses capacités relationnelles* ». Le soin par

médiation animale devient alors une « *étape, un palier de décompression* » afin de, le semble-t-il, atteindre la possibilité du lien à l'autre humain. Sur le plan individuel maintenant, la participation à l'activité de médiation peut aussi se voir simplement comme un « *sujet de conversation* » qui, au sein d'un service hospitalier, d'une collectivité, ou d'une famille, constitue « *l'amorce* » permettant l'échange et par extension, le lien.

Cet effet jouerait sur « *l'estime de soi, l'affirmation de soi* », le sentiment « *d'appartenance* », et procure « *l'apaisement des questions existentielles* ». Les soignants évoquent notamment le sentiment de stigmatisation, en tout cas vécu comme tel par les patients par rapport à leur pathologie. Le patient est déclaré « *autonomisé* ». Ce nouvel outil de soin casse l'image de « *l'assistanat véhiculé par la société, les proches* », ou simplement imaginé ou interprété par le patient. Contribuant ainsi à « *l'apaisement* ».

Enfin, et c'est important de le notifier, la reprise de l'activité a posteriori permet la « *verbalisation* », qui suppose « *enclencher le dialogue* ». La présence de l'autre est la condition du dialogue.

vi) Les effets négatifs, voire délétères de la thérapie à médiation animale :

Il s'agit dans ce chapitre d'exposer les éléments négatifs qui ressortent des différents entretiens.

Bien qu'il y en ait peu, il me paraissait judicieux de les mettre en valeur et de les prendre en compte dans l'analyse pour leur donner du sens et éventuellement d'essayer de comprendre comment les améliorer, en ayant toujours dans l'idée l'amélioration de l'état de santé du patient.

Les principales remarques négatives concernent la validité scientifique de la thérapie à médiation animale, par manque de recul et manque de données empiriques. Ainsi, qu'en est-il sur « *le long terme* » ? Et si, mieux-être il y a, qu'en est-il de la « *durabilité* » ?

Un soignant évoque également la part de « *subjectivité* » dans l'évaluation du soin. Comment dépasser la barrière du jugement personnel ?

En spécifiant sur la question du chien, il pourrait effectivement apparaître comme plus « *stimulateur, envahissant* » que d'autres animaux tels que les chevaux.

Ces différents éléments seront pris en compte dans la discussion.

4) Discussion

a) Validité interne

Cette enquête possède certains atouts :

- Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies.
- La saturation des données a pu être obtenue du fait de la taille de l'échantillon.

Ce qui ne doit pas occulter ses faiblesses :

b) Biais internes

Au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, l'enquêtrice ne peut pas vérifier que les personnes interrogées font ou observent réellement ce qu'elles disent.

L'échantillon, bien que diversifié, concerne plusieurs corps de métier, médecins psychiatres et infirmiers en milieu psychiatrique.

La population cible exerce uniquement dans le département du Rhône.

Les différents soignants interrogés ne travaillaient pas tous avec le même outil de médiation, ce qui a obligé les équitérapeutes à transposer leur pratique sur le chien.

Lorsque les professionnels de santé ont été contactés par téléphone, certains n'ont pas souhaité participer à l'enquête (biais de recrutement). Les motifs avancés étaient : un manque de disponibilité pour se prêter à l'enquête, le sentiment de ne pas avoir d'information pertinente à apporter notamment du fait du manque de formation continue dans le domaine de la médiation animale, une appréhension de se trouver en difficulté vis-à-vis des questions.

Le premier soignant interrogé l'a été par collaboration professionnelle. Ce mode d'accès direct présente l'inconvénient d'ajouter à la demande de l'enquêtrice une demande amicale pouvant brouiller le cadre contractuel de la communication.

c) Biais externes

Dans un souci de commodité pour les soignants, et afin de faciliter l'inclusion, le lieu de travail était le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (notamment téléphone, collègues). Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens.

La fatigue liée à l'activité professionnelle a pu influencer certaines réponses, en particulier lorsque l'entretien était réalisé en fin de journée.

d) Biais d'investigation

Lors du recueil de données, l'enquêtrice pouvait interroger l'enquêté d'une manière qui peut influencer son discours. L'enquêtrice, bien que n'étant pas de la même profession que les enquêtés, travaillait dans le domaine psychiatrique également, et animait elle-même un groupe à médiation de type cynothérapie. Ceci a pu faciliter le

dialogue, la connivence, mais aussi provoquer une réticence à se confier, de peur d'être jugé.

L'enquêtrice était le plus souvent plus jeune et moins expérimentée que les enquêtés. Dans certains cas, le soignant interrogé a pris la position de conseil, facilitant peut-être la confiance, mais rendant l'entretien pédagogique.

Le canevas d'entretien a été modifié à la suite des deux entretiens tests, qui ont été intégrés aux résultats d'analyse. Ceci a pu influencer les réponses des deux premiers soignants interrogés.

e) Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par une seule et même enquêtrice. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

5) L'analyse des résultats

Chaque occasion pour le soignant en médiation animale d'aborder sa pratique et les thématiques qui s'y rapportent est unique. Chaque intervenant a ses propres particularités. Chaque patient, de part son parcours de soins, ses caractéristiques personnelles, ses motivations, son entourage... est lui aussi singulier. Le soignant, de par sa relation particulière avec son patient, son vécu, ses connaissances, son expérience... repère des choses différentes, mais pour autant communes, qu'il était intéressant de rassembler et d'analyser.

Quels enseignements peuvent être tirés du discours des soignants exerçant la médiation animale ? L'analyse de ces données apporte-t-elle des pistes de compréhension au sujet de cette méthode de soin ? Comment l'observation clinique seule nous renseigne sur l'état de santé du patient ?

a) L'avis global et spontané concernant la thérapie à médiation animale

L'avis général concernant les thérapies à médiation animale est de l'ordre du bénéfique.

Les soignants interrogés notent une amélioration globale de l'état de santé de leur patient grâce à cette méthode de soin.

La majorité des soignants s'accordent à mentionner le climat de confiance et d'apaisement qui se joue lors de l'activité.

La confiance permet ainsi l'alliance thérapeutique, l'amorce d'un lien avec le soignant dans un premier temps. Ce travail de lien est primordial dans le soin psychique.

La médiation animale permet de travailler le soin en fonction de la problématique du patient. En somme, c'est l'activité qui s'adapte au patient, et non l'inverse. Ce qui est en fait un avantage indéniable.

L'animal est un puissant stimulant sensoriel et cognitif. Il permet d'observer le patient dans un autre contexte, où les instincts et les pulsions de vie peuvent reprendre leur place.

La thérapie à médiation animale est aussi décrite comme un complément du soin, une alternative. Le soin a du sens à partir du moment où il obtient l'adhésion du patient. En médiation animale, il n'y a pas d'appréhension du jugement. L'animal est un tiers neutre, permet le lien sans verbalisation, étape de cheminement vers le lien à l'autre tant recherché en psychiatrie notamment.

L'activité a l'avantage de ne pas présenter d'effets secondaires, comme la plupart des traitements médicamenteux, comme en psychiatrie. Elle ne nécessite pas de bilan pré-thérapeutique, pas de surveillance particulière au décours.

Les intervenants sont plutôt favorables à cette forme de soin percevant majoritairement l'intérêt de l'animal comme médiateur. Ils relatent qu'il est pertinent d'envisager ce soin de manière plus globale en psychiatrie adulte, mais

aussi dans d'autres domaines de soins, comme la pédopsychiatrie, la gériatrie, la rééducation fonctionnelle...

b) L'intérêt spécifique de la thérapie à médiation animale dans le cadre de la schizophrénie en phase de stabilisation

Le patient schizophrène a la particularité de présenter, même en phase de stabilisation, des symptômes variés allant du repli autistique au déni complet de ses troubles, en passant par un apragmatisme marqué.

Les soignants travaillant avec ce type de patientèle voient dans la médiation animale un intérêt majeur en terme de travail du lien. L'activité permet la sociabilisation, et on y voit ici l'intérêt du travail groupal pour ces patients, en lutte contre le repli.

L'animal permet un investissement dans le réel, une certaine prise de conscience des objets réels, et donc des autres. L'activité permet la subjectivité, l'avis personnel, le fait d'avoir un choix, de devenir acteur dans ses soins, et améliore la relation soignant/soigné, et par extension, l'acceptation de sa pathologie.

L'activité à médiation animale stimule la prise d'initiative, fait sortir le patient de son hermétisme. Il y a une certaine cohérence de l'affect, du comportement vis-à-vis de l'animal. C'est aussi aller vers l'autre, créer l'envie de se mobiliser.

Pour le patient schizophrène, la médiation, c'est aussi se confronter à l'imprévu, accepter que tout ne soit pas maîtrisable. Un médiateur vivant a cette capacité d'imprévisibilité, à laquelle le patient doit s'adapter. Mais aussi respecter. Travailler avec un animal, c'est aussi respecter l'espace d'un autre vivant, c'est adapter son mode de communication et réaliser qu'il y a plusieurs espaces psychiques.

Les soignants évoquent la prise de conscience du réel chez le patient schizophrène. D'une séance à l'autre, il y a l'attente. L'attente permet de réintégrer la notion

d'espace-temps chez des patients souvent confus sur les limites du temps et de l'espace.

c) L'avis global, théorique ou empirique sur l'utilisation spécifique du chien comme médiateur

D'après les différents soignants interrogés, le chien est globalement l'animal de choix pour la médiation animale. De par son statut sociétal de « *meilleur ami de l'Homme* », les statistiques en font l'animal préféré des français. Il ressort comme un des premiers attachements de l'enfance.

Le chien a donc un statut symbolique dans nos collectivités et il en va de même pour nos patients.

Le chien apparaît comme plus malléable, de taille plus adaptée aux soins en milieu institutionnel.

Il est aussi majoritairement décrit comme affectueux et porteur d'affection. Il est plus accessible que le cheval, et d'éducation plus facile.

Ses réactions peuvent être davantage anticipées du fait qu'il soit plus communicant que d'autres espèces animalières, plus sensible à l'Homme et à ses réactions affectives. C'est ce lien intime à l'Homme qui en fait un animal avec lequel il est plus pertinent de travailler. D'après les soignants interrogés, il y a davantage de reconnaissance à travailler avec un chien qu'avec un cheval en médiation animale.

d) Les aspects comportementaux et affectifs observés lors de l'activité

Les soignants interrogés sont unanimes sur l'apaisement constaté, la diminution de l'angoisse par le biais de la médiation animale.

Tout d'abord, l'activité engage le patient à respecter un contrat sur la durée, sur les séances. Il y a une certaine responsabilité, vis-à-vis des soignants, mais aussi vis-à-vis de l'animal, auquel le patient s'attache.

La notion de plaisir est très présente dans le discours soignant. La notion de plaisir a rarement sa place dans la thérapie, mais aide à adhérer, à persévérer dans les soins.

L'animal stimule les processus d'identification du patient, projetant sur l'objet vivant des caractéristiques du Soi pour s'y reconnaître. Il prend du recul sur lui-même.

La médiation animale procure une gratification. Il y a un retour de l'animal, qui apporte réconfort et satisfaction. On prend comme exemple un ordre qui a été accompli, une tâche menée à bien par le chien. Les soignants parlent de renarcissisation du patient, qui prend confiance en lui.

Les soignants constatent le plus souvent une stabilisation de l'état de santé du patient, voire une amélioration. Le patient gagne en sociabilité, il est plus actif à se prendre en charge et à se montrer responsable de lui et des autres.

Enfin, le rôle du soignant est à plusieurs reprises abordé. La thérapie à médiation animale est avant tout une triade. Triade qui favorise l'instauration de la confiance, d'une relation privilégiée avec le patient. Permettant même une complicité. Le lien au soignant est continu lors de la médiation, par lien visuel et verbal. L'animal, en tant que médiateur est porteur de ce lien, et catalyse la relation soignant/soigné si précieuse.

e) Les bénéfices cliniques observés en termes de lien à l'autre à distance de l'activité

Les soignants interrogés font référence aux capacités de sociabilisation mises en jeu lors de l'activité à médiation animale. Par le lien à l'animal dans un premier temps,

qui ne nécessite pas de verbalisation, et qui ancre le patient dans le réel. Le soignant repère ce lien et le travaille pour le transposer dans le lien à l'autre humain.

Les bénéfices observés sont une amélioration des capacités de lien à l'autre à distance de l'activité. Le patient est plus communicant avec les soignants, plus adapté dans les actes sociaux de la vie quotidienne.

Nous avons déjà évoqué la triade relationnelle mise en place lors de la médiation, avec l'animal comme pont entre soignant et patient. L'animal comme trait d'union. Ce lien privilégié, propice au soin, revalorise le patient. Il redonne confiance. Il présente une meilleure autonomie et est plus responsable.

A distance de l'activité de médiation, le patient, ainsi rassuré sur ses capacités relationnelles, peut verbaliser sur son vécu, sur l'expérience qu'elle lui a apporté. La verbalisation suppose le dialogue, condition de la rencontre à l'autre.

L'animal en médiation n'est pas utilisé dans le but d'explorer un mécanisme de pensée, mais afin de construire la relation, d'y mettre un sens et un objectif. Le patient ainsi sollicité au moment de l'activité, améliore ses capacités de communication qu'il peut projeter sur le lien à l'autre à distance.

f) Les effets négatifs, voire délétères de la thérapie à médiation animale

Les soignants interrogés estiment que la médiation animale est encore trop peu développée pour permettre des bénéfices durables sur l'état de santé des patients. Elle paraît peu pratiquée en psychiatrie adulte, parfois plus développée en pédopsychiatrie, en gériatrie ou dans d'autres pays.

La mise en place d'une thérapie à médiation animale impose l'adhésion de toute l'équipe soignante et éducative autour du patient. L'implication doit être totale et inconditionnelle. Le risque est le clivage des équipes, dont le patient se saisirait et rendrait le soin inefficace voire délétère.

Le manque de validité scientifique rend les soignants moins crédibles d'après eux, estimant que la formation n'est pas standardisée ni même contrôlée. La peur des dérives est présente dans leur discours.

Les effets sur le long terme n'ont pas été étudiés. Les soignants ne constatent pas de régression de l'état de santé, mais il n'y a pas d'études validées.

Concernant l'utilisation du chien dans la médiation animale, il peut se montrer plus intrusif, plus envahissant que le cheval. Un patient craintif ou très replié peut se sentir agressé lors d'une telle activité si les conditions et indications n'ont pas été posées clairement auparavant.

V) LIMITES ET OUVERTURE : DISCUSSION

En premier lieu, cette étude permet de mettre en évidence les bénéfices observés lors d'une thérapie à médiation animale. Bénéfices lors de l'activité, et apports à distance. La notion de soin est présente dans tous les entretiens que j'ai pu réaliser et n'est pas remise en question. La notion de guérison est plus vague, elle ne revient à aucun moment dans les différents entretiens. La médiation animale n'est en aucun cas une thérapie curative.

Les domaines étudiés sont de l'ordre de l'affectif et des comportements. L'enquête retrouve la composante du plaisir au premier plan, auquel nombreux patients n'était plus sensibilisés. Elle permet de démontrer que le plaisir est une notion interne, du domaine de l'inné, et qu'elle est difficilement mobilisable par d'autres thérapeutiques plus classiques.

L'originalité de la médiation animale interpelle le patient. La curiosité est un autre phénomène affectif mobilisé par l'activité. Elle permet au patient l'implication dans le soin, la recherche d'un intérêt et la persévération. Sur le plan du comportement, l'introduction d'un tiers vivant, mais non parlant, suscite l'intérêt, diminue l'angoisse de la rencontre. Il s'agit d'un tiers neutre. L'animal est alors un outil qui permet d'accéder à l'espace psychique, intime du patient.

Le travail du soignant est d'un intérêt majeur. A lui de se saisir de ce que l'activité mobilise, et de le transposer pour des bénéfices à long termes. Il s'agit ainsi d'une construction et non pas seulement d'une occupation permettant d'explorer le champ de conscience du patient.

Concernant le patient schizophrène, nous avons vu comment, en phase de stabilisation, des symptômes propres à la pathologie, qui paraissent enkystés et peu mobilisables peuvent évoluer, se stabiliser voire s'améliorer.

On remarque que la thérapie à médiation animale a également toute légitimité dans le cas de patients en régression sur leurs symptômes. On parle des psychoses vieillissantes. La physiopathologie ne s'explique pour l'instant pas, mais la médiation animale a pour intérêt de stabiliser certains symptômes.

A propos du chien, ses capacités d'adaptation en font un outil de choix dans la médiation animale. Son lien à l'Homme est historique et symbolique. Il n'est pas jugeant et pour autant sait se saisir des affects de chacun. Il attire le contact physique, la sympathie. Il est un médiateur de soin pour travailler des vécus profonds et enfouis. Il n'est pas intrusif. Le fait qu'il soit non parlant limite la sensation d'agression du patient. Il provoque l'investissement du patient.

Enfin, par rapport au lien à l'autre, les bénéfices rapportés sont parlants. Le travail de revalorisation, le sens des responsabilités permettent un cheminement de renarcissisation. L'affirmation de soi est un des objectifs de la réhabilitation sociale.

Le patient, rassuré sur ses capacités relationnelles, améliore sa communication.

Dans un second temps, effectuer une recherche sur la médiation animale requiert un dispositif assez lourd dans le temps. De plus, nous connaissons les difficultés liées à l'évaluation des psychothérapies au niveau méthodologique. Pour compenser les biais méthodologiques, une étude à grande échelle serait nécessaire (sur un effectif important, sur de longues périodes), mais cela pose d'autres problèmes car les groupes thérapeutiques sont généralement constitués de petits effectifs (de quatre à six patients maximum). Cela nécessite de travailler conjointement sur plusieurs groupes, ce qui est complexe à mettre en œuvre.

A cela, il faut rajouter l'impact de la relation avec l'animal, difficile à théoriser.

Enfin, il y a les représentations du milieu soignant liées à la médiation animale.

Difficile pour certains praticiens d'imaginer que l'introduction d'un animal dans le dispositif de soin pourra changer la donne. Lorsque la médiation animale fait bouger certaines

situations jusqu'alors inextricables, cela peut être perçu comme un échec personnel, faire peur ou susciter le déni.

À l'inverse, certains praticiens sont fascinés par la relation des patients avec les animaux qui agissent selon eux comme un remède miracle. Dans ce cas, on reste dans le registre de « l'insaisissable », et il est alors difficile de se lancer dans une démarche d'évaluation.

Cette étude a un objectif qualitatif, il s'agit de sonder les vécus et les représentations de différents soignants évoluant dans les soins en thérapie à médiation animale. Les premiers résultats sont encourageants mais nécessiteraient une étude plus poussée et à plus grande échelle afin d'observer avec plus de recul et de valeur les effets réels et prouvés de la médiation animale.

Cette enquête laisse à croire que la médiation par l'animal a sa place dans les soins psychiques et d'autres travaux de ce type pourraient permettre une évolution des pensées, et une meilleure connaissance de cette modalité thérapeutique.

VI) CONCLUSION

Nous avons vu à plusieurs reprises dans ce travail d'enquête, le chien est un compagnon de soutien exceptionnel. Notre culture, nos croyances et nos peurs façonnent nos perceptions et notre jugement, et les animaux sont présents dans tous ces registres depuis notre enfance.

La relation Homme-animal présente de multiples apports qui sont, le plus souvent, observés, constatés empiriquement. Ce sont d'ailleurs ces observations qui ont attisé notre intérêt et enrichi notre réflexion de base par le biais d'ouvrages bibliographiques ou d'articles sur le thème.

Le but de cette enquête était donc d'aller dans le sens d'une théorisation de la relation Homme-animal en lien avec le soin psychique.

Lors de l'élaboration de ce travail, j'ai pris conscience qu'en psychiatrie, tout est soin, à partir du moment où il est médiatisé et encadré avec des indications et des objectifs de soins précis. De même que toutes les activités proposées au patient sont complémentaires, toutes ont des objectifs communs et/ou particuliers.

L'important étant pour le soignant de les avoir toujours à l'esprit, pour pouvoir en évaluer efficacement le degré d'atteinte.

Les résultats obtenus montrent qu'une telle activité de médiation a sa place dans le soin psychique et tout particulièrement en psychiatrie. L'intérêt de voir cette activité de soin se pérenniser tient à sa réelle valeur thérapeutique. Une telle approche du soin répond à une véritable demande de la part des soignants et des patients.

En outre, les équipes soignantes reconnaissent, souvent avec surprise, des effets durables dans le temps, améliorant le quotidien des patients mais également celui des équipes de

soins prenant en charge ces patients, ces équipes découvrant à leur tour les patients sous un jour nouveau.

Toutefois, la pratique d'une telle activité est tributaire de deux conditions incontournables :

- Une totale implication du soignant qui prend en charge le patient lors de la thérapie à médiation.
- L'importance et la nécessité absolue de mettre en place des objectifs de soin précis et de les réévaluer régulièrement.

Ainsi, en élaborant un cadre rigoureux et en le respectant scrupuleusement, la thérapie à médiation animale atteint ses objectifs, à savoir éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer le potentiel cognitif, physique, psychosocial et affectif des patients qu'elle prend en charge, sur le court terme et plus à distance de l'activité thérapeutique, à moyen terme.

J'apprécie cette autonomie qu'ont les soignants de pouvoir mettre en place des activités auxquelles ils croient. Même si j'ai noté la complexité de créer, et de faire accepter des activités innovantes telles que les thérapies à médiation animale.

Cela demande une grande motivation, et je conçois aisément qu'il ne suffise pas de reconnaître les bienfaits de quelque chose pour que cela apporte un bénéfice direct au patient. Cette technique de soins doit faire ses preuves, et il serait pertinent de multiplier les expériences en facilitant l'accès de la médiation par le chien aux soignants afin d'en tirer des conclusions fondées.

Toutefois, tout me laisse à croire que la médiation par l'animal a sa place dans les soins psychiques. Les conclusions de mon travail d'enquête vont dans ce sens, et les éléments apportés dans cette étude mettent en évidence des effets bénéfiques de l'animal, sur la santé physique et mentale des patients.

En tant que professionnelle de la santé, cette perspective m'encourage plus que jamais, à vouloir associer l'animal dans ma pratique soignante.

L'expérimentation a montré la pertinence théorique de la médiation animale lors de la mise en place d'objectifs de soins pour le patient schizophrène stabilisé. L'exploitation pratique

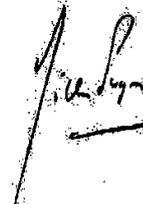
reste néanmoins délicate par le manque de moyens, d'information et de formation des différents professionnels de santé du milieu psychiatrique.

Quelles que soient les situations, il convient de ne pas forcer la mise en relation avec l'animal, tout individu n'est pas forcément sensible à ce type de démarche, sans parler de la peur de l'animal par essence.

C'est pour cela que les activités sont toujours proposées aux patients et non imposées par les soignants.

Rappelons tout de même que les activités thérapeutiques associant l'animal ne peuvent prétendre se substituer à une thérapeutique médicale classique. Elles viennent renforcer la thérapie mise en place. L'animal n'est pas un remède en soi, il n'est pas thérapeutique mais une aide à la thérapie.

Le Président de la thèse,
Pr Michel PUGEAT

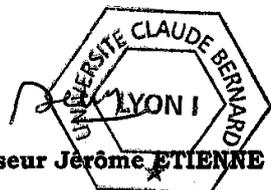


VU :
**Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est**



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
**Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de
Coordination des Etudes Médicales**



Professeur Jérôme ETIENNE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

08 JUL. 2016

LISTE DES ABREVIATIONS

AAA	Activités Associant l'Animal
AFIRAC	Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHUL	Centre Hospitalier Universitaire de Laval
CNEAC	Commission Nationale Education et Activités Cynophiles
DAH	Déficit d'Attention et Hyperactivité
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FACCO/TNS	Fédération des fabricants d'Aliments pour Chiens, Chats, Oiseaux et autres animaux familiers/ Taylor Nelson Sofres
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FCI	Fédération Cynologique Internationale
FFAC	Fédération Française des Associations de Chiens guides d'aveugles
GERMA	Groupe d'Etude et de Recherche sur la Médiation Animale
GRETFA	Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal
ICZ	Institut Canadien de Zoothérapie
IFZ	Institut Française de Zoothérapie
IME	Institut Médico-Educatif
IRFAPG	Institut de Recherche et de Formation pour l'Approche Psychanalytique des Groupes
LOF	Livret des origines Français
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHC	Prestation Compensatoire du Handicap
SPDRE	Soins Psychiatriques sur Demande d'un Représentant de l'Etat
SPDT	Soins Psychiatriques sur Demande de Tiers
SPPI	Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
TDAH	Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE

- 1 - <http://www.facco.fr/-Population-animale/> - Enquête FACCO / TNS SOFRES - Parc des Animaux Familiers en France - PAFF 2014.
- 2 - BONDUELLE, P., JOUBLIN, H. (1995), *L'animal de compagnie*, Que sais-je ? Paris PUF.
- 3 - KATCHER, A. H., FRIEDMAN, E. (1980), *Potential health value of pet ownership* - The compendium on continuing education – Volume 11(2), p. 117-121.
- 4 - WINICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris, Gallimard.
- 5 - GABBAI, P. (1993). *Les médiations thérapeutiques* - La revue française de musicothérapie. Volume 13, n°4, p. 20.
- 6 - CHAPELIER, J., B. (2000). *Les psychothérapies de groupe*. Paris. Dunod. P. 112.
- 7 - CHOUVIER, B. et al. (2002). *Les processus psychiques de la médiation*. Paris, Dunod, p. 24.
- 8 - WATZLAWICK, P., HELMICK, J. (1979). *Une logique de la communication*. Paris, Le livre de poche, p. 280.
- 9 - VERNAY, D. (2003). *Le chien partenaire de vies : applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, ERES Editions.
- 10 - <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/1808/AN/59.asp>
L'assemblée Nationale a adopté le 11 avril 2014 l'amendement 515-14. : « Les animaux sont des êtres vivants doués de sensibilité. Sous réserve des lois qui les protègent, les animaux sont soumis au régime des biens corporels. »
- 11 - McCULLOCH W. F. (1983). *New Perspectives on Our Lives with Companion Animals*. Philadelphia, University of Pennsylvania. p. 489-499.
- 12 - <http://www.fondation-apsommer.org/>
- 13 - AREINSTEIN, G, H., LESSARD, J. (2010). *La zoothérapie – Nouvelles avancées*. Éditions Option-Santé, Québec.
- 14 - QUELIN-SOULIGOUX, D. (2003). *De l'objet à la médiation*. Editions ERES.
- 15 - <http://www.resilienfance.org/>
- 16 - Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. A la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

- 17** - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id> - LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- 18** - http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/ -
Projet zéro de plan d'action mondial sur la santé mentale : version datée du 27 août 2012.
- 19** - <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?navid=36&pid=1554> - Nouvelle question de développement : la prise en considération des questions de santé mentale dans les efforts déployés en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et dans d'autres initiatives - Siège de l'Organisation des Nations Unies, New York, 16 septembre 2010.
- 20** - <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie> - Mai 2014.
- 21** - CHESNEY, E., FAZEL. S. (Juin 2014). *World Psychiatry* – Volume 13, p. 153-160.
- 22** - LOSS, J. (1981). *Pet facilitated Therapy in Human Health Care* - Éditions Charles C. Thomas, p. 124-145.
- 23** - NIGHTINGALE, F. (1860). *Notes On Nursing, What it is, and what it is not*, New York – D. Appleton and Company.
- 24** - LEVINSON, B. (1978). *Pets and personality development* - In *Psychological Reports*, n°42 p. 1031-1038.
- 25** - <http://www.apta.org/>
- 26** - CONDERET, A. (1973). *L'animal compagnon de l'enfant*. Broché.
- 27** - BOLD, M. A., DELLMAN, J. (1992). *The impact of companion animals in later life and considerations for practice* - *The journal of Applied Gerontology*, n°11, p. 228-239.
- 28** - <http://amis-maux.com/>
- 29** - FRIEDMAN, E., KATCHER, A. H., THOMAS, S. A., LYNCH, J. J., MESSENT, P. (1983). *Social-Interaction And Blood-Pressure - Influence Of Animal Companions* - *Journal of Nervous and Mental Disease*, n°171. p. 461–465.
- 30** - (1992). *De l'utilité de l'animal de compagnie en institution* - *Nervure*, Tome 8, n° 9.
- 31** - SERPELL, R. (1986). *Specialized centres and the local home community: children with disabilities need them both* - *International Journal of Special Education*, n°1, p. 107-127.
- 32** - EINIS, GUNSTERN, STAVITSKI, ROSS, S. B. (1995). *The therapeutic use of animals with the handicapped* - *International Child Welfare Review*, n°56, p. 26-39.

- 33** - <http://www.medianimascottes.com/en-savoi.php>
- 34** - <http://www.institutdezootherapie.qc.ca/quebec/>
- 35** - <http://www.mediation-animale.org/>
- 36** - REDEFER, L. A., GOODMAN, J. F. (1989). *Pet-facilitated therapy with autistic children* - Journal of Autism and Developmental Disorders, n°19. P. 461–467.
- 37** - <http://www.mediation-animale.org/>
- 38** - KATCHER, A. H., WILKINS, G. G. (2000). *Animal-assisted therapy in the treatment of disruptive behavior disorders in children* - The environmental and mental health: A guide for clinicians. Editions In L. Fine.
- 39** - <http://www.crchudequebec.ulaval.ca/recherche/publications/pages/1475>
- 40** - https://www.researchgate.net/publication/12208452_Animal-assisted_therapy_-_Magic_or_medicine
- 41** - MUGFORD, R. A. M'COMISKY, J. G. (1975). *Some recent work on the psychotherapeutic value of caged birds with old people* - Pet Animals and Society. Editions. R. S. Anderson. p. 54-65. Baillere Tindall, London.
- 42** - HARRIS, M.D., RINEHART, J.M. GERSTMAN, J. (1993) *Animal-assisted therapy for the homebound elderly* - Holist. Nurs. Pract, n°8, p. 27-37.
- 43** - LACAN, J. (1954). *Le Séminaire : Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. Tome 2*, Broché.
- 44** - LACAN, J. (1966). *Les écrits*. Paris. Editions Seuil.
- 45** - BION, W. (1979). *Aux sources de l'expérience*. Editions PUF.
- 46** - STERN, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF, collection Le fil rouge, p.70-71 et 74.
- 47** - MONTAGNER, H. (1978). *L'enfant et la communication*. Paris, Editions Stock.
- 48** - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339>
- 49** - FREUD, S. (1989). *L'interprétation des rêves*, Tr. en français 1^{re} éd. I. Meyerson (1926). Paris PUF, nouvelle éd. Révisée (1967).
- 50** - <https://therapieassisteeparlanimal.org/>
- 51** - <https://www.chien-visiteur.fr/>
- 52** - BOUCHARD, C., DELBOURG, C. (1995). *Les Effets Bénéfiques des Animaux sur Notre Santé*. A.Michel, p. 68.

53 - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

54 - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446&dateTexte=20111028>

55 - (Mars 2011). *Pratique et Formation en Médecine Physique et Réadaptation* - Journal de Réadaptation Médicale. Volume 31, n°1, p. 1-50. Elsevier Masson SAS.

56 - http://search.who.int/search?q=r%C3%A9ducation&ie=utf8&site=who&client=_fr_r&proxystylesheet=_fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

57 - http://search.who.int/search?q=r%C3%A9adaptation&ie=utf8&site=who&client=_fr_r&hl=lang_fr&lr=lang_fr&proxystylesheet=_fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

58 - http://search.who.int/search?q=r%C3%A9insertion&ie=utf8&site=who&client=fr_r&proxystylesheet=_fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

59 - <http://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR2375>

60 - HENDERSON, V. (1994). *La nature des soins infirmiers (traduction de l'édition américaine The Principles and Practice of Nursing)*. InterEditions, Paris.

61 - BECK, A. M., KATCHER, A. H. (1984). *A new look at pet-facilitated therapy* - Journal of the American Veterinary Medical Association, n°184, p. 414–421.

62 - SERVAIS, V. (2007). *La relation Homme-animal* - Enfance & Psy, n°35 - ERES.

63 - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062174&dateTexte=20030526>

64 - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005634428>

REFERENCES

Médiation animale :

- ARENSTEIN, G.,H. (2013). *Zoothérapie – Quand l’animal devient assistant-thérapeute*. Editions Marcel BROQUET.
- CYRULNIK, B. (1983). *Mémoire de singe et paroles d'Homme*. Editions Hachette.
- HOFMAN, P. (2015). *Le chien est une personne – Psychologie des relations entre l’humain et son chien*. Editions Albin Michel.
- PICQ, P., DIGARD, J., P., CYRULNIK, B., MATIGNON, K., L. (2000). *La plus belle histoire des animaux*. Editions Seuil.

Thérapies à médiation :

- ANZIEU, D. (1999). *Le groupe et l’inconscient*. Editions Dunod.
- BRUN, A. (2007). *Médiaitons thérapeutiques et psychose infantile*. Editions Dunod.
- KAËS, R. (1976). *L’Appareil psychique groupal*. Editions Dunod.
- PICHON, M., VERMOREL, H., KAËS, R. (2010). *L’expérience du groupe – Approche de l’œuvre de René Kaës*. Editions Dunod.
- VACHERET, C. (2014). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Editions Dunod.

Recherche qualitative :

- BLANCHET, A., GOTMAN, A. (2007). *L’enquête et ses méthodes - L’entretien*. N° 127. Editions Armand Colin.

Psychanalyse :

- CARTON, S., CHABERT, C., CORCOS, M. (2013). *Le silence des émotions – Clinique psychanalytique des états vides d’affects*. Editions inconscient et Culture.
- DOUVILLE, O. (2014). *Les figures de l’Autre*. Editions Dunod.
- FAGES, J., B. (1991). *Comprendre Jacques Lacan*. Editions Dunod.

Entretien test n°1

1) A) « Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène ? »

L'utilisation de la médiation par animal auprès du patient schizophrène stabilisé en France est encore peu pratiquée. Elle l'est plus avec des enfants autistes, des personnes âgées où encore des personnes avec des polyhandicaps.

Il y a trois ans, j'ai décidé de mettre en place une activité de médiation canine dans mon unité de psychothérapie après constater que les soignants étaient régulièrement en difficulté pour entrer en relation avec certains patients. Des patients globalement stabilisés mais très délirants, mutiques, hypomanes, dépressifs... C'est souvent des patients chroniques, institutionnalisés depuis plusieurs années.

L'objectif principal de cette activité est donc d'entrer en relation avec le patient par l'intermédiaire de l'animal pour d'instaurer un climat de confiance, un climat d'apaisement, qui favorise l'alliance thérapeutique et ainsi, permet le soin psychiatrique dans de bonnes conditions.

L'utilisation de l'animal comme médium dans la relation soignant/soigné permet d'envisager le soin de toutes les manières imaginables en fonction des particularités de chaque patient. A condition de bien choisir l'animal et l'activité proposée.

Dans le cadre des patients schizophrènes en phase de stabilisation, beaucoup d'animaux peuvent intervenir: le chien, le chat, les rongeurs, l'âne, le cheval, les poissons... Tout dépend de ce qui doit être travaillé avec le patient.

Dans tous les cas, l'utilisation de l'animal apporte par sa présence un apaisement chez le patient. C'est au soignant, avec des activités spécifiques, via un animal spécifique, de travailler le soin en fonction de la problématique du patient.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

On dit que le chien est le meilleur compagnon de l'Homme. Par sa fidélité donc pour un patient schizophrène, structuré par une absence de lien, cela peut l'aider à entrer en

relation. Ca facilite les échanges avec lui pendant la séance, on a accès à d'autres domaines psychiques. On accède plus facilement à son intimité. C'est plus facile de se confier à un chien qu'à un soignant finalement. La relation est finalement plus intime et plus rapidement. Je pense que le chien est un bon animal pour ce genre de thérapie.

- 2) A) « Quels sont les comportements que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

La relation par le toucher est facilitée par le contact avec l'animal, le patient est souvent intrigué, et attend ce moment avec impatience, il va caresser spontanément le chien, et souvent c'est même le chien qui vient. Avec d'autres humains, c'est trop compliqué. Le fait de venir à la rencontre du patient est souvent vécu de manière intrusive, les réactions sont donc défensives, inadaptées.

Avec le chien, il peut être accueilli sans jugement. Je n'ai jamais vu un patient qui se persécutait contre un chien, car on ne lui prête pas de mauvaises intentions, ou de malveillance particulière. C'est un moment de calme, ou le patient peut se sentir en sécurité, ça crée un climat de confiance, il peut se confier, se montrer adapté parce que finalement lorsqu'il n'y a plus la crainte, on a moins de barrière. Et le soignant est là pour amorcer une autre relation grâce au chien. Les trois intervenants sont nécessaires pour ça.

- B) « En serait-il de même si le médiateur était un chien ? »

Oui. Après bien sûr, ça dépend des objectifs de chaque patient. C'est en fonction de ce qu'on veut travailler.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Ca lui permet de passer un bon moment, de l'apaiser. Il est motivé pour une prochaine rencontre avec l'animal. En ça c'est déjà important d'avoir une adhésion aux soins, un

investissement. C'est rare d'avoir ça avec des patients schizophrènes. Souvent les patients qui ont déjà participé au groupe, avant de commencer, présentent les chiens aux nouveaux patients. C'est une façon d'être en lien avec les autres. Les symptômes de la maladie s'atténuent lors de l'activité. Mais reviennent rapidement après dans le service. Il faudrait des séances intensives ou une présence quotidienne du chien pour permettre une amélioration des symptômes sur le long terme.

Entretien test n°2

1) A) « Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène ? »

Je pense que la médiation par l'animal paraît être une vraie aide dans le processus d'acceptation du patient avec la réalité de sa maladie et du monde qui l'entoure. L'animal possède un langage aussi, mais différent du notre, du langage verbal. Il n'y a pas de compétition. C'est ce qui permet directement de faire jouer l'affect du patient. C'est un premier pas vers la communication avec autrui ensuite. Ce genre de médiation offre au psychiatre un accès direct au vécu du patient, on sort du cadre médical, avec des médicaments, des contentions... Le patient doit se sentir plus en confiance avec le projet de soins qui l'entoure. Il accepte plus facilement les soins par la suite.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Le chien est un animal intelligent qui aime vivre en groupe. On a encore l'image de la meute. Il comprend les maladies, il sait repérer la souffrance morale, ou même physique chez l'Homme. Je pense que le chien est certainement le meilleur ami de l'Homme, pour ces raisons là. Il a la faculté à faire sentir à lui et son entourage qu'ils ne font qu'un. Le dauphin possède les mêmes qualités.

- 2) A) « Quels sont les comportements que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Le patient, se sentait vraiment exister, compter. Il était attentif à l'autre. Il ne subissait pas l'activité, il en était l'acteur. Tout en respectant l'animal, ce qui n'est pas toujours le cas avec les soignants. Quand on lui explique que c'est un soin, lui s' imagine un nouveau traitement, un groupe de parole... J'ai vu des patients réellement heureux de participer à l'activité. Avec des sourires, des blagues, ils rigolent à plusieurs. C'est très flatteur de voir ça quand on connaît bien le patient, et qu'il se montre habituellement plus en retrait, voire même dans l'opposition, passive ou pas d'ailleurs. On découvre les patients différemment.

- B) « En serait-il de même si le médiateur était un chien ? »

Je pense que le chien aurait plus de pouvoir sur le patient. Son pouvoir communicatif est beaucoup plus présent que chez d'autres espèces comme le chat ou les chevaux. Sa taille est aussi plus pratique, il ne fait pas peur, on peut faire plusieurs activités avec lui. Il est peut-être moins imprévisible aussi.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Evidement. Même si cela prend du temps. Que les réflexes qui se créent dans la relation à l'autre avec l'animal, se transpose sur tous les êtres et donc la famille, le personnel soignant, les proches... Ca permet déjà d'en parler. La médiation animale redonne confiance au patient, il se sent capable d'être en lien avec un autre. Et il peut voir que ça lui fait vivre des émotions qui étaient enfouies. Je pense que ça l'aide à aller plus vers les autres par la suite. Il y a moins d'appréhension.

QUESTIONNAIRE

1) A) « Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

B) « En serait-il de même si le médiateur était un chien ? »

3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Entretien n°1

- 1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense qu'il s'agit d'une autre modalité de soin, comme une alternative au traitement dirons-nous « classique », avec les médicaments et le cadre de soins. Mais il n'y a pas les effets secondaires des traitements médicamenteux ! L'originalité peut aussi interpeller le patient je pense. C'est original quand on propose une médiation avec un chien ou un animal. Ça crée une autre image du soin en institution, que le patient schizophrène connaît malheureusement souvent trop bien.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Le chien fait moins peur que l'Homme ! C'est le chien qui fait le premier pas en général vers le patient. Le patient qui vit au quotidien le rejet et la peur de l'exclusion. On le voit bien ici. L'accueil par le chien est souvent très bien vécu par le patient. Cette première rencontre est importante à vivre. Le patient est différent avec un chien. Sa maladie n'est plus au premier plan. Il comprend vite que le chien s'intéresse à la personne et pas à la personne « malade » au final.

- 2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Le lien avec l'animal est quasi instantané. Je n'ai pas retrouvé l'appréhension habituelle que l'on observe chez le patient schizophrène pour d'une première rencontre, ou d'une première séance de médiation. L'adaptation également est plus rapide. Dans d'autres médiations, il y a toujours ce temps d'adaptation, qui dure plusieurs séances. Et qui est d'ailleurs tout à fait accepté par les différents partis. Il faut se faire à de nouveaux repères, rencontrer de

nouvelles personnes, faire l'effort de s'investir. La barrière de la crainte est plus rapidement tombée, et le patient n'a plus à s'en défendre, c'est un pas de plus pour exprimer ses émotions. Et plus rapidement.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je travaille déjà avec des chiens ! Je pense que c'est pareil avec tous les animaux. Mais le chien est peut-être plus affectueux, il vient à la rencontre du patient plus facilement. Avec le cheval, il faut aller vers lui en général. Mais j'ai plus l'habitude des chiens.

3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Le lien avec le chien est la première étape. Souvent dans le sens chien-patient d'ailleurs. Le patient prend ainsi confiance en ses capacités relationnelles. Il y a un retour sans condition du chien. Il est partant pour tout. Le plaisir plus la confiance permettent d'oser transposer cette relation aux autres humains.

Certains patients, en rentrant de l'activité, en parlent aux autres patients du service, aux soignants qui n'étaient pas présents. C'est une amorce de plus pour la relation à l'autre.

Entretien n°2

1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Le patient schizophrène a cette particularité de se construire et de se contenter d'un minimum d'interactions sociales. Dans un service, notre travail est essentiellement de réintroduire ce lien à l'autre, d'instaurer de l'équipe, la notion de groupe. Tout travail de

groupe reste délicat à instaurer, et se confronte à la motivation du patient, à l'appréhension, au repli du patient. La thérapie à médiation animale a l'avantage d'interroger la curiosité du patient, et déjà d'accepter le soin proposé. Un patient opposant d'emblée ou non motivé par ce que nous pouvons lui proposer, il est plus difficile de commencer le travail. Et plus long aussi. La médiation animale les interroge souvent, ils investissent plus vite l'envie d'y participer et d'y aller.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Le chien est un des animaux le plus représenté dans notre milieu quotidien, il en va de même pour le patient à l'extérieur. C'est un animal courant, il est commun d'en voir. La thérapie à médiation animale par le chien, en milieu hospitalier, est un premier pas par rapport à l'extérieur de l'institution. C'est en quelque sorte « faire rentrer du quotidien dans le soin ».

2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

La présence... et la compliance. Les patients schizophrènes ont de grandes tendances au repli et au déni. Ils sont souvent hospitalisés sous contrainte et il est dur de leur faire entendre la nécessité des soins. Les thérapies à médiation sont souvent pour eux vécues de l'ordre de l'occupationnel, pas plus. Les thérapies à médiation animales éveillent la curiosité et la spontanéité. Le patient est plus accessible à parler de ses affects, de ses ressentis, ce qu'il est difficile à obtenir au cours d'un entretien.

Ce n'est pas le cas pour tous les patients, certains sont dans l'alliance quand même. Mais la médiation animale est globalement plus investie. C'est un plaisir plus qu'une obligation de soins en fait.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que cela dépend du patient. Parfois le chien peut se montrer très « stimulateur » et peut parfois apparaître comme trop « envahissant » par le patient. Ce qui n'est pas le cas avec le cheval. Mais encore une fois, cela dépend des indications.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Les patients reviennent en général contents de l'activité. Et il est intéressant de comparer le trajet aller au trajet retour, souvent bien plus riche en discours et en émotions. J'ai également remarqué que la « projection » a toute sa place en thérapie à médiation animale. Le patient parle à l'animal, lui prête ses propres émotions en fait. La présence du soignant est alors indispensable pour reprendre ensuite avec le patient ces éléments pour lui permettre de se les réapproprier. Je pense à un patient triste qui parle au chien comme pour le reconforter, lui remonter le moral. Alors que le chien ne donne pas l'impression d'être triste ou déprimé ! Il faut un soignant à ce moment là pour repérer ça. C'est encore mieux quand le soignant connaît le patient dans un autre contexte. Dans le service par exemple.

Entretien n°3

- 1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense qu'il s'agit d'un soin à part entière, trop peu connu encore, mais que je me plais à développer pour toute sorte de patients. Les patients schizophrènes ne représentent pas la majorité des patients que je suis, mais pour ceux que j'ai suivis, l'intérêt est l'accroche à un soin. Le fait qu'ils reviennent aux prochaines séances. Tous sont venus jusqu'au bout de leurs séances, et ont tenus leurs engagements. Donc je dirais que la thérapie à médiation animale permet avant tout à l'adhésion aux soins. Et c'est un soin à part entière.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que le chien en particulier entre dans les représentations du patient comme faisant partie de la « normalité ». Introduire du « normal » dans le « pathologique » j'ai envie de dire, a un sens symbolique très fort chez le patient schizophrène. Il peut, « comme tout le monde », s'occuper d'un chien. Ça le responsabilise aussi. Il se sent utile, et se valorise qu'on lui confie un être vivant.

2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Les émotions et le lien avec l'animal. Les soignants qui les suivent d'ordinaire et que nous rencontrons en synthèse régulièrement nous expliquent bien que le comportement du patient en médiation animale est beaucoup plus spontané, le patient est plus animé avec un animal que dans le service. Je pense que cela est dû au statut « vivant » de l'animal, mais pour autant pas l'égal de l'Homme non plus. Il n'y a pas de compétition entre l'Homme et l'animal. Mais il y a un véritable échange de vivant à vivant, qu'on ne peut pas recréer avec un objet inanimé. Donc un patient plus authentique, différent aussi, car avec moins de méfiance.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que c'est valable avec la plupart des animaux. On dit souvent du chien qu'il est le « meilleur ami de l'homme ». Peut-être que cette notion a, même inconsciemment, un impact sur le lien qui unit le patient au chien. Il le voit comme un ami digne de confiance. On n'a pas à se cacher en face d'un chien.

3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Le lien à l'animal est une étape pour atteindre le lien à l'autre humain. Je le vois comme un palier de décompression. L'animal va chercher l'authenticité, au soignant ensuite de se saisir de cet effet pour le travailler, le renforcer, et le transposer sur une échelle plus large. C'est important que ce soit un soignant qui fasse cette médiation. Ca me paraît même indispensable en psychiatrie. On est formé à ça.

Les réactions comportementales et affectives du patient en thérapie par médiation animale sont primordiales pour le patient premièrement, il peut se sentir « adapté » et cela lui est réellement accessible, et pour le soignant ensuite, en repérant l'éventail des possibilités comportementales et affectives de son patient et en fixant des objectifs dans ce sens lors des prochaines séances. C'est un travail sur la longueur aussi. Chaque séance est unique. Et il faut bien se rappeler de la séance d'avant, pour comparer. C'est pour ça que je suis plutôt pour des programmes de soins plutôt intensifs, par exemple hebdomadaire si possible.

Entretien n°4

- 1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Alors je pense qu'il s'agit d'une forme thérapeutique novatrice et qui mériterait d'être étendue car ses champs d'application et les domaines de soins sont très vastes. Concernant le patient schizophrène, c'est aussi un complément au traitement médicamenteux, comme toutes les médiations. C'est une thérapie basée sur l'échange et la confiance. On parle souvent « d'alliance thérapeutique » dans le soin psychique. Les thérapies à médiation animale est je pense un bon moyen d'y parvenir. D'autant plus chez un patient schizophrène qui, avant la phase de stabilisation, a souvent connu les soins lourds voire l'isolement, les contentions... Les thérapies à médiation animale, c'est réinstaurer la confiance, le lien. De voir aussi qu'on ne se contente pas de ce qu'il connaît. Qu'on peut adapter nos soins, les actualiser.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

L'équithérapie suppose que le patient soit suffisamment stabilisé pour pouvoir sortir de l'hôpital. Même en phase de stabilisation, l'équilibre est longtemps fragile, et une sortie parfois source de stress et de déstabilisation. Le chien a cet avantage de pouvoir être plus facilement introduit dans le milieu hospitalier. C'est le soin qui vient au patient.

C'est plus simple pour nous aussi, plus pratique. Accompagner un patient au centre équestre c'est quand même long. Il faut prendre la voiture, faire le chemin. Il faut être réaliste, on ne peut travailler à ce moment là qu'avec un patient à la fois.

- 2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

J'ai envie de parler du sens des responsabilités. Parce que ça revient souvent. Les patients psychotiques ont souvent ce sentiment d'assistanat. Image renvoyée par la société, les professionnels de santé, par les proches... Qu'est-ce qui est plus gratifiant pour eux que d'avoir la responsabilité d'un être vivant ? Qui plus est, soutenu par le corps soignant ? Un adulte responsable assume ainsi mieux ses émotions et sentiments. Il retrouve l'estime de soi, les thérapies à médiation animale permettent ainsi l'ébauche du travail d'affirmation de soi. C'est tout autant valable pour un patient schizophrène. D'autant plus institutionnalisé.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que ce sentiment de responsabilité se retrouve avec un hamster ou un poisson rouge franchement ! Mais à l'échelle du chien, il y a un retour, une reconnaissance. D'une séance à l'autre, le chien se rappelle de son « partenaire ». Le patient apprécie le retour, et ça entretient sa motivation. On peut aussi travailler la frustration et les capacités du patient à pouvoir attendre la prochaine séance et à différer son besoin de satisfaction immédiate du désir que nous connaissons bien dans ce milieu. La fameuse « intolérance à la frustration ».

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

C'est même l'objectif premier ! Le lien à l'animal, c'est se familiariser avec l'autre vivant. Les comportements du patient schizophrène à ce moment-là sont de l'ordre de l'instinct. C'est naturel. Nous sommes des fois surpris de leurs capacités d'adaptation et de leur « normalité ». Partir de ce constat permet au patient de verbaliser. Enclencher le dialogue, et donc le lien à l'autre. Le dialogue suppose d'être au moins deux. Avec le même langage.

Entretien n°5

- 1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

La médiation permet de donner une indication sur l'état émotionnel du patient. C'est valable pour toutes les médiations, mais la médiation animale fonctionne mieux avec les patients schizophrènes. Eux ne le voient pas comme un soin, c'est plus un plaisir. La notion de plaisir est vraiment difficile à évoquer avec les patients psychotiques. Ils ne savent en général pas ce qui leur fait plaisir. Une thérapie qui fait plaisir, ils ne connaissent pas trop.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Le chien permet un lien particulier, il est souvent relatif aux premiers attachements dans l'enfance. Il réactive beaucoup d'émotions.

Le chien est de plus avec un caractère docile et malléable, c'est pour ça que c'est un animal de compagnie. Il permet une communication plus facile. On a envie de lui parler, de lui demander de nous montrer ce qu'il sait faire. Ou juste le caresser. En fait je pense que le chien mobilise tout simplement le patient. Et ça c'est important dans le soin chez nous.

- 2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Je pense aux comportements de répétition de vécus douloureux transposés sur la relation à l'animal. On apprend ça lors de la formation. Ça mobilise chez le patient ses émotions enfouies. Il montre ce qu'il connaît de sa relation aux autres. S'il connaît un climat de violence, il aura tendance à tenir le chien très serré sur sa laisse, à être très strict avec lui. A nous après de lui montrer, de le guider sur ce qu'est une relation « adaptée » à l'autre.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

C'est plus facile de travailler avec un chien. Les patients ont moins d'appréhension. Et le chien est quand même plus sociable que certains autres animaux.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Je pense que le soin avec l'animal facilite la communication. On le voit quand même souvent. Quand ils reviennent de l'activité, il y a bien plus de dialogue. Ils nous disent ce qu'ils ont aimés, ce qui les a rendus fiers. Ils parlent plus de l'activité de médiation animale que des autres activités à médiation auxquelles ils participent.

Je parle de fierté, car ça aussi c'est très important. La revalorisation du patient, le travail sur l'estime de soi... C'est un soin réel sur ce type de symptômes.

Entretien n°6

- 1) A) « Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense que l'animal est un outil de soin intéressant dans la relation soignant/soigné. Cela permet d'abord d'observer le patient dans un autre contexte, dans un cadre ludique et un environnement apaisant que provoque l'animal lui-même.

Chez le patient schizophrène, la relation à l'autre, la prise en compte de l'autre, sont altérées. L'animal peut aider le patient à trouver des repères dans sa manière d'aborder l'autre, c'est-à-dire respecter l'espace de l'autre, adapter son mode de communication pour se faire comprendre de l'animal.

J'ai pu observer que cette activité permet au patient de sortir de l'apragmatisme dans lequel il peut se trouver et d'être en mouvement, d'utiliser sa gestuelle pour entrer en lien, et de diriger l'animal dans ses exercices.

Cela confronte aussi le patient aux réactions instinctives de l'animal, par exemple sa peur, son agressivité et donc à l'imprévu. Il doit trouver des solutions et s'adapter aux réactions de l'animal.

Cette activité peut aider à faire travailler les capacités de concentration et de réflexion que la pathologie peut limiter.

Avec l'animal, le patient peut appréhender le toucher autrement, la régularité des séances peut permettre de créer une complicité avec l'animal. Pendant la séance, le patient est confronté au présent, à la réalité du moment. Un patient m'a fait part à ce propos d'une sensation de bien être en étant porté par le cheval, alors que manger à table avec les autres est vraiment compliqué pour lui.

J'ai pu constater que les patients qui montrent des difficultés à verbaliser leurs ressentis en début de séance, parviennent davantage à les exprimer après la séance. . Par exemple, je me souviens d'une patiente arrivée en colère en début de séance de médiation équine qui a pu mettre à profit cette émotion au cours de la réalisation d'un exercice. Elle a terminé la séance fière de ce qu'elle avait accompli, et en a même reparlé quelques jours plus tard.

Cette activité à médiation favorise, je pense l'alliance thérapeutique. Elle engage le patient à respecter ce « contrat » sur la durée et à s'y tenir.

Il ne faut pas oublier que cette activité de soin nécessite l'adhésion de toute l'équipe soignante aussi. C'est une grosse organisation qu'elle demande, une implication importante des soignants référents de l'activité.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

En comparaison au cheval le chien a une taille plus accessible pour le patient, c'est un animal plus docile qui peut être éduqué de manière plus fine. Je pense que le patient peut se sentir davantage en confiance avec cet animal qui a une proximité particulière avec l'Homme. Ses réactions je pense peuvent être davantage anticipées. Je pense que le chien a plus particulièrement une sensibilité au mal être du patient et la médiation animal par le chien peut être davantage construite.

2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

J'ai pu observer que le patient pouvait être plus apaisé durant cette activité, comme dans le cadre de la médiation équine où le patient peut être porté par le cheval et ainsi trouver un réconfort.

Le patient semble aussi faire attention aux réactions de l'animal.

J'ai remarqué chez le patient une persévérance lors d'un exercice demandé que je n'avais pas observé dans une autre activité.

La patiente a parfois paru être surprise de ce dont elle était capable lors des exercices avec le cheval.

Et aussi, j'ai observé des démonstrations d'affections vis à vis de l'animal. Qu'il n'y a pas avec les autres patients, ou la famille.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que les réactions des animaux peuvent être très différentes. Le patient aura des comportements en conséquence. Cela est aussi dépendant de l'attirance du patient par rapport à l'animal, de la crainte qu'il peut avoir de celui-ci selon son histoire.

Les marques d'affection du patient peuvent être encore plus présentes avec le chien.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Je pense que cette activité de soin permet au patient d'être plus en recherche de lien avec l'autre du fait de la sollicitation qu'entraîne l'activité. C'est quelque chose qui se travaille bien sûr, mais montrer au patient, et lui faire prendre conscience que c'est possible avec un être vivant, un animal. Et que cela peut apporter des choses, et qui sont possibles avec l'être humain aussi. Ça fonctionne plutôt bien au sein de l'activité. Dans le service, il faut la continuité avec des soignants investit pour reprendre et continuer le travail débuté.

Entretien n°7

- 1) A) « Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense que la médiation par l'animal est tout d'abord quelque chose qui plaît. Ça interpelle les patients. Mais aussi surtout que c'est un bon moyen d'observer le comportement du patient, sa façon d'être en lien avec l'animal. On peut transposer ça sur sa relations aux autres, on peut en discuter ensuite avec lui. C'est un tremplin, une aide à créer un lien. On peut, ça permet aussi de comparer l'évolution aussi pendant une séance et de séances en séances.

Observer sa façon d'être en lien avec l'animal et pouvoir faire un parallèle avec son comportement, sa façon d'être face avec d'autres personnes.

Il peut y avoir une composante affective, lui permettre de toucher l'animal, de l'appivoiser. Avoir l'impression d'évoluer. Ça fait ressentir des choses. Les patients schizophrènes sont bien souvent désorganisés. La médiation animale les recadre, les canalise. Il y a des limites sur ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire. J'ai vu intervenir des patients avec d'importantes tensions internes et un potentiel de violence important, se montrer très affectueux envers le chien, plus qu'avec les autres humains. Ça nous oriente aussi sur le potentiel affectif d'un patient, ses possibilités, sur ce qu'il est possible de travailler.

B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Le chien est l'animal idéal pour travailler la médiation animale auprès de patients schizophrènes. Il y a plusieurs raisons : le chien est un animal qui s'éduque facilement. La relation qu'il entretient avec son maître est très forte ce qui permet de percevoir de nombreuses choses lorsqu'il interagit avec un patient. Comme un climat d'insécurité, une sensation de peur, de bien-être, ou d'agacement par exemple.

C'est cette relation intime avec son maître qui fait que le chien est l'animal avec qui il est le plus pertinent de travailler.

En plus, la taille moyenne du chien est adaptée, pas trop petite, ni trop grande. C'est un animal connu de tous, agréable à caresser, patient, obéissant. Tout peut être travaillé avec le chien. Presque.

2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Pendant les activités à médiation animale, je constate que dès la rencontre avec le chien, il y avait aussitôt un apaisement et du plaisir du patient. La quasi totalité des patients sourient pendant cette activité. Voire parfois de l'euphorie... Mais ça c'est à nous de gérer.

De façon plus ou moins adaptée, le patient se dirige spontanément vers l'animal, tout en restant quand même en lien avec le soignant, avec le lien visuel, le lien verbal. Ici est la base de la relation que crée la médiation animale.

Je pense aussi que la triade soignant/patient/animal apporte une relation privilégiée, une complicité, du soin en dehors du soin. Le lien tactile est plus facile. En plus, Le patient, accompagné par l'animal, nous ouvre souvent son espace, son intimité. La relation permet alors le soin.

L'utilisation d'une médiation animale, d'une médiation « vivante », fait intervenir chez le patient les bases élémentaires de la relation : la peur, la confiance, le plaisir... Contrairement à d'autres activités, l'animal n'est pas utilisé dans le but d'explorer un mécanisme de pensées, de le modifier où à visée psychanalytique, mais est utilisée afin de construire la relation, d'y mettre un sens, aidé par l'animal et par les compétences du soignant.

B) «Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que beaucoup de patients ont moins peurs des chiens que des chevaux ou des gros animaux. Je l'ai déjà dit, mais la taille du chien est un grand avantage.

Il n'y a pas besoin de période d'adaptation avec le chien. Ou très peu. On peut percevoir d'emblée les effets de la thérapie. Et les modalités d'organisation sont plus simples, permettent l'activité plus fréquente.

3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

De mon expérience avec la médiation canine, les capacités comportementales et les manifestations affectives dont le patient a fait preuve ont des répercussions bénéfiques sur la modalité relationnelle avec les soignants avec qui il construit la relation au soin. Il y a l'émergence d'un lien privilégié propice au soin.

Pendant les activités, le chien permet un lien entre les patients et les soignants, c'est ça le but. Tous interagissent ensemble. Il y a une relation à l'autre « humain » aussi donc, toujours.

Par contre, je n'ai pas observé de bénéfices dans la relation aux autres patients en dehors de l'activité. Peut-être qu'un travail plus approfondi et plus régulier le permettrait.

Entretien n°8

- 1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense que c'est une activité bénéfique pour nos patients qui mérite d'être développée à l'avenir. Elle permet de recréer un lien sans verbalisation. L'animal facilite l'échange.

L'échange non verbal. Il n'y a pas d'appréhension du jugement.

Les patients schizophrènes n'ont souvent plus d'échanges justement. Ils sont souvent isolés, avec peu de liens sociaux. Initier ça seuls, même au sein d'un service est souvent trop difficile, et pas satisfaisant.

Je pense qu'elle permet aussi de redonner confiance au patient et de travailler la revalorisation et l'estime de soi.

Elle permet au patient de prendre du plaisir au contact de l'animal, de travailler sur la resocialisation aussi parce que souvent c'est une activité groupale.

Je pense que c'est vraiment bénéfique.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Alors tout d'abord, le chien est l'animal préféré des français. Il est considéré comme un membre de notre entourage proche, membre de la famille. Pour beaucoup de monde.

Il est accessible, dynamique et joueur. Le chien se laisse plus facilement approcher. Il permet un moment de complicité et d'échange d'affection. Le chien se laisse caresser et câliner. En échange il se montre très affectueux avec le patient, il lui lèche la main, le regarde...

Il permet au patient de reconsidérer l'autre. Cette activité avec le chien permet au patient de prendre soin de l'autre, de le respecter et d'en être responsable. Ce qui lui permet de prendre confiance en lui.

Le chien est aussi joueur. Un grand joueur. Ce qui permet au patient de prendre du plaisir, de s'amuser avec d'autres personnes en plus des animaux. A son retour dans le service, le patient est plus joyeux. Enthousiaste du moment qu'il vient de passer.

- 2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Je pense que la communication soignant/soigné est facilitée.

L'activité est un moment de tendresse et de complicité, avec l'animal d'abord, mais aussi avec le soignant. Il y a un lien entre les trois participants.

Le patient est plus détendu à la fin de la séance. Il y a une réelle prise de plaisir, un moment de bonheur authentique au contact de l'animal. Et ce, dès le début de l'activité. C'est ça aussi le soin. Montrer au patient qu'on peut soigner sa maladie sans parler de la maladie.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense qu'il en est de même avec le chien, voire ces manifestations sont même accentuées. Le chien est plutôt câlin et affectueux, plus que le cheval. Il vient lui-même chercher le patient. Et il est curieux. Il y a rarement de rejet. De la part du chien.

Le premier contact est plus simple. Le patient est plus attiré par le chien aussi, qui reste un animal qui n'est pas dangereux et plus accessible que le cheval par exemple.

En une séance un lien peut se créer entre le patient et le chien. Ce lien est plus long à se construire avec d'autres animaux.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Oui, nous pouvons constater qu'à son retour dans le service, le patient est plus apaisé, plus accessible, ce qui favorise l'échange avec les soignants et les autres patients.

Très souvent, les patients racontent aux autres patients ce qui s'est passé au cours de cette activité. Participer à l'activité lui confère un intérêt et une place. L'animal le renvoie à sa propre condition, c'est ça la « subjectivité ». « J'existe ». C'est « l'éclosion de subjectivité ».

Les autres patients s'intéressent à lui, à ce qu'il a à dire. Il a sa place au sein de l'unité. Son avis a de l'importance. C'est super important que le patient puisse vivre ça.

Le patient se montre aussi plus responsable par la suite.

Enfin, très souvent, le patient attend avec impatience la prochaine séance pour retrouver les chiens et plus particulièrement « le » chien avec qui il a créé un lien.

Entretien n°9

- 1) A) « Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense que c'est une très bonne thérapie, l'animal a été de tous temps un élément important de la vie des humains, c'est un interlocuteur discret mais à l'écoute, combien d'enfants font de leur animal de compagnie leur confident... ? Les animaux déclenchent le dialogue. Dialoguer est une partie importante de notre travail en psychiatrie.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Ne dit-on pas que le chien est le « meilleur ami de l'homme » ? C'est instinctif d'être proche du chien. On a naturellement confiance en eux. Je crois que c'est ancré dans notre inconscient collectif. Ça interpelle le patient quand on lui propose une activité autour du chien. C'est vrai que ça permet l'adhésion plus facilement finalement.

- 2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Les patients sont touchés ou tout du moins pas indifférents à l'activité. Et c'est déjà beaucoup ! Nous avons des patients chroniques, qui n'ont plus trop de contacts avec

l'extérieur. Dans le service, ils ont fait le tour des activités occupationnelles, sont peu en lien avec les autres, et même avec les soignants. Ils sont discrets et je dois admettre que nous avons tendance à ne pas trop les solliciter, étant souvent pris par les soins de patients plus « lourds », en crise aigüe. La médiation animale leur permet une nouvelle modalité relationnelle. Ils s'animent, sont réellement heureux de ce que nous leur proposons. Ils sont en interactions avec d'autres, avec les soignants. Leurs comportements sont souvent bien adaptés, leur motricité s'améliore brutalement. Ils peuvent prendre du plaisir dans ce soin.

B) « En serait-il de même si le médiateur était un chien ? »

Avec tous les animaux de compagnie globalement je pense. Mais le panel d'activité est plus large avec le chien. Il permet d'explorer différents domaines du vécu psychique du patient.

3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Je pense que pendant l'activité, le patient est en interaction avec les autres patients du groupe, mais aussi avec les soignants. Il demande ce qu'il doit faire, si la réaction du chien est normale... Alors que ce sont globalement des patients qui ne demandent jamais rien. Donc oui, il y a des répercussions et des bénéfices.

Concernant les relations aux autres patients, en rentrant de l'activité, ils en parlent, mais les séances doivent être très régulières pour permettre une relation durable. Et c'est souvent avec les autres patients du groupe que le lien se crée. Je ne pense pas qu'il y est de bénéfices sur le long terme. Mais je n'ai pas encore trop d'expérience dans le domaine.

Entretien n°10

- 1) A) « Que pensez-vous de la thérapie à médiation animale pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ? »

Je pense que c'est très positif. Très nouveau en psychiatrie, ou surtout pas assez répandu ou connu. J'ai été tout de suite attirée par cette formation, la théorie autant que la pratique. La médiation animale permet l'introduction d'un tiers neutre, une triangulation dans la relation. Ça apaise les tensions, l'angoisse. Elle permet un investissement relationnel sans enjeux majeurs. Se faire accepter du chien est le principal objectif à atteindre pour le patient, ce qui est plutôt accessible.

Comme toute médiation, elle permet un investissement dans le réel sur un objet réel, ce qui a tout son sens chez des patients psychotiques, même stabilisés. C'est se recentrer sur du concret, accessible à tous.

- B) « Qu'en est-il si le médiateur est un chien ? »

Je pense que le chien est un stimulant sensoriel et cognitif. On a envie de caresser un chien, et lui a envie de se faire caresser. Rares sont les autres animaux où on observe ce double sens dans les envies. Voilà ;

- 2) A) « Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité de médiation, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ? »

Comme je le disais, la présence d'un être vivant, médiée par un soignant, est rassurante pour le patient. L'activité diminue l'angoisse, les ruminations... Avec le toucher, de la caresse aussi, je crois qu'il y a eu des études dessus, que caresser un chien ou un animal réduit le stress et la fréquence cardiaque. La présence du chien est apaisante.

Je trouve aussi qu'il y a une certaine gratification pour le patient à travailler avec un chien. Le chien qui obéit apporte de la satisfaction personnelle. On peut travailler la renarcissisation du patient à travers ce vécu, ce renvoi positif.

- B) « En serait-il de même si le médiateur était un chien ? »

Oui, c'est ce que j'ai un peu développé, je parlais du chien. Le chien est plus dynamique, il y a plus d'interactions, plus de jeux finalement, possibles pour interagir avec le patient.

- 3) « Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur sa modalité relationnelles à l'autre ? »

Moi je pense que oui, parce que ça crée une relation avec les soignants déjà. C'est une première accroche. C'est à nous de la saisir, afin qu'il puisse l'investir avec d'autres personnes. Après un patient qui a passé un bon moment est plus à même aussi d'entrer en relation avec les autres. On a plus envie de partager ses moments de joie que son vécu dépressif ou délirant. Donc oui, pour moi c'est un bénéfice.

Après, le patient s'attache aussi aux animaux. C'est ça aussi l'attachement, c'est quelque chose de normal, c'est une modalité relationnelle aussi, et ça peut se travailler par la suite avec les humains aussi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.