Session Juin 2021



Mémoire présenté en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien

La médiation canine en psychomotricité

L'apport du chien médiateur dans la prise en charge psychomotrice de l'anxiété chez la personne âgée en EHPAD durant la crise sanitaire liée à la COVID-19.

Sous la direction de

Nathalie AUDARD

ISRP VICHY

14 Rue Maréchal Foch 03200 VICHY

CHARTE DE NON-PLAGIAT

Commune aux travaux universitaires

Je, soussignée **NOBLE Chloé** étudiante en psychomotricité à l'ISRP Vichy, atteste sur l'honneur que le présent mémoire a été écrit de mes mains, que ce travail est personnel et que toutes les sources d'informations externes et les citations d'auteurs ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur (références en bibliographie du nom de l'auteur, titre d'article, titre d'ouvrage, éditeur, année et lieu d'édition, page, site internet ...)

Je certifie par ailleurs que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne et que toute fausse déclaration entrainerait des sanctions disciplinaires à mon égard.

Fait à Vichy, le 3 mai 2021

Signature

Citations

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

« Tout comme l'homme, les animaux ressentent le plaisir et la douleur, le bonheur et le malheur »

Charles Darwin (1881)

Remerciements

A la direction de l'EHPAD, les équipes et les résidents qui m'ont accueilli durant ces deux années dans un contexte sanitaire singulier et qui ont su croire en mon projet.

A mes tutrices externes, Luce et Emilie, qui m'ont encadré, soutenu, et poussé au meilleur de moi-même aussi bien dans ce projet et ce mémoire, que dans ma vie professionnelle.

A ma référente mémoire, Nathalie, pour son œil extérieur et ses conseils dans l'élaboration de mon mémoire.

A Solveig PRIEZ, pour son soutien, son avis et ses conseils précieux dans l'accomplissement de mon mémoire.

Aux professeurs de l'ISRP qui m'ont soutenu tout au long de ces trois années d'études.

A mon entourage, qui m'a supporté, accompagné, remotivé, soutenu patiemment, durant cette dernière année si particulière.

Et à Jinmay, ma chienne, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Table des matières

Introd	ntroduction1			
Partie	1 : Théorico-clinique	3		
I-	Encore ce virus ? Mais de quoi s'agit-il vraiment ?	3		
1-	Son histoire	3		
2-	Quelques chiffres	3		
3-	Symptômes et personnes à risque	3		
4-	Conséquences sur les EHPAD	4		
II-	L'anxiété, cette plaie	5		
1-	Définition de l'anxiété	5		
a.	Physiologie de l'anxiété	7		
b.	Sémiologie de l'anxiété	9		
c.	Etiologie de l'anxiété	11		
d.	Evolution pathologique de l'anxiété	12		
2-	Anxiété et psychomotricité	14		
a.	Définition de la psychomotricité	14		
b.	Psychomotricité avec les personnes âgées	14		
c.	L'anxiété chez la personne âgée	18		
d.	Intérêt de la prise en charge psychomotrice de l'anxiété	21		
III-	Psychomotricité et médiation animale	22		
1-	La médiation en psychomotricité	22		
2-	La médiation animale sous toutes ses formes	23		
a.	Médiation animale et zoothérapie : quelle différence ?	23		
b.	La médiation animale ? Pas vraiment nouveau	25		
c.	Formation à la médiation animale	26		
3-	La médiation canine : pourquoi le chien ?	28		
Partie	2 : Clinique	30		
I-	Présentation de l'EHPAD	30		

1-	La structure	30
2-	Le personnel de l'établissement	31
3-	Le fonctionnement	32
II-	L'apport de la médiation animale en psychomotricité	32
1-	Présentation de Jinmay	32
2-	Cadre des prises en soin en psychomotricité avec l'animal	34
3-	Cas Clinique	37
a.	Contexte de la demande et anamnèse de M. C.	37
b.	Bilan psychomoteur	39
c.	Projet thérapeutique	42
d.	Prise en charge en psychomotricité	43
e.	Evolution et suivi	47
Partie 3	3: Discussion	50
I- I	Ma position d'apprentie psychomotricienne	50
II-	La médiation canine en psychomotricité auprès des personnes âgées anxieus	es51
III-	Les bénéfices de la médiation canine sur les troubles des résidents l	iés au
confi	inement	57
IV-	La continuité des effets de la médiation canine chez les sujets atteints	d'une
neur	odégénérescence	58
V-	Le chien, un soutien pour tous durant la pandémie	61
VI-	Les limites rencontrées dans mes prises en charges	62
1-	Être aveugle est-ce un handicap pour le chien ?	62
2-	Les freins de la médiation animale	64
3-	Le virus en institution	64
4-	L'apprentissage en psychomotricité	66
Conclu	sion	67
Bibliog	raphie	69
Annexe	2S	77
Anne	exe 1:	77

78
79
80
81
82
83
84
85
86
88

Introduction

Ma deuxième et troisième année d'apprentissage dans ma formation au Diplôme d'Etat de Psychomotricité ont été marquées par la crise sanitaire pandémique 2020 liée au coronavirus SARS-Cov-2 responsable de la maladie Covid-19.

C'est en janvier 2020 que le virus fait son entrée en France. Fin février, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans lequel je poursuis ma formation en alternance décide de fermer ses portes au public puis de confiner les résidents en chambre. Les intervenants extérieurs (libéraux, médiateurs, coiffeurs, ...) ne sont plus autorisés à entrer.

Dès lors, l'anxiété se fait sentir chez les résidents comme chez les équipes soignantes. Les personnes âgées se retrouvent isolées de leur famille, proches et amis. Cette rupture sociale et cette solitude me font craindre l'arrivée de divers troubles, de perte d'autonomie et de motricité, avec une augmentation de l'anxiété, pouvant engendrer des effets secondaires, des syndromes de glissement, voire des pathologies.

L'école dans laquelle j'étudie (ISRP Vichy) nous permet de mettre en place le Projet Extra Académique (PEA) de notre choix. Cela nous apprend le travail d'équipe ainsi que le développement et la mise en place d'un projet en lien avec la psychomotricité. J'ai donc, lors de ma première année, monté, avec d'autres étudiantes, le PEA « médiation animale » qui joint la psychomotricité aux bienfaits de la présence animale. Durant notre deuxième année d'étude, nous avions pour projet d'intervenir avec nos animaux dans un centre pour déficients visuels, dans un cabinet libéral de psychologie auprès d'enfants hauts potentiels ainsi qu'à la Société Protectrice des Animaux (SPA) de Brugheas. Avec la crise sanitaire, tous ces projets ont été mis en veille.

Il m'est alors venu l'idée de créer un projet de « Psychomotricité avec l'animal » au sein de l'EHPAD dans lequel je travaille afin de prévenir et prendre en charge les troubles anxieux en psychomotricité. En effet, les résidents isolés, passent la majorité de leur temps devant les informations inquiétantes diffusés par les médias (journaux, télévision) sur cette pandémie, diffusées à la télé. Le principal sujet de conversation à la résidence est alors la COVID-19. Ce virus engendre énormément d'anxiété, tant auprès des équipes, que des soignants. Or la présence d'un animal ou le simple fait de le caresser, permet selon le Dr ALLARD et le Dr PERNOT, vétérinaires, de « procurer un sentiment de bien-être, des endorphines sont alors produites dans

notre organisme, les taux d'adrénaline et de corticoïdes sont abaissés, le rythme cardiaque diminue, la respiration ralentit ». Ainsi « ces processus diminuent le risque d'infarctus du myocarde, d'hypertension artérielle, mais encore d'autres maladies cardio-vasculaires » (paragr. 1).

J'ai donc proposé à ma direction ce projet dans lequel j'ai mis en évidence les bienfaits de la présence de ma chienne, Jinmay, spitz japonais, lors de séances individuelles de psychomotricité adaptées à la problématique des patients.

Nous verrons que Jinmay est une chienne idéale pour pratiquer la médiation animale.

Ainsi, je me suis demandé comment la prise en charge psychomotrice à travers la médiation canine peut viser à diminuer les troubles anxieux d'une personne âgée en EHPAD, durant la crise sanitaire liée au coronavirus SARS-Cov-2 ?

J'émets donc l'hypothèse que cette médiation alliée à la richesse de la pratique psychomotrice pourrait progressivement réduire l'émotion négative qu'est l'anxiété chez la personne âgée. Le résident en EHPAD serait alors plus serein et verrait ses troubles diminuer et son autonomie motrice préservée.

Dans un premier temps je définirai l'anxiété, ses symptômes psychomoteurs, tout en détaillant les caractéristiques du processus de vieillissement et l'importance de la psychomotricité chez la personne âgée anxieuse. Et je mettrai en évidence l'intérêt de la médiation canine alliée à la psychomotricité dans la prise en charge de l'anxiété chez la personne âgée en EHPAD.

Cette partie sera illustrée par des vignettes cliniques.

Dans un deuxième temps, j'évoquerai ma pratique psychomotrice en lien avec la médiation canine chez la personne âgée anxieuse en EHPAD durant la crise sanitaire. J'y présenterai mon lieu d'apprentissage ainsi qu'une étude de cas ayant retenu mon attention, tout en partageant mon vécu de psychomotricienne apprentie lors d'une pandémie.

Enfin, dans un troisième temps, lors de la discussion, je montrerai à travers mon regard de psychomotricienne apprentie, alliée à mon approche clinique, comment la prise en charge psychomotrice par le biais de la médiation canine peut viser à diminuer les troubles anxieux d'une personne âgée en EHPAD durant la crise sanitaire liée à la COVID-19.

Partie 1 : Théorico-clinique

I- Encore ce virus? Mais de quoi s'agit-il vraiment?

1- Son histoire

Le 31 décembre 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare la découverte d'un nouveau virus se propageant rapidement et créant des foyers épidémiques à Wuhan en Chine. Il s'agit d'une nouvelle souche de coronavirus, le SARS-CoV-2, nommé COVID-19 (paragr. 1).

Sa création est issue d'un « réservoir animal » selon les chercheurs de la Fondation pour la Recherche Médicale (FDR). « Par des phénomènes génétiques divers et spontanés, ce virus aurait eu la capacité de « traverser la barrière d'espèce », jusqu'à pouvoir infecter l'Homme et s'y adapter. » (2021, paragr. 10).

Ce virus se révèle hautement transmissible d'une part car il se multiplie rapidement dans l'organisme et d'autre part à cause de son mode de contamination . « Le virus passe d'une personne à l'autre par des aérosols, des gouttelettes expulsées lorsqu'une personne infectée parle, éternue ou tousse. Ces gouttelettes peuvent aussi se retrouver sur des objets qu'on touche, et comme on a tendance à se toucher le visage, on peut de cette manière contracter le virus. » explique la FDR (2021, paragr. 9).

2- Quelques chiffres

Le premier cas français a été détecté le 24 janvier 2020 selon le ministère de la santé. Rapidement, le virus s'est propagé, infectant la population française, causant depuis fin janvier 2020 plus de 100 000 décès avec plus de 5,2 millions de cas positifs cumulés. (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 2021, chapitre 5).

Il est à noter que parmi les cas positifs qui y survivent, 80% des personnes en guérissent, sans hospitalisation. 15% sont gravement atteints et sont placés sous oxygénothérapie. 5% nécessitent des soins intensifs et sont placés en réanimation (OMS, 2020, paragr. 13).

3- Symptômes et personnes à risque

Lorsqu'une personne est infectée par la COVID-19, deux cas sont possibles : certains individus sont asymptomatiques, tandis que d'autres peuvent présenter une symptomatologie variable.

En effet, ce virus engendre différents symptômes chez l'Homme. Les plus typiques sont fièvre, toux sèche et fatigue. Mais souvent, on retrouve des maux de gorge, céphalées, courbatures, nausées, vomissements, diarrhées, frissons ou vertiges, éruptions cutanées, congestion nasale et/ou conjonctivite. Dans des formes plus graves, les personnes atteintes peuvent percevoir des essoufflements, une perte d'appétit, un état confusionnel, des douleurs ou sensations oppressantes dans la poitrine avec une température supérieure à 38°C. Ces symptômes sont rapportés par l'OMS (2020, paragr. 2).

Certaines personnes sont considérées plus à risque de contracter le virus et de développer une forme dite sévère. Le 20 avril 2020, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) établit une liste des personnes les plus à risque, comprenant les personnes âgées de plus de 65 ans, les individus en surpoids, les diabétiques, les patients ayant des pathologies cardiovasculaires ou respiratoires chroniques et les malades atteint d'un cancer.

4- Conséquences sur les EHPAD

Les EHPAD regroupant l'ensemble de ces personnes à risque, l'Etat a donc imposé des protocoles stricts et évolutifs pour ces structures afin d'en protéger les sujets y résidant.

Le Ministère des Solidarités et de la santé a publié sur son site le 20 février 2020 un guide méthodologique : « *Préparation au risque épidémique* COVID-19 ». Il propose un protocole d'action à mettre en place dans les structures médicalisées en amont d'une possible épidémie interne :

- → Les patients doivent régulièrement se frictionner les mains au gel hydroalcoolique et porter un masque lorsqu'ils sortent de leur chambre.
- → Les soignants doivent porter un masque FFP2, une charlotte, des surblouses à usage unique, des lunettes de protection et des gants à usage unique durant les situations de contact avec les patients.
- → Les locaux doivent être rigoureusement désinfectés.
- → Les visites doivent être encadrées, les visiteurs doivent être équipés de protection (masque, surblouse).

Les résidents font face à des tenues nouvelles, et des protocoles strictes, bouleversant leur train de vie, les isolant afin de les protéger du monde extérieur.

Le 11 mars 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé publie le communiqué de presse d'Olivier VERAN (Ministre de la Santé). Celui-ci suspend les visites en EHPAD. Dès cette date,

certains gestionnaires d'EHPAD confinent les résidences. Les personnes âgées sont donc confinées en chambre pour éviter la propagation du virus.

C'est le 28 mars 2020 que le ministre renforce le protocole en imposant le confinement des résidents dans leur chambre. « Nous devons aller plus loin pour protéger ces personnes âgées particulièrement fragiles et prendre des décisions encore plus difficiles, pour les EHPAD, les personnels, les personnes âgées, les familles, et aller vers l'isolement individuel » (VERAN, 2020).

Trois mois plus tard, le 5 juin 2020, le ministère des solidarités et de la santé, assouplie les protocoles, déconfine les résidents et autorise les visites encadrées des résidents dans les EHPAD ne déclarant plus de cas. Durant ces trois mois, les personnes âgées institutionnalisées ont été coupées de leurs proches. Seul un contact téléphonique ou numérique était possible.

II- L'anxiété, cette plaie

1- Définition de l'anxiété

Etymologiquement, l'anxiété provient du latin « *anxietas* » signifiant « disposition naturelle à l'inquiétude ». L'anxiété fait partie des émotions.

Selon BLAKEY et ABRAMOWITS (2016), l'anxiété est une « réaction naturelle à la perception d'une menace et se manifeste sur les plans cognitifs (pensées qui se bousculent), physiologique (activation du système nerveux autonome) et comportemental (fuite) » (p. 2). Cette réaction émotionnelle permet donc à un sujet de faire face à une menace potentielle afin de s'en protéger.

Mais cette anxiété, peut, dans certains cas, devenir excessive et chronique, par conséquent évoluer vers un trouble ou une pathologie.

Une émotion est un « ensemble de variations épisodiques et synchronisées dans plusieurs composantes de l'organisme en réponse à des évènements évalués comme importants par l'organisme » (SCHERER, 2001, chapitre 1).

On parle alors d'une réaction subjective associée à des changements physiologiques et comportementaux qui survient en réponse à des situations et à des expressions vécues par une personne (PAPALIA et AL, 2010). Ainsi, les comportements, les choix et pensées, les intentions sont empreintes d'une fonction supérieure donnant une orientation à la vie : les émotions.

LE GALL distingue l'anxiété de la peur, du stress ou de l'angoisse. En effet « la confusion est presque constante, par exemple, entre l'inquiétude et l'anxiété, et plus encore entre l'anxiété et l'angoisse. » (2001, chapitre 1, p.3)

« La peur est une émotion ressentie généralement en présence d'un danger, c'est-à-dire d'une situation comportant la possibilité d'un inconvénient ou d'un mal qui nous affecterait. » (NATANSON, 2008, p. 161). LE GALL (2001) différencie ainsi la peur de l'anxiété par la présence de l'objet (pour la peur) et le pressentiment de l'objet (pour l'anxiété).

« L'angoisse serait une inquiétude, à certains égards semblables à la peur, mais dans laquelle le danger qui caractérise celle-ci reste indéterminée » (NATANSON Jacques, 2008, p. 161)

Ainsi, FREUD explique dans son ouvrage *Névrose d'angoisse* (1894) que l'angoisse, contrairement à la peur et l'anxiété n'a pas d'objet. Elle vient sans contrôle et sans explication. C'est un état d'affect qui est en premier lieu « quelque chose de ressenti ».

Enfin, le **stress** d'après SELYE (1974) est une réaction à une pression, une agression de l'organisme. Il s'agit d'un état de détresse en lien avec la dureté de la vie. C'est une réponse normale, non spécifique à une demande extérieure induisant une tension nerveuse contrainte et un agissement. *A contrario* de l'anxiété qui induit une réaction de protection, le stress induit un agissement motivationnel afin de contrer celui-ci.

Ainsi, l'anxiété est une émotion désagréable consistant en l'anticipation d'un potentiel danger. Elle peut alors exister en l'absence de toute menace, et ce de manière consciente ou non. (Anxiété.fr, s.d., paragr. 1)

L'anxiété a pour rôle d'attirer l'attention sur des dangers ou des situations à risque afin de se protéger de celles-ci. Pas assez d'anxiété peut mettre un sujet en danger, et trop d'anxiété peut l'épuiser, l'inhiber.

Il existe plusieurs types d'anxiété :

LE GALL (2001), distingue « l'anxiété d'objet » ; qui est un état psychologique conscient fixé sur un danger précis ; de « l'anxiété fondamentale » ; qui est un fond anxieux persistant pouvant induire des crises d'angoisse.

Quant à SPIELBER (1966), il différencie « l'anxiété état » ; qui est ponctuelle, immédiate et caractérisée par un sentiment de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude, activant le système nerveux autonome en réponse à une situation ; de « l'anxiété trait » faisant partie de la personnalité d'un individu. Celle-ci vient impacter les comportements et la perception de l'environnement du sujet de manière permanente et stable, en dehors de toute situation stressante. Elle est considérée comme une prédisposition au développement de troubles anxieux.

a. Physiologie de l'anxiété

Les études réalisées sur les animaux, ainsi que les examens d'imagerie cérébrale chez l'Homme ont permis, au fil des années, d'acquérir les bases et connaissances des circuits cérébraux et des molécules impliquées dans l'anxiété.

KLÜVER et BUCY (1930) ont observé chez des chats et des singes ayant une lésion bilatérale des lobes temporaux la perte de la peur dite « normale » et l'absence d'anxiété. Pour exemple, les animaux essayaient d'attraper des serpents. Cela met en évidence une incapacité chez ces animaux à percevoir le danger et à s'en protéger. *A contrario*, lorsque les amygdales sont stimulées, les animaux montraient des signes d'anxiété et d'agressivité.

FANSELOW (1986) a remarqué que la stimulation de l'amygdale chez des rats dont la substance grise périaqueducale a été lésée n'engendre aucune peur face à ses prédateurs. Chez l'homme, la stimulation de cette zone entraine des réactions d'anxiété. Le chercheur suggère alors que l'amygdale projette les informations vers la substance grise périaqueducale induisant alors des réactions d'anxiété et d'agressivité.

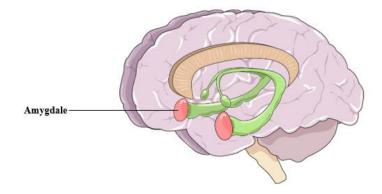


Figure 1 : vu sagittale des amygdales cérébrales selon LAURENT O. (s.d.)

En 1930 PAPEZ, neuroanatomiste, a mis en évidence la dépendance des émotions aux régions cérébrales « primitives ». Elles impliquent les fonctions végétatives et endocriniennes de l'hypothalamus et du tronc cérébral sous le contrôle du lobe limbique dit insulaire. Il est composé

de l'hippocampe, du thalamus, de l'hypothalamus, du gyrus cingulaire, des ganglions de la base, du fornix et de l'amygdale.

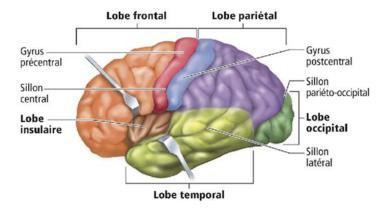


Figure 2 : vue sagittale des différents lobes du cerveau selon VENTURA E. (2014).

Plusieurs des structures de ce lobe interviennent dans la génération de l'anxiété :

Le thalamus

Il intègre les stimuli sensoriels en les traitant de manière spécifique et transmet l'information au cortex cingulaire et à l'amygdale de manière directe et indirecte (*via* l'hypothalamus).

· Le cortex dit gyrus cingulaire

Le gyrus cingulaire est une circonvolution corticale qui s'entoure autour du corps calleux. Il traite les sensations et stimuli corporels, transmis par le thalamus en leur donnant du sens. Ce cortex prépare des actions en réaction aux émotions. Il est spécifiquement impliqué dans les processus de métacognition ou la « conscience d'être conscient », soit les représentations des états du Moi.

· L'amygdale

L'amygdale est un groupe de noyaux connectés aux quatre autres structures cérébrales impliquées dans le circuit de l'anxiété : l'hippocampe, le cortex cingulaire, le thalamus et l'hypothalamus. Les réactions de peur et d'anxiété découlent de cette zone cérébrale. L'amygdale reçoit les informations du cortex cingulaire et les transfère à l'hypothalamus et l'hippocampe ainsi qu'à la substance grise périaqueducale.

· L'hippocampe

L'hippocampe est le centre mnésique des émotions. Proche anatomiquement de l'amygdale, elle met en mémoire les émotions vécues et perçues et les ressort lors de situations similaires afin d'ajuster les réactions. Elle permet la régulation et l'adaptation du sujet à son environnement.

· L'hypothalamus

L'hypothalamus peut être considéré comme l'« effecteur » des émotions. Suite à l'intégration de l'information, il régule les fonctions végétatives et endocriniennes élémentaires associées aux

émotions et aux comportements de survie en projetant sur le noyau central et la partie médiane de l'amygdale. Il maintient l'équilibre physiologique de l'organisme grâce à une réponse hormonale dans des situations d'anxiété.

Pour donner suite à la journée scientifique du 18 juin 2012 nommée « *Neurobiological basis of Anxiety disorder* », l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) a publié un communiqué abordant les bases neurobiologiques de l'anxiété.

Les recherches ont ainsi montré l'implication des neurotransmetteurs sérotonine et GABA dans les états anxieux. En cas d'anxiété, leur quantité diminue. Les anxiolytiques viennent ainsi pallier ce manque en permettant l'augmentation de leur concentration. La Haute Autorité de Santé fait appel à la vigilance quant à la prise de ces médicaments aux risques iatrogènes conséquents (chutes, étourdissement, sédation), principalement chez les personnes âgées.

Ainsi, le système limbique est le siège des manifestations émotionnelles. Il permet l'identification des menaces et la génération de l'anxiété. Le cortex intervient dans l'évaluation et la régulation de la réponse émotionnelle. La transmission des messages nerveux liés à l'anxiété implique la sérotonine et le GABA.

b. Sémiologie de l'anxiété

L'anxiété peut se manifester de différentes façons chez les individus. Elle peut être somatique, psychique ou encore psychosensorielle.

Les manifestations somatiques selon l'association MIND (Association nationale pour la santé mentale opérant pour la santé mentale en Angleterre et au pays de Galles) :

Elles dominent le tableau clinique et comprennent :

- → <u>Des symptômes cardio-vasculaires</u> : tachycardie, palpitations, précordialgies (douleur au niveau de la partie avant du cœur), oppression thoracique, troubles vasomoteurs.
- → Des symptômes respiratoires : sensation d'étouffement, tachypnée.
- → <u>Des symptômes neurologiques</u> : céphalées, vertiges, paresthésies, sensation, d'évanouissement, hyperréflexie ostéotendineuse.
- → <u>Des symptômes musculaires</u> : tremblement, secousses musculaires, fourmillement, dystonie.
- → <u>Des symptômes neurovégétatifs</u> : sueurs, vomissement, spasmes pharyngés, sensation de faim ou de soif, étourdissement.

→ <u>Des symptômes digestifs ou urinaires</u> : nausées, hoquet, douleurs abdominales, diarrhée, pollakiurie (envie fréquente d'uriner).

Vignette clinique

Mme P, 85 ans est atteinte d'une démence avec incurie.

L'échelle de Spielberger a mis en évidence une anxiété élevée chez Mme P. Elle verbalise fréquemment avoir des symptômes somatiques chroniques (oppression thoracique, sensation d'étouffement, secousses musculaires). Lorsqu'une situation est particulièrement anxieuse pour elle, Mme est prise de douleurs abdominales et de diarrhées avec tachypnée.

Les manifestations psychiques :

Elles sont représentées par la peur d'un danger imaginaire. La peur est intense, extrême, insupportable : peur de devenir fou, de mourir, d'être atteint d'une maladie grave, de ne pouvoir être secouru, de commettre un acte dangereux. Ce sentiment s'accompagne d'une désorganisation de la pensée.

Vignette clinique

Mme D 79 ans est atteinte de la maladie d'Alzheimer associé à un trouble anxieux et dépressif. Fréquemment, elle est prise d'une anxiété intense et insurmontable; Mme D est persuadée que son fils n'est pas au courant d'où elle se trouve, elle présente alors une forte agitation psychomotrice et cherche à s'échapper de l'unité protégée. Elle rentre dans une « colère noire » face aux soignantes qui ne peuvent la laisser partir et qui tentent de lui expliquer et la rationnaliser.

L'individu se sent tendu, nerveux et n'est pas capable de se détendre. Il ressent un sentiment de crainte, de terreur, et a l'impression de ne pas pouvoir arrêter de s'inquiéter. Un ralentissement intellectuel et psychomoteur peut être observé, associé à des difficultés de compréhension, des troubles comportementaux, une impression de perte de maitrise.

L'anxiété peut engendrer des ruminations, des dysthymies et un syndrome de dépression.

Les manifestations psychosensorielles :

Elles majorent l'anxiété du sujet par la présence d'un syndrome de déréalisation (dissociation avec sentiment de déconnexion de l'esprit au corps), dépersonnalisation (dissociation avec sentiment de déconnexion au monde). Les perceptions sensorielles du sujet sont modifiées. Une symptomatologie de trouble de la conscience est quelquefois présente : diminution de la vigilance, arrêt ou accélération du cours de la pensée.

L'anxiété impacte ainsi directement les fonctions psychomotrices tels le tonus (se répercutant sur l'ensemble des autres fonctions), les fonctions cognitives (fonctions exécutives, attention), l'image corporelle, la perception spatio-temporelle et la sensorialité. L'anxiété influence alors le dialogue tonico-émotionnel.

c. Etiologie de l'anxiété

L'anxiété se développe selon les expériences de chacun, mais des chercheurs ont identifié des causes pouvant l'engendrer.

La MIND association indique que les mauvaises habitudes alimentaires peuvent déclencher des symptômes d'anxiété ou les aggraver, telles la caféine et le sucre qui sont de puissants excitants.

Selon BHATT (2017, p.4) « Les troubles anxieux semblent être causés par une interaction de facteurs biopsychosociaux, notamment une fragilité génétique, qui interagit avec des situations, du stress ou un traumatisme pour produire des syndromes cliniquement significatifs. »

Les expériences passées peuvent être déclencheur d'anxiété, à travers les stress et traumatismes vécus (négligence, abus physique/émotionnel, perte d'un être cher, intimidation, isolement social, maltraitance, etc.) (MIND, 2020).

La situation de vie actuelle peut également engendrer de l'anxiété. En effet, de grands changements dans le quotidien telle la pandémie (MIND, 2020), peuvent être facteurs de symptômes d'anxiété, mais aussi les études, le travail, les soucis financiers, la perte d'un proche, l'isolement (MIND, 2020).

Les médicaments peuvent avoir pour effet secondaire la génération d'anxiété, comme les médicaments psychiatriques, les drogues récréatives, l'alcool mais également des médicaments pour la santé physique (YellowCard du gouvernement anglais).

COLLINS et AL (2013) affirment que le microbiome intestinal induit des signaux au cerveau, pouvant engendrer de l'anxiété. Des greffes de microbiote fécale ont été effectuées entre des souris en bonne santé et des souris anxieuses. Les résultats ont montré que les bactéries transplantées chez la souris anxieuse ont engendré des signaux aidant celle-ci à se détendre. TEMPERTON (2015) explique ainsi que la communication entre intestins et cerveau permet de relier les troubles anxieux aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

d. Evolution pathologique de l'anxiété

Selon DAMASIO et AL (2013), les pathologies des émotions font partie des problèmes médicaux et problèmes de santé publique les plus dévastateurs de notre époque.

REID (2016, p.25) compare l'anxiété pathologique à un « cancer psychologique » : « il est possible d'effectuer une analogie réaliste entre les tumeurs physiques qui s'attaquent au corps humain et les tumeurs psychologiques qui s'en prennent au système de pensée des individus ». Pour cette coach en gestion de stress et d'anxiété, le « cancer psychologique » est une maladie causée par la présence de fausses croyances qui induisent la prolifération anarchique d'autres convictions inadéquates. L'anxiété devient donc une boucle chronique de pensées.

Ainsi, l'anxiété est une émotion courante, que tout individu peut ressentir durant sa vie selon le contexte. Lorsque l'anxiété devient un trouble, elle devient excessive. Les sujets ayant un trouble anxieux manifestent les symptômes de l'anxiété de manière intense, fréquente, persistante et grave. L'anxiété vient alors nuire à leur vie quotidienne.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) réunit les différents troubles de l'anxiété :

· L'anxiété généralisée

Il s'agit de l'existence d'un fond anxieux flottant et permanent persistant pendant plusieurs mois. Elle peut se définir comme « la peur de la peur ». Sur la durée d'une vie entière, la prévalence de l'anxiété généralisée est de 9%.

· Le trouble panique

Il s'agit de la répétition fréquente et durable d'attaques de panique et/ou de la survenue d'une anxiété anticipatoire. Les crises sont hebdomadaires.

L'agoraphobie

Il s'agit de la phobie des espaces où il pourrait être difficile de s'échapper et où les secours auraient du mal à intervenir. Cela est lié à la peur de ne pouvoir obtenir une sécurité ou de l'aide dans un endroit et non au lieu.

La phobie spécifique

Il s'agit de la phobie marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement inoffensifs.

La phobie sociale

Il s'agit de la phobie du regard des autres. Elle induit une anxiété intense pouvant aller jusqu'aux attaques de panique.

Le trouble d'anxiété de séparation

Il s'agit d'une anxiété excessive lors de la séparation d'un sujet et de ses figures d'attachement.

Le mutisme sélectif

Il s'agit de l'incapacité chez un sujet de parler lors de situations particulières. Coexiste en général avec l'anxiété sociale et la timidité.

Ces troubles présentent une importante prévalence au cours d'une vie estimée à 12% en France, selon le ministère de la santé (2006). La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a évalué en 2006 à 31% le nombre de résidents d'EHPAD souffrant de troubles anxieux.

Comme nous avons pu le voir, le système limbique permet l'identification des menaces et la génération de l'anxiété. La partie corticale intervient dans l'évaluation et la régulation de la réponse émotionnelle. En cas de dégénérescence, plus particulièrement celle liée à la maladie d'Alzheimer, l'hippocampe est atteint. L'anxiété chez le sujet âgé dément peut alors être expliqué par la dégénérescence de cette zone.

Il est donc primordial de repérer et prendre en charge l'anxiété chez un sujet afin d'éviter le développement de trouble anxieux et secondaires (dépression, addiction, etc.).

2- Anxiété et psychomotricité

a. Définition de la psychomotricité

L'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP) définit la psychomotricité comme le langage du corps « Le corps est un langage : des gestes, des mimiques, des attitudes, des comportements. ».

Ce langage peut être harmonieux ou bien confus. « Langage harmonieux et clair lorsque l'esprit, la personnalité ont réussi à se développer normalement, à trouver leur position d'équilibre. Langage confus, dévié ou bloqué, lorsque esprit et personnalité souffrent de troubles divers : inadaptation, malaises, inhibitions... »

Ainsi, les tensions sont exprimées à travers le corps via ce langage. « C'est ce langage que le psychomotricien cherche à libérer lors des séances de rééducation psychomotrice, thérapie qui utilise toutes les techniques d'expression : expression corporelle, musicothérapie, mime, ateliers de graphomotricité et de dessin, relaxation... Le psychomotricien est alors le médiateur qui aide l'autre à retrouver les clefs de son corps, qui sont celles de l'épanouissement de sa personnalité et de son équilibre » (ISRP, paragr. 1).

La psychomotricité, est donc une fonction physiologique du corps humain qui caractérise sa manière de fonctionner. Elle relie nos fonctions sensorielles, motrices, émotionnelles et intellectuelles pour nous permettre d'interagir avec notre environnement tout en contrôlant notre corps.

Professionnel paramédical diplômé d'Etat, le travail du psychomotricien permet de favoriser le bon développement psychomoteur et de le préserver tout au long de la vie. Il s'agit de situer le patient (bébé, enfant, adolescent, adulte, personne âgée) quelle que soit sa problématique au carrefour entre le cognitif (le savoir-faire), le moteur (le pouvoir faire) et le psycho-affectif (le vouloir faire).

Le psychomotricien s'occupe donc du corps et de l'investissement de celui-ci.

b. Psychomotricité avec les personnes âgées

« Le psychomotricien accompagne et aide les personnes confrontées à des difficultés psychologiques exprimées par le corps par des médiations corporelles [...] L'objectif est de réconcilier la personne avec son corps, à lui procurer une aisance gestuelle et à lui faire retrouver une sensation de bien-être physique et psychique. En somme, à trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel. » POCHART (2015, paragr. 2).

Le vieillissement peut être défini comme un ensemble de processus physiologiques et psychologiques modifiant la structure et les fonctions de l'organisme, entrainant une dégradation progressive des capacités physiques et mentales d'une personne, majorant ainsi le risque de maladie, et le décès. (OMS, 2018, paragr. 8)

Depuis quelques décennies, nous pouvons remarquer, selon l'INSEE (Janvier 2020), une sensible augmentation de l'espérance de vie. En 2016, 1 français sur 5 avait plus de 65 ans, soit 20% de la population française. Ainsi, si l'on se projette, et que les tendances démographiques se maintiennent, en 2060, il y aura 23,6 millions de personnes de 60 ans et plus soit un tiers de la population, dont 11,9 millions de plus de 75 ans et 5,4 millions de plus de 85 ans. (A noter qu'avec la pandémie, ces statistiques ont diminué. L'INSEE (Janvier 2021) estime que l'espérance de vie s'est réduite de 0,4 an pour les femmes et 0,5 an pour les hommes, selon le bilan démographique de 2020.)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une personne âgée ou un « aîné » désigne une personne de 75 ans ou plus. En effet, c'est autour de 75 ans que la santé peut commencer à se dégrader et ce de manière durable, engendrant des vulnérabilités. La vie sociale diminue et un « processus de retrait » peut s'observer.

Face à ces chiffres, le psychomotricien intervient afin de proposer des évaluations et des accompagnements adaptés selon le lieu de vie et les difficultés rencontrées par cette population, tout en prenant en compte ses spécificités.

<u>La symptomatologie du vieillissement normal impacte plusieurs plans (selon ALBARET et AUBERT, 2001 pp 15-45)</u>:

· Le plan moteur

Les os se fragilisent par une perte minérale, le risque de chute et de fracture se voit alors augmenté. Les articulations perdent de leur souplesse et le cartilage s'abime, engendrant des raideurs et douleurs. Les fibres musculaires diminuent en nombre et en diamètre, induisant une perte de masse et de force musculaire. Il peut alors y avoir des troubles de la régulation tonique induisant un recrutement tonique inadapté.

Ces modifications ont pour répercussion un ralentissement psychomoteur, un effondrement de l'axe corporel, des troubles de la régulation tonique, des difficultés de motricité fine (diminue l'autonomie dans les gestes du quotidien : écriture, boutonner, dévisser). La marche est alors moins assurée, on pourra observer une diminution de la longueur et la hauteur des pas, une augmentation

du polygone de sustentation et des coordinations plus lentes, moins précises et maladroites. ALBARET décrit la difficulté de mise en œuvre des coordinations qui induisent de la fatigue chez le sujet âgé.

· Le plan perceptif et sensoriel

Avec l'âge, les capacités sensorielles intéro et extéroceptives diminuent, les stimuli sensoriels sont alors perçus moins aisément. L'acuité visuelle décline et les capacités auditives se réduisent. La détérioration visuelle et auditive des personnes âgées peut impacter leur vie sociale et engendrer un repli, des troubles de la communication, de l'apathie, de l'anxiété mais peut également désorienter, induire des chutes. Il faut donc en tenir compte durant la prise en charge.

Le toucher perd en sensibilité, mais reste le sens préservé le plus longtemps (les médiations psychomotrices peuvent donc s'appuyer dessus). Les capacités olfactives et gustatives diminuent, gouts et odeurs sont plus difficiles à percevoir, une dénutrition peut en résulter. L'âge induit un affaiblissement des sensations vestibulaires et une altération de la sensibilité proprioceptive. On peut également observer une altération des systèmes de contrôle de la douleur engendrant une tolérance moindre aux fortes stimulations nociceptives et une localisation imprécise de la douleur.

L'altération des sens peut ainsi conduire à une diminution de la conscience et de la représentation corporelle avec une modification de l'image du corps.

· Le plan neurologique et cognitif

On peut observer une diminution de la densité neuronale, de la vitesse de conduction des informations et du volume de la substance blanche, ainsi que des difficultés d'attentions.

Le vieillissement induit également des troubles mnésiques. La mémoire de travail est la première impactée, suivie de la mémoire sémantique. La mémoire procédurale et la mémoire corporelle sont quant à elles préservées. Le psychomotricien peut donc s'appuyer sur la mise en jeu du corps.

Par ailleurs, les fonctions exécutives sont elles aussi mises en jeu, les capacités d'organisation, de planification, de flexibilité mentale et d'inhibition sont altérées.

· Le plan psychique

Une fragilisation psychologique est induite par le vieillissement. C'est une période de remise en question (bilan de vie), de deuil, avec une augmentation des troubles anxieux, des plaintes, des sentiments négatifs, des pensées et un imaginaire plus limité. Face à cela, les personnes âgées peuvent avoir moins de ressources pour y faire face. L'estime de soi et le bien-être psychique sont alors impactés. TRINCAZ (2015, pp. 467-477) met en avant que le vieillissement et sa «

métamorphose, vécue comme une violence, fait du corps un compagnon obligé qui ne se plie plus aux désirs ni aux attentes. Il devient un alter ego exigeant et tyrannique. » Le sujet âgé peut alors éprouver des difficultés d'acceptation, d'adaptation et de flexibilité aux changements induits par son vieillissement.

· Le plan biologique et physiologique

Le vieillissement engendre des diminutions et/ou fragilités cellulaires impactant les fonctions cardio-respiratoire, immunitaire, hormonale, sensorielle, alimentaire, et le sommeil. En effet, le sommeil est de moins bonne qualité, les réveils nocturnes sont plus fréquents. L'appétit est diminué. La masse hydrique corporelle diminue, favorisant la déshydratation et la dénutrition.

Bien sûr, les évolutions propres au processus de vieillissement citées ci-dessus ne sont pas exhaustives et peuvent différer d'un sujet à l'autre.

Le vieillissement normal touche ainsi les fonctions psychomotrices. Il s'agira alors dans un premier temps pour le psychomotricien et l'équipe pluridisciplinaire d'évaluer si ces fonctions sont valides au regard du vieillissement normal ou s'il se développe un versant pathologique. L'évaluation psychomotrice permet d'établir une relation thérapeutique. Selon ALBARET (2003), le bilan « est le premier geste thérapeutique du psychomotricien ». C'est une mise en mots et une prise de conscience des troubles. Le bilan permet d'affiner et compléter le diagnostic médical, tout en participant à l'orientation de la personne à différent niveau : prévention, traitement, accompagnement, etc.

Dans un second temps, le psychomotricien viendra stimuler et/ou rééduquer les fonctions psychomotrices en accompagnant (si nécessaire ou si la personne le souhaite) le maintien des capacités et l'amélioration des fonctions. Cela dans le cadre d'un projet thérapeutique individualisé, avec des objectifs, des modalités, des médiations particulières. L'objectif principal étant de conserver le plus longtemps possible l'autonomie et la sérénité de la personne dans son quotidien. Lorsqu'un sujet perd de son autonomie, et qu'il ne lui est pas possible de la récupérer, le psychomotricien vient également l'accompagner dans ce deuil afin d'accepter la situation et de mieux vivre avec.

En gériatrie, le psychomotricien est également habilité à prendre en charge l'anxiété, la douleur, l'accompagnement de fin de vie, les troubles psycho-comportementaux, etc...

On peut alors distinguer le vieillissement pathologique de la senescence. Le vieillissement devient pathologique lorsqu'il y a détérioration ou apparition de trouble concourant à un risque de dépendance. Le psychomotricien peut intervenir auprès des sénescents dans un cadre préventif. Il prend en charge principalement le vieillissement pathologique.

Ce mémoire ne portant pas sur les pathologies du vieillissement, je ne ferai que brièvement en nommer les causes principales.

Le vieillissement pathologique est principalement causé par les maladies neurodégénératives ; telles la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, ou bien encore les démences (fronto-temporales, Korsakoff, à corps de Lewy, etc) ; les accidents vasculaires cérébraux (ischémique ou hémorragique) mais aussi les cancers. Ces pathologies ont une répercussion sur l'organisation psychomotrice de l'individu induisant, la plupart du temps, une entrée en EHPAD.

L'institutionnalisation et le processus de vieillissement normal ou pathologique, sont alors source d'anxiété. Cette dernière peut alors induire un déséquilibre psychomoteur chez le sujet.

c. L'anxiété chez la personne âgée

GUM et AL ont menés en 2009 une étude scientifique montrant que 5,6% à 14,5 % des sujets âgés souffrent d'un trouble anxieux. De plus, selon BECKMAN (2011), l'anxiété chez les personnes âgées est la plupart du temps suivie de dépression.

Selon PAYETTE et GRENIER (2013), l'anxiété gériatrique est principalement caractérisée par l'anticipation. Les personnes âgées ont tendances à anticiper des conséquences qui pourraient être désastreuses pour elles ou leurs proches. Cela induit des sensations et comportements déplaisants pour la personne.

Vignette clinique

Mme B, 80 ans, atteinte d'une démence de type Alzheimer associé à un trouble anxieux-dépressif, réside à l'unité protégée de l'EHPAD. Conversation durant la déambulation pathologique de Mme B dans l'unité:

Mme B: « J'ai peur »

Psychomotricienne: « De quoi avez-vous peur? »

Mme B: « De faire une bêtise qui pourrait faire du mal à tout le monde »

Psychomotricienne : « De quel genre de bêtise parlez-vous ? »

Mme B: « Je ne sais pas, mais j'ai peur de vous faire du mal »

Durant cette discussion, Mme B a un tonus élevé. Elle me tient la main avec un touché appuyé me faisant sentir sa tension.

Ce mal-être aussi bien psychique que physique peut alors retentir sur la vie de la personne âgée : développement d'une dépression, isolement social, développement de pathologies (cardiaque, respiratoire, gastro-intestinale, etc).

BEURS et AL (1999) et PHILIPPS et AL (2009) ont ainsi mis en évidence que les troubles anxieux gériatriques ont des conséquences sur le quotidien des personnes âgées, notamment le déclin du bien-être psychocorporel et l'augmentation du risque de mortalité.

L'anxiété a donc une répercussion sur la santé du sujet âgé, car l'OMS le rappelle : « 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. » (1946, paragr. 1)

L'anxiété peut apparaître chez les personnes âgées, qu'elles aient un vieillissement normal ou pathologique, en raison de la symptomatologie de celui-ci : diminution des capacités, fragilisation, augmentation du risque de chute, pertes de mémoire, dépendance, entrée en institution, etc.

L'institutionnalisation est, en effet, un facteur potentiel d'anxiété chez le sujet âgé. L'entrée en EHPAD est un changement pour l'individu et engendre une perte de repères spatio-temporel et des habitudes de vie. Il découvre un nouvel environnement totalement différent, avec de nouvelles personnes et une nouvelle routine de vie. La personne précédemment isolée à son domicile vient à vivre en communauté, avec des individus pouvant présenter de lourdes pathologies. Le sujet doit alors s'y adapter.

Vignette clinique

Mme D 79 ans est atteinte de la maladie d'Alzheimer associé à un trouble anxieux et dépressif. Le 1er décembre 2019, Mme D fait son entrée au sein de la résidence, en effet, en raison de sa pathologie, elle ne peut vivre seule à son domicile. Son fils habitant en Suisse a donc jugé bon pour elle qu'elle soit institutionnalisée.

Le lendemain, complètement désorientée Mme D est dans un état d'anxiété généralisé, elle a fait appel à la gendarmerie qui est venue la prendre en charge à l'EHPAD. Mme D est dans un état d'agitation psychomotrice, elle crie et pleure, elle ne sait pas où elle est et pourquoi elle s'y trouve. Elle est dépourvue de tout repère ce qui l'a mise dans un profond état d'anxiété.

Il a donc fallu redonner des repères à Mme D. Je l'ai d'abord emmené en salle Snoezelen afin de l'apaiser. Une fois le dialogue établi, nous avons discuté de sa présence ici puis nous avons visité l'établissement. Rassurée mais épuisé après un tel état d'agitation, j'ai raccompagné Mme D à sa chambre, où elle a pu se reposer.

Vignette clinique

Mme L, 82 ans, est entrée à la résidence suite à un accident vasculaire cérébral (AVC). Très anxieuse de ce changement, et ne comprenant pas la décision de sa fille, Mme me dit lors d'un entretien d'anamnèse, dans un état d'agitation psychomotrice « vous savez, je ne me fais pas de fausses idées, si je suis ici c'est pour finir ma vie et mourir ».

Par ailleurs, en 2020, suite à la survenue de la crise sanitaire liée au SARS-Cov-2, de nombreuses mesures ont été prises au niveau national. Le déferlement médiatique vis-à-vis de la pandémie a pu générer un climat anxiogène.

Le 11 mars 2020, face à l'ampleur de la propagation du virus, le gouvernement suspend l'intégralité des visites extérieures dans les EHPAD. Les personnes âgées institutionnalisées perdent alors le lien direct avec leurs proches.

A la suite, les EHPAD, afin de limiter le risque de propagation entre les différentes unités et les résidents, ont pu imposer le confinement en chambre. Les sujets âgés se retrouvent alors enfermés dans un espace clos et restreint (environ 14m²), entourés par cette anxiété flottante et continue.

Cette pandémie a contribué ainsi à l'accentuation de l'anxiété chez certain, et l'apparition d'un état anxieux chez d'autres.

L'anxiété ayant de multiples retentissements sur la personne âgée et sur ses fonctions psychomotrices, une prise en charge en psychomotricité semble être pertinente.

d. Intérêt de la prise en charge psychomotrice de l'anxiété

L'anxiété est considérée comme une émotion ayant un impact sur les fonctions neurovégétatives. Le système nerveux végétatif innerve les viscères, les muscles, les glandes exocrines et endocrines, la vasomotricité, la sensibilité. Il se divise en trois systèmes : sympathique, parasympathique et entérique. L'anxiété vient donc troubler son bon fonctionnement.

Lorsque l'on somatise cette anxiété, elle s'exprime corporellement de différentes manières par le biais du tonus, des postures, des attitudes. Le psychomotricien peut donc venir repérer visuellement cela.

CARRIC (2014 p.254) explique que le tonus est « le support essentiel et premier des émotions ». WALLON parle en 1930 de « dialogue tonique » (p. 159). DE AJURIAGUERRA en 1977, approfondit cette notion en abordant le « dialogue tonico-émotionnel ». Chez l'individu, l'émotion s'exprime à travers la composante tonique du mouvement. L'émotion est donc un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur, c'est une décharge tonique. Le concept de tonico-émotionnel permet de relier corps et émotion au travers d'une dynamique psychomotrice.

Au cours de la senescence, le dialogue tonico-émotionnel prend de l'ampleur lorsque le langage se détériore.

Ainsi, le psychomotricien vient prendre en charge ce langage tonico-émotionnel confus lors de séances d'éducation, rééducation, de thérapie, afin que les individus puissent trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel, leur permettant un meilleur équilibre. La médiation canine en psychomotricité est une approche permettant d'y contribuer.

Cette prise en charge peut se faire en parallèle d'un traitement pharmacologique. En effet, en EHPAD, les anxiolytiques (à court terme) et les antidépresseurs (à long terme) sont fréquemment prescrits afin d'aider les résidents dans la gestion de leur anxiété. La prise médicamenteuse doit être rigoureuse : prescrite et suivie par un médecin.

Parfois, le traitement médicamenteux ne suffit pas aux patients. L'association au traitement, d'une prise en charge non médicamenteuse, comme par exemple la psychomotricité, peut être bénéfique pour les sujets, à condition qu'ils s'investissent dans les séances proposées.

III- Psychomotricité et médiation animale

1- La médiation en psychomotricité

GIROMINI définit une médiation comme une « technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle. » (2012, p.254)

Cette définition laisse place à une relation triadique entre un professionnel, un bénéficiaire et un médiateur.

Le psychomotricien, par son savoir-faire ; son habileté à mettre en œuvre son expérience et ses connaissances acquises ; utilise différentes médiations, richesse de sa profession. Selon RODRIGUEZ (1999, pp. 822-825), la psychomotricité peut être qualifiée de thérapeutique à médiation corporelle « pour en souligner le caractère essentiellement non verbal de son mode d'action ».

AJURIAGUERRA et SOUBIRAN (1960) évoquent pour la première fois la médiation corporelle en psychomotricité. C'est plus tard, dans les années 1990, que la notion de médiation thérapeutique apparait, dans l'idée d'utiliser un médiateur spécifique dans une relation.

La médiation est pensée comme un processus thérapeutique singulier par son mouvement de transitionnalité (WINNICOTT, 1971). Dans *Jeu et réalité*, WINNICOTT (1971) aborde le fait que la créativité sous-tendue par la médiation permet l'aire d'illusion, or l'étymologie de ce terme signifie « *entrer en jeu* ». La médiation permet au patient de redéfinir son rapport à soi, aux autres et à son environnement donc sa psychomotricité par la mise en jeu de son corps.

La médiation animale se différencie des autres médiations par l'introduction d'un être vivant et sensible. L'animal médiateur se situe alors dans un espace transitionnel. Selon GIROMINI (2012) le médiateur est un support de communication, de créativité, de richesse interne, facilitant l'expression des émotions, du contenu psychique à travers des possibilités d'appropriation et de transformation. Mais cela n'est possible qu'« en supposant que c'est la corporéité du

psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre qui en est le médiateur ». Ainsi, le psychomotricien, par son engagement corporel permet le passage d'une expérience vécue en une représentation.

2- La médiation animale sous toutes ses formes

a. Médiation animale et zoothérapie : quelle différence?

Alors qu'en France on aborde davantage le terme de médiation animale, sa dénomination change selon les pays. Il existe ainsi différents termes désignant des pratiques en lien avec l'animal telle que « médiation animale », « zoothérapie », « thérapie assistée par l'animal » (TAA), « thérapie facilitée par l'animal », etc. Il y a donc une confusion entre les divers termes, le manque d'un choix commun, l'absence d'une définition claire et générale, et les différentes pratiques professionnelles (Association Résilienfance).

C'est au Québec qu'est né le mot « zoothérapie ». Selon BEIGER (2018), la zoothérapie est « une méthode qui favorise les liens naturels et bienfaisants, entre les humains et les animaux et qui s'applique à toute activité impliquant l'utilisation d'un animal auprès de personnes, à des fins préventives, thérapeutiques ou récréatives » (pp. 14-15).

ARENSTEIN (2014) préfère lui utiliser le terme de « thérapie assistée par l'animal » qu'il définit comme « une approche structurée d'intervention en réadaptation psychologique/physique qui intègre un animal dans le processus afin de favoriser l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Ainsi, lors d'une TAA, on retrouve, comme dans toutes formes de thérapie, un plan de traitement » (p. 12)

Le mot « Thérapie » prête à confusion. En grecque « therapeia » signifie « cure ». Le dictionnaire Larousse définit une thérapie comme un traitement médical, un traitement conduisant à la guérison. Or l'animal ne peut jouer le rôle de médicament et traiter à lui seul une pathologie, un trouble, une difficulté.

La fondation A&P Sommer a entamé une réflexion sur la dénomination de « médiation animale » dans la relation et les interactions Homme-animal et l'a ainsi définie comme « la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social, pratiques, telles qu'elles sont conduites dans les institutions éducatives et médico-sociales entre autres ».

L'Institut Français de Zoothérapie (IFZ), définit la médiation animale (MA) comme « un soin alternatif non médicamenteux qui se pratique à l'aide d'un animal familier, consciencieusement sélectionné et éduqué, sous la responsabilité d'un professionnel, appelé «

l'Intervenant Professionnel en médiation animale » dans l'environnement immédiat de personnes chez qui l'on cherche à éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer leur potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif. » (2020, paragr. 2). Elle est aussi utilisée dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social (Fondation AP Sommer, 2017) et auprès de divers publics : enfants, adultes et personnes âgées (De Villiers, 2015)

En effet, la présence animale apporte un mieux-être mais ne peut prétendre guérir un trouble, il s'agit donc d'un médiateur. La présence d'un professionnel (psychomotricien, éducateur spécialisé, psychologue, ...) ayant des connaissances sur la situation du patient mais aussi sur les capacités et limites de l'animal est nécessaire. Il y a ainsi une influence réciproquement bénéfique entre l'Homme et l'animal qui s'inscrit dans une relation triadique entre le patient (bénéficiaire), le psychomotricien (thérapeute et médiateur) et l'animal (médiateur).

Selon la fondation A&P Sommer c'est cette trinité qui enrichit, au-delà de la seule présence de l'animal (par exemple le chien), le contenu éducatif ou thérapeutique; le médiateur pouvant être tour à tour l'intervenant ou l'animal. L'intervenant parce qu'il propose des activités de rencontres positives pour les uns et les autres et, dans la mesure du possible, des interprétations, des retours sur ce qui se passe. L'animal parce qu'il va déclencher, par son comportement, des réactions chez l'intervenant et le bénéficiaire des séances. Ici se différencie la médiation animale de la présence d'un animal de compagnie au domicile. En effet, le thérapeute apporte du sens et de l'intérêt à la relation entre le patient et l'animal.

La médiation animale consiste en la mise en place de différents ateliers ou activités thérapeutiques visant des personnes fragilisées dans leur vie, à l'aide d'un médiateur : l'animal. La présence de celui-ci représente un support pour le professionnel qui l'adapte en fonction de ses compétences, de son métier et de ses objectifs. Le psychomotricien propose alors au patient un accompagnement global en fonction de son histoire de vie, de ses intérêts, de ses compétences et difficultés afin d'apporter une résonnance dans la prise en charge thérapeutique et la relation entre le sujet et l'animal.

L'objectif de cette médiation est d'utiliser les qualités naturelles de l'animal pour apporter un certain bien être à une personne. La fondation A&P Sommer parle de l'apport de l'animal sur les plans émotionnels, relationnels, psychiques, sensorielles et posturales (en rééducation fonctionnelle).

« L'animal possède une âme, il a la capacité de communiquer, de composer, même si cela lui est limité » CONDILLAC (s.d.).

En définitive, je trouve plus approprié de parler dans mon mémoire de médiation animale et plus spécifiquement de médiation canine. L'animal vient soutenir en tant que médiateur la pratique du psychomotricien.

b. La médiation animale? Pas vraiment nouveau

Depuis toujours l'Homme s'intéresse à l'animal. Les prémices de la médiation animale se sont faites avec des oiseaux et des animaux de la ferme. Mon sujet se portant sur la médiation canine, je ne parlerai que de l'évolution de celle-ci, qui a débuté tardivement.

Au XX^e siècle, en 1919 à Washington, aux Etats-Unis, l'animal est utilisé pour la première fois comme outil thérapeutique dans un hôpital psychiatrique. Des chiens étaient utilisés comme compagnons des patients hospitalisés.

En 1942, l'utilisation formelle d'un animal comme assistant-thérapeute fait son apparition dans un hôpital de convalescence des blessés de guerre. Les chiens permettent ainsi de remonter le moral des patients et par conséquent d'accélérer leur guérison. De plus, un programme les encourage à travailler avec divers animaux de ferme pour augmenter leur sentiment de sécurité, leurs ambitions et leurs intérêts.

En 1953, le psychiatre américain Boris LEVINSON menant des travaux sur l'autisme, reçut un enfant autiste à son cabinet. Il remarqua que sa chienne, Jingle, (exceptionnellement présente) se dirigea instinctivement vers celui-ci ; elle renifla et lécha l'enfant, provoquant un changement de comportement chez ce dernier. De nature replié sur lui-même et refusant toute communication avec le monde extérieur, l'enfant se mit alors à parler au chien et demanda même à le revoir. Les séances se poursuivirent en présence de Jingle qui servit de médiateur entre le thérapeute et l'enfant. C'est alors qu'est née la médiation animale. Il consacra le reste de sa vie (jusqu'en 1984) à démontrer le rôle complémentaire de l'animal dans une thérapeutique et créa la théorie de la « Pet Oriented Child Psychotherapy » appelée communément zoothérapie.

Par la suite, le couple de psychiatre Sam et Elisabeth CORSON développèrent les travaux de LEVINSON. Ils élaborèrent en 1977 le premier programme de zoothérapie dans une unité psychiatrique à l'Université d'Etat d'Ohio, la « Pet Facilitated Therapy ». Ils observèrent les

bienfaits des chiens chez des patients atteints de maladies mentales ne réagissant pas aux traitements médicamenteux et/ou étant réfractaires aux thérapies conventionnelles. Ils constatèrent une diminution de la prise de psychotropes et une amélioration du bien-être de leurs patients.

En 1978, l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie (AFIRAC) est créée par la vétérinaire Ange CONDORET. Elle crée la méthode d'Intervention Animale Modulée Précoce (IAMP), permettant la détection précoce des troubles de la communication (verbale et non verbale) chez les maternels. Les enfants étaient mis en contact d'animaux, principalement des chiens, afin d'être stimulés, rassurés et d'induire une communication.

En 1983, MARANDA-BOUCHARD, psychologue canadienne et VILLANCOURT, vétérinaire, fondent conjointement l'Institut Canadien de Zoothérapie à Montréal. L'objectif était de développer et promouvoir les liens naturels entre les humains et les animaux à des fins de prévention, de thérapie et de réadaptation.

Les années suivantes, la zoothérapie prend de l'ampleur aux Etats-Unis, et des universités proposent des formations allant de 3 à 5 ans d'études.

C'est en 2003 que François BEIGER créa l'Institut Français de Zoothérapie après avoir étudié l'éthologie canine et avoir suivi des études sur la psychanalyse et la psychologie humaine à Montréal auprès de WINNICOTT et KLEIN.

« De toutes les thérapies qui ont vu le jour ces dernières années, la zoothérapie est peut être celle qui s'appuie sur l'un des plus anciens et des plus constants phénomènes naturels : le lien étroit qui se tisse entre l'être humain et l'animal » Dr Maria TANASA (2009, p.3)

Cela fait maintenant 18 ans que la médiation animale, ou zoothérapie est reconnue comme une spécialisation des métiers de la santé.

c. Formation à la médiation animale

« Zoothérapeute n'est pas une profession en soi mais une spécialisation des différents métiers de la santé ou du social, ou de l'enseignement spécialisé » BEIGER (2018, p. 15)

Les études de psychomotricité offrent un panel de connaissances théoriques sur les différentes populations que le psychomotricien est amené à rencontrer, ainsi que sur les différentes médiations qu'il peut proposer. Le psychomotricien nouvellement diplômé possède alors une valise remplie de savoirs qu'il continuera à développer tout au long de sa carrière, comme en se formant à la médiation animale.

Le thérapeute est garant du soin de son patient mais également du bien-être de son animal et de ses compétences. Cela nécessite donc l'acquisition d'un bagage de connaissances éthologiques, éducatives et hygiéniques sur l'animal, portant l'intérêt de la formation.

Comme le dit DIBOU (2017) « Un chien médiateur est avant tout un chien de travail. C'est un chien à qui l'on va demander un travail de stimulation, de déclenchement et de médiation. » (p. 13). Mais celui-ci n'en reste pas moins un être vivant sensible et intelligent. Le thérapeute doit donc veiller au bien être de son animal en toutes circonstances, mais également à son éducation qui doit être construite sur des bases solides et bienveillantes pour parfaire la relation triadique.

« Il doit avant tout être formé professionnellement aux pratiques et à l'analyse de la médiation par l'animal pour lui permettre d'intervenir auprès de personnes ayant des difficultés d'ordre psychique, psychosocial, physiques, de troubles psychiatriques ou d'ordre scolaire ». BEIGER (2018, p. 15).

Vignette clinique

Lorsque je sens que ma chienne Jinmay est fatiguée et peu réceptive, je la laisse se reposer sur son tapis et poursuis la séance en m'adaptant. Jinmay revient vers nous lorsqu'elle se sent mieux. Il arrive parfois qu'elle ne revienne pas, cela signe alors la fin de sa journée. Je l'aide à se ressourcer en la promenant ou en la laissant tranquillement dans un coin du bureau.

Le chien doit alors pouvoir présenter une santé mentale et physique stable ainsi qu'être rigoureusement éduqué afin de pouvoir, grâce à ses compétences acquises, répondre de manière adaptée au thérapeute et aux patients.

Par ailleurs, des connaissances hygiéniques sont nécessaires à la pratique. En effet le chien peut être porteur de parasites, virus, bactéries pouvant nuire à la santé fragile des populations rencontrées. Et *vice versa*, l'Homme peut être porteur de zoonose transmissible au chien, bien que cela soit rare. Cela nécessite une formation et l'établissement d'un protocole strict qui doit alors

être tenu, aussi bien dans le suivi vétérinaire de l'animal que dans la structure d'intervention (cf. annexe 1).

Il existe diverses formations en zoothérapie allant des bases aux connaissances plus poussées selon les publics ciblés. Cependant seule une formation d'un organisme est diplômante et reconnue par l'Etat.

L'institut de formation Agatéa propose le titre professionnel de chargé de projets par la médiation animale. Reconnue par arrêté ministériel du 17 décembre 2018 - JORF n°0295 du 21 décembre 2018 texte n° 63.

Quant à l'IFZ (Institut Français de Zoothérapie), il est le premier organisme de formation professionnelle de médiation par l'animal à avoir ouvert en France. Mais ses formations ne sont pas reconnues par l'Etat. « Nos formations sont reconnues par la plupart des établissements publics et privés de la santé et du social » (paragr. 3).

Ainsi, malgré le manque de formation diplômante, le Syndicat National Français des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation Animale a instauré une charte d'éthique et de déontologie recouvrant l'exercice de la profession du thérapeute en médiation animale. Cette charte inclus le respect des droits du patient et de l'animal, de la responsabilité de la santé, de l'aptitude et de la protection de l'animal pour encadrer les intervenants formés.

3- La médiation canine : pourquoi le chien ?

Première espèce obtenue suite à la domestication du loup, le chien, présent mondialement, a depuis toujours une relation particulière à l'Homme. Domestiqué et utilisé dans le quotidien de l'Homme (chasse, transport, guerre, garde d'animaux, assistance au handicap, etc.), c'est au fil des années que le chien a trouvé sa place auprès de celui-ci.

La médiation animale privilégie le chien depuis ses débuts pour « ses qualités et sa proximité avec l'humain depuis des millénaires, qui font de lui le parfait partenaire pour initier des actions de médiation pérennes et bénéfiques » (Fondation A&P Sommer, 2020).

En effet, ARENSTEIN (2013) rappelle la grande citation d'HUXLEY « pour un chien, tout homme est Napoléon, d'où la grande popularité des chiens. » (p143). Le chien idolâtre l'Homme et peut répondre à toutes ses demandes par affection pour lui. « Il peut être compagnon de solitude et de jeu, dispensateur d'affection, gardien de la maison [...] de nos enfants et de notre tranquillité.

Il peut tour à tour obéir [...], nous divertir [...], nous protéger [...], nous guider [...], nous écouter sans juger (comme un thérapeute) » (ARENSTEIN, 2013, p. 143). Les chiens ont donc une grande capacité d'adaptation à leur maitre.

Ils offrent une diversité d'activités et d'interactions nettement plus riches que les autres animaux.

Le chien est un animal familier, qui éveille les souvenirs. Lorsqu'il entre dans un lieu, c'est généralement lui qui est vu en premier, avant même l'intervenant.

Ses multiples qualités (intelligence, sociabilité, sensibilité, attention, adaptation comportementale, etc.), peuvent être mises en avant dans un cadre thérapeutique apportant bon nombre de bénéfices aux sujets. Il a cette envie de faire pour l'Homme, il lui dévoue sa disponibilité.

En médiation animale, le chien est « le déclencheur, le médiateur qui va permettre au professionnel de rentrer en contact avec ces personnes par une autre voie » DIBOU (2017, p. 14). La fondation A&P Sommer insiste sur les bienfaits psychocorporels qu'ils apportent à l'Homme, notamment la valorisation, la confiance en soi, la gestion des émotions, la facilitation de la communication. « Le chien ne juge pas, aide à sortir de l'isolement, de la solitude, apporte chaleur et réconfort ».

Nous verrons donc quels liens se sont créés entre Jinmay, les résidents et moi et comment cela peut viser à diminuer l'anxiété chez les personnes âgées durant la crise sanitaire. Ceci dans une partie davantage clinique. Mais avant, je vais présenter l'EHPAD dans lequel ce projet a été mis en place et j'expliquerai le cadre clinique des prises en charge en psychomotricité avec l'animal.

Partie 2 : Clinique

I- Présentation de l'EHPAD

Alternante en EHPAD depuis septembre 2019, j'ai pu me voir évoluer et m'épanouir aussi bien professionnellement que personnellement dans l'apprentissage du métier de psychomotricien auprès des personnes âgées et des différents publics rencontrés lors de stages effectués durant mon cursus.

En mars 2020, l'épidémie de COVID-19 a généré la mise en place d'un confinement généralisé, y compris pour les résidents qui ont été astreints à leur chambre. Les salles de motricité, snoezelen et de balnéothérapie ont été fermées pour des raisons sanitaires. Il m'a donc fallu adapter mes activités. Mon projet extra-académique (PEA) autour de la médiation animale étant stoppé pour les mêmes raisons, j'ai proposé à l'EHPAD des séances de médiation animale avec ma chienne (spitz japonais aveugle de naissance, âgée de 7 ans). J'ai pour cela présenté mon projet (cf. annexe 2) avec ce que cela impliquait et les objectifs psychomoteurs attendus. Ma directrice a de suite accepté et en 3 jours j'ai pu mettre en place le projet « Psychomotricité avec l'animal ».

Une décharge de responsabilité a été signée entre la structure et moi. (*Cf. annexe 3*) En cas de potentiel accident (chute, morsure), la responsabilité est celle de l'EHPAD. Suite à une visite chez le vétérinaire, ma chienne a obtenu un certificat de bonne santé mentale et physique et un protocole sanitaire a été mis en place avec l'EHPAD.

1- La structure

Fondé en 1990, l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) dans lequel je suis en apprentissage, a été conçu de plein pied en forme de satellite. Cette forme particulière mettant en scène l'accueil et les parties communes tel le module central d'un satellite, et les quatre couloirs autours, en interdépendance, similaires aux panneaux nécessaires au bon fonctionnement du satellite, ressort comme un atout fonctionnel pour l'EHPAD. Celui-ci peut accueillir 110 résidents dont 14 en Unité Spécifique Alzheimer (USA) et 10 en Unité Grand Dépendant (UGD), du GIR 1 à 6 (Groupe Iso Ressource évaluant le niveau de dépendance). Le GIR 6 étant attribué aux personnes autonomes et le GIR 1 aux personnes ayant perdu leurs capacités motrices et/ou cognitives, nécessitant alors une aide totale extérieure (*cf. annexe 4*).

Les pathologies rencontrées au sein de cet EHPAD sont diverses : démences de type Alzheimer, Parkinson, a corps de Lewy, Korsakoff, vasculaires, cérébrales, etc.

L'EHPAD souhaite avant tout proposer à ses résidents un cadre de vie chaleureux et convivial dans un standing haut de gamme. La résidence a été conçue pour être un lieu de vie sécurisant et confortable, dédié au bien-être des personnes âgées. De nombreux espaces de vie sont aménagés afin que les résidents puissent profiter de moments calmes avec leurs proches ou leurs voisins de chambre.

Ainsi, la résidence organise de nombreuses activités variées et adaptées afin de stimuler ses résidents. D'ailleurs, les familles sont régulièrement invitées à participer à la vie de la résidence.

L'institut a pour objectif d'offrir la sécurité d'un accompagnement personnalisé, tout en respectant l'intimité grâce à un personnel attentionné. Chaque résident se voit créer un projet de soin individualisé à son arrivée. Celui-ci est mis en place par l'équipe pluridisciplinaire en concertation avec le résident et sa famille. Le but vise à maintenir l'autonomie de chacun le plus longtemps possible tout en développant et/ou poursuivant une vie sociale riche et dynamique.

2- Le personnel de l'établissement

L'EHPAD regroupe une équipe pluridisciplinaire composée d'une directrice d'exploitation avec son adjointe, une secrétaire adjointe de direction, deux secrétaires, un médecin coordinateur, une infirmière coordinatrice, cinq infirmier(e)s, un agent de maintenance polyvalent, trois cuisiniers, une référente hébergement, deux lingères, trois agents de nettoyage, vingt soignantes dont des aides-soignantes (AS), des aides médico-psychologiques (AMP) et des auxiliaires de vie (AV), deux kinésithérapeutes extérieurs, une psychomotricienne apprentie, un animateur, et de nombreux intervenants extérieurs (chanteur, médiateur animal, potier, musicothérapeute, etc.). Il est à noter que l'institut ne possède pas de psychologue, d'ergothérapeute ou d'orthophoniste.

Plus spécifiquement, le rôle de la psychomotricienne est d'évaluer, sur prescription médicale, les conséquences du vieillissement normal ou pathologique par différents tests, mais aussi les capacités et potentialités des personnes âgées. Selon ALBARET (2003), le bilan est, comme expliqué précédemment, « le premier geste thérapeutique du psychomotricien ». A l'issue de ces évaluations, je viens accompagner (si nécessaire et si la personne le souhaite, sur prescription médicale), le maintien, la rééducation, et l'amélioration de ces fonctions selon un projet personnalisé. Je peux également élaborer des propositions d'aménagements de l'environnement des résidents et de leur accompagnement au quotidien.

3- Le fonctionnement

Dans son fonctionnement, la résidence organise des réunions pluridisciplinaires chaque jeudi, où sont discutées les problématiques rencontrées pour certains patients. D'éventuels soins sont étudiés, réfléchis et décidés en équipe avec la mise en place d'un suivi dans le temps.

Des réunions « Staff » ont lieu chaque mercredi, incluant les professionnels encadrants, les paramédicaux, l'agent de maintenance, le cuisinier, l'animatrice et la référente hébergement. Elles apportent des informations générales pour chaque corps de métier assurant ainsi une liaison et une communication au sein de l'établissement.

Chaque jour des petites réunions de transmissions ont lieu à 15h entre l'IDEC (Infirmière diplômée d'État Coordinatrice), les infirmiers, l'équipe soignante et les paramédicaux. Elles permettent de suivre l'état des résidents et faire le bilan de ce qu'il s'est passé durant la nuit.

Pour l'EHPAD, il est important de tracer chaque acte effectué, aussi bien au niveau de ce qui a été vu, fait ou prescrit. En effet, cela a une portée médico-légale, et permet d'apprécier l'évolution des prises en soins en plus d'aider au PATHOS (outil évaluant la situation pathologique d'un résident et proposant un plan de soin).

II- L'apport de la médiation animale en psychomotricité

1- Présentation de Jinmay

Jinmay, nommée « Kiki » pour les résidents, est une chienne Spitz Japonais de sept ans. C'est un chien de petit gabarit pesant environ 7kg. Son poil est long, abondant, blanc, doux et à la propriété « auto-nettoyant». C'est-à-dire que son poil ne dégage aucune odeur, même lorsqu'il est mouillé, et la saleté ne peut s'y accrocher.

C'est une chienne extrêmement affectueuse, protectrice, calme et très sociable avec l'Homme. Elle est éveillée, joviale et intelligente. Physiquement elle ressemble à un renard polaire, mais aussi à une peluche (*cf. annexe 5*).

Jinmay a la particularité d'être aveugle de naissance. Sa déficience visuelle ne lui pose aucun problème. En effet, née avec ce handicap elle a pu s'y adapter et trouver des compensations. Lorsque je précise cette invalidité aux résidents, ils éprouvent de suite un sentiment d'empathie pour elle, certains se reconnaissent en elle, car eux aussi ont des déficiences. Cela permet de créer un lien plus fort avec l'animal qui aidera dans la prise en charge thérapeutique.

A chaque son, bruit, Jinmay oriente sa tête, ce qui donne l'impression qu'elle peut voir. En réalité elle se sert de sa proprioception, son odorat, sa sensibilité tactile, et son ouïe, qui se sont

particulièrement développés, pour compenser son handicap visuel. Pour se déplacer, elle utilise ses sens. Elle utilise donc les fonctions psychomotrices propres à l'animal dans son quotidien.

Vignette clinique

Mme F. 92 ans, présente une déficience visuelle : une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). A la personnalité profondément anxieuse, Mme F. a un syndrome dépressif. Le confinement ayant induit chez elle un syndrome de glissement, avec l'équipe soignante nous avons décidé de lui proposer de la psychomotricité avec l'animal.

J'ai donc amené Jinmay à son chevet. J'informe Mme F. que je suis venue lui rendre visite avec ma chienne. Ne la voyant pas, je lui propose de la porter à sa hauteur, émerveillée, elle me sourit. Je lui verbalise que Jinmay est aveugle ce à quoi elle me répond « oh comme moi ! La pauvre ! ». Je lui explique alors que ma chienne a réussi à s'adapter à son environnement à l'aide de ses autres sens, ce qui fait que sa déficience ne représente pas une difficulté pour elle. Mme F. me questionne sur Jinmay et essaie de s'y identifier : « Vous allez lui faire des petits ? » Je lui réponds « Non, elle ne peut pas » ce à quoi elle rétorque « Moi non plus je ne peux plus faire d'enfant. » En définitive, Mme F. semble s'identifier à Jinmay du fait de leur handicap commun. Son visage initialement fermé, s'est ouvert à la relation, et à travers un dialogue tonico-émotionnel avec la chienne, Mme F. se relâche musculairement et ajuste sa posture pour pouvoir accueillir Jinmay à ses côtés. A la fin de la séance, Mme F., souriante, me remercie et adresse de tendres caresses à la chienne pour lui dire au revoir.

Du fait de son handicap, Jinmay a été une chienne craintive et singulière à éduquer. Voulant être certaine de lui apporter des bases correctes et adaptées à ses difficultés j'ai choisi de l'emmener à l'école du chiot dès ses 3 mois. Il s'agit d'une méthode éducative au près d'un centre d'éducation canin, consistant à élever le chiot d'une manière douce et ludique auprès de ses congénères. Ainsi, dès son plus jeune âge, Jinmay a pu se socialiser tant auprès de l'Homme que des autres animaux, tout en apprenant l'obéissance et les bons réflexes. Notre complicité n'a pu qu'en être renforcée.

Ce centre d'éducation canin m'a également permis d'apprendre à analyser et réagir aux différents comportements de Jinmay ainsi qu'à décrypter les signes physiques apparents, tels que l'anxiété, la peur, l'agressivité, la joie, le jeu, etc.

Jinmay a été acceptée par l'EHPAD pour ses qualités comportementales, affectives, sa vitalité et son aspect physique. En effet, elle est proche de l'Homme et n'hésite pas à entrer en contact avec. Elle a un tempérament stable et calme, tout en étant particulièrement obéissante. Son comportement s'adapte à chaque personne rencontrée.

2- Cadre des prises en soin en psychomotricité avec l'animal

La psychomotricité avec l'animal est également sur prescription médicale. Lors de la crise sanitaire, il a été décidé qu'elle serait à visé préventive et thérapeutique des troubles anxiodépressifs et des difficultés et pertes psychomotrices qu'ils génèrent (syndrome de glissement, renfermement, perte de motricité par sédentarité, etc.). Le choix des patients pouvant en bénéficier se réalise en équipe, suivi d'un bilan psychomoteur (ou de tests standardisés) et d'une évaluation de l'anxiété et de la dépression.

L'évaluation de l'anxiété se fait à l'aide de l'inventaire « d'Anxiété Trait-Etat (Forme Y) » de Charles Donald SPIELBERGER. Il s'agit d'une auto-évaluation de l'anxiété sous forme de questionnaire. Il a été révisé en 1990 par le Laboratoire de Psychologie de la Santé à l'Université de Bordeaux II par SCWEITZER et PAULHAN. Il « permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées [...] il ne donne qu'une estimation ponctuelle. » (Cf. annexe 6). Ce questionnaire peut se faire passer par tous les professionnels de santé en EHPAD. Cependant, l'interprétation des réponses pourra être différente selon la profession. En psychomotricité, j'ai considéré l'individu dans sa globalité et pris soin de relever chaque propos pour les mettre en lien.

Par la suite, la prise en charge s'inscrit dans le projet personnalisé des résidents.

Jinmay était d'abord présente sur la résidence une demi-journée par semaine. Sa présence a été augmentée à une journée par semaine (les mercredis de mars à juin et les vendredis de septembre à novembre 2020), au vu des nombreux résidents à qui la médiation canine pouvait bénéficier. Par la suite, les séances ont dû prendre fin avec l'accentuation de la fin de ma 3^e année d'étude. En effet, mon temps de présence à l'EHPAD s'est réduit (congés à poser, COVID-19, révisions d'examens, école récupérant des jours de cours, etc.), les séances ne pouvant être régulières, la continuité de la prise en charge ne pouvait être assurée.

Les séances se déroulent au sein de l'EHPAD. Pour certains résidents il convient qu'elles se passent en chambre, pour d'autres dans une pièce commune ou encore dans le jardin de la résidence selon le temps.

Je prends en charge différentes problématiques en psychomotricité à l'aide de Jinmay. La relation triadique me permet un abord plus facile des résidents, tout en créant une relation de confiance plus aisément.

Vignette clinique

Mme J., 92 ans est atteinte de la maladie de Parkinson avec dépression inhérente à la pathologie. Avant mon arrivée au sein de la résidence, Mme J. était prise en charge en psychomotricité pour favoriser le maintien de la motricité globale et l'ajustement tonique. Lors de la passation de poste entre la précédente apprentie psychomotricienne et moi-même, j'ai pu rencontrer Mme J. qui m'a très bien accueillie. Mais une fois en fonction, Mme J ne voulait plus participer aux séances de groupes et refusait l'individuel prétextant ne pas avoir le temps et être trop fatiguée.

Je n'arrivais pas à créer une relation thérapeutique avec elle. Le 1^{er} jour où Jinmay est venue à la résidence, et dès lors que Mme J. l'a rencontré, cela a été une révélation. Mme J. s'est ouverte à Jinmay et moi, et a pu accepter à nouveau les séances de psychomotricité accompagnées de l'animal.

Les séances peuvent s'axer autour :

· Des troubles du comportements auprès de l'USA :

La médiation canine en psychomotricité permet de donner un sens à certains troubles du comportements (telle la déambulation) et vient en apaiser d'autres (telle l'anxiété), tout en permettant de stimuler la mémoire, les gnosies et les praxies.

• De la stimulation sensorielle (notamment auprès de l'UGD) :

Les personnes âgées grabataires ne peuvent pour la plupart se mobiliser, ou même parler, pour autant, elles s'expriment corporellement et peuvent nous faire ressentir une certaine anxiété. La sensorialité et la communication non verbale restent jusqu'à la fin de la vie d'un individu. La présence de l'animal vient raviver des souvenirs, apporter calme et sécurité. La chienne est aussi sensoriellement attrayante. Elle vient stimuler tous les canaux sensoriels (hormis le goût). Elle apporte de nouvelles sensations extéroceptives, des ressentis différents, une nouvelle perception de l'espace (elle vient le combler).

De la communication, du langage, de l'estime de soi et de l'autonomie :

Lorsque le résident communique avec Jinmay, généralement, il engage tout son corps dans ce langage verbal et gestuel. Les échanges avec la chienne contribuent alors au maintien de l'expression et la communication verbale et corporelle ainsi que de la socialisation.

Par ailleurs, l'éducation de Jinmay par le résident, en lui faisant faire des tours ou en lui en apprenant de nouveaux, permet en plus de développer la communication, la stimulation de l'affirmation de soi, l'engagement dans une posture et une relation duelle avec la chienne. Lorsque le résident est avec l'animal, il lui dicte le cadre, donne des ordres et prend des initiatives, ce qui le rend non seulement acteur de sa prise en charge mais permet également d'accentuer sa confiance en soi et son autonomie. La personne âgée peut ainsi prendre conscience de ses capacités ce qui est gratifiant.

· De la détente et l'apaisement :

La crise sanitaire a engendré et/ou accentué l'anxiété des personnes âgées de la résidence. La médiation canine en psychomotricité apporte un effet apaisant. La simple présence de Jinmay calme l'ambiance tendue. En effet, elle semble être à l'écoute du résident et le sécurise en lui apportant réconfort et affection entrainant une certaine détente psychocorporelle durant la séance.

· De la motricité globale :

Le confinement de la résidence lors de la crise sanitaire a nettement restreint l'activité physique des résidents, induisant une sédentarité avec une dégradation de la motricité globale par la limitation des déplacements, mais également la peur de l'extérieur de la chambre pour certains résidents. Promener Jinmay en individuel au sein de la résidence et de son jardin permet non seulement un travail sur l'anxiété mais aussi sur les coordinations dynamiques générales, l'équilibre, les dissociations, la double tâche, les réflexes, l'investissement spatiale, etc.

• De la motricité fine, du schéma corporel et de l'image du corps :

L'anxiété prenant le dessus, les résidents confinés, ont pu avoir tendance pour certains à se laisser aller tant au niveau esthétique, qu'hygiénique. Le toilettage de Jinmay est une activité permettant la stimulation et le renforcement de la préhension, la dextérité manuelle, le déliement digital, la palpation, les coordinations oculo-manuelles et bimanuelles, etc. Mais le toilettage permet aussi de conscientiser l'importance de prendre soin de soi. La personne âgée vient prendre soin d'autrui et du bien-être que cela apporte à la chienne. Le schéma corporel et les somatognosies sont également stimulés en comparant deux corpulences différentes entre elles.

· De la régulation tonico-émotionnelle :

L'anxiété se répercute sur la régulation tonique. Lors de la rencontre entre l'animal et la personne âgée, celle-ci a plus de facilité à s'ajuster toniquement pour entrer en contact avec Jinmay. Un dialogue tonico-émotionnel se crée entre les deux, permettant à l'un de s'adapter à l'autre. J'observe alors une diminution du tonus, des syncinésies et des tics. La personne peut alors prendre conscience de la différence tonique entre avant/pendant/après la séance.

3- Cas Clinique

a. Contexte de la demande et anamnèse de M. C.

Monsieur C. est né en 1935, il a 85 ans et est en GIR 4. Il travaillait dans l'hôtellerie et la restauration. Il dit avoir toujours aimé être au service des autres. Il est veuf depuis juin 2017 et n'a pas d'enfant. Il est très proche de son frère.

Il réside à l'EHPAD depuis le 26 septembre 2017 suite au décès de son épouse. M. C. a assez tôt déclenché un cancer de la prostate (1997). Sa compagne infirmière s'occupait de lui, le soignait et l'accompagnait au quotidien. Elle était d'un grand soutien. En mai 2017, on diagnostique à sa femme un cancer du foie en phase terminale. Quinze jours plus tard, elle décède. M. C. se laisse aller, et n'arrive pas à s'occuper de lui, tant il a été affecté par ce drame. Déshydraté, dénutrie, il finit par chuter chez lui. Il lui faudra 24h avant d'atteindre son téléphone et de pouvoir joindre le concierge de son immeuble. Celui-ci appelle alors les pompiers qui conduisent M. C. directement à l'hôpital. Il y passera 3 mois afin de stabiliser son état et de rééduquer sa marche. A la sortie, l'hôpital lui recommande l'installation en EHPAD. Son frère décide alors qu'il sera dans cette résidence car leur père s'y trouvait 30 ans plus tôt.

En 2018, M. C. se fait une entorse de la cheville gauche lors d'une promenade. Il bénéficiera de séances de kinésithérapie.

Je rencontre M. C. en octobre 2019 lors d'une séance de marche nordique organisé par l'animatrice et moi. C'est un homme chaleureux, agréable, sociable, qui manque de confiance en lui. Actif, il apprécie marcher et profiter de la nature mais il résiste parfois à sortir de sa chambre ou à fréquenter les lieux publics. Il ne souhaite pas être vu et faire parler de lui. Il aime se gérer seul mais accepte l'aide lorsqu'elle lui est proposée. Il n'ose cependant pas la demander. C'est un homme discret qui n'aime pas « faire de vague » dit-il.

Sa marche est particulière : M. C. à le bassin en antéversion, engendrant alors une flexion des hanches et des genoux, avec l'axe corporel penché en avant, l'équilibre en arrière. Sa posture n'est pas adaptée mais Mr m'avoue qu'il a « *une peur bleue de la chute* ». Il préfère être penché en avant pour pouvoir se rattraper avec ses mains en cas de chute. Dans cette boucle de protection,

la tendance à se pencher en avant est justement source de déséquilibre, et accroit le risque de chute. Mr C. anticipe donc une possible chute et ses conséquences, ce qui met en évidence une certaine anxiété.

Cela pourrait laisser penser à un syndrome post-chute. Mais M. C. ne répond pas au tableau clinique de ce syndrome, en effet il continue à se mouvoir sur le plan moteur, sans opposition, sans diminution des activités et de l'autonomie physique. De plus il émet un intérêt pour les activités physiques adaptées.

Par ailleurs, il présente également une boiterie de Trendelenburg à droite (selon la National Library of Medicine cette boiterie est liée à « une parésie par atteinte du nerf glutéal supérieur, qui innerve les moyen & petit fessiers, le tenseur du fascia lata, le signe traduit l'effondrement en adduction coxo-fémorale lors de l'appui unipodal. [...]Cette boiterie de bassin montre, dans un plan frontal, un déport latéral du bassin du côté parétique par absence de stabilisation musculaire latérale. » (Paragr. 10) (cf. annexe 7)

Lors de cette séance, nous avons pu discuter de son quotidien. M. C. m'explique qu'au vu de ses pathologies, il est suivi de près par des professionnels. Par conséquent, chaque semaine il a au moins un rendez-vous médical à honorer. Il reconnait qu'à chaque fois il a « la trouille ». Il angoisse des annonces que pourraient faire les médecins à propos de son pronostic vital. M. C. semble donc être anxieux dans son quotidien. Cela est peut-être en partie lié au décès brutal et inattendue de sa femme ?

Le cancer de la prostate de M. C. est à un stade avancé et traité depuis 20 ans par radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie.

Selon l'Association Française d'Urologie, le cancer de la prostate est le 1^{er} cancer touchant les hommes et la 2^e cause de décès (lié à un cancer) en Europe. Il y a environ 40 000 nouveaux cas par an en France. On constate depuis trois décennies que la mortalité diminue.

Cette pathologie et ses traitements ont engendré une insuffisance rénale chronique par obstruction, une insuffisance corticosurrénale, une insuffisance veineuse et une incontinence urinaire. Il a une sonde urinaire en double J. Il présente également une gastrite chronique, de l'hypertension artérielle et de l'ostéoporose.

Les troubles anxieux sont donc en lien avec ses différentes pathologies.

Du fait de sa boiterie, induisant un risque de chute cumulée à son anxiété, une prise en charge en psychomotricité a été demandée afin de préserver un maximum l'autonomie de M. C. dans son quotidien, tout en visant à limiter, voire réduire son anxiété.

b. Bilan psychomoteur

Une première évaluation psychomotrice est réalisée le 11 février 2020. Elle a pour but d'évaluer et de mettre en évidence les capacités de M. C., tout en pointant ses difficultés afin de travailler dessus. « L'évaluation psychomotrice a pour but principal d'appréhender l'unité et la totalité de l'être humain » selon BEATRIZ DA SILVA LOUREIRO (2009, p. 80). Ainsi, dans ce contexte, il faut accorder davantage d'importance à l'observation qu'à une batterie de tests. Pour WALLON (1971, p. 80) « l'observation n'est pas une compilation de données pures : c'est une interrogation du réel, une anticipation rationnelle, une expectative appuyée sur des hypothèses mûrement réfléchies, consciemment formulées et employées. »

En février 2020, le virus fait déjà parler de lui, le fait qu'il y ait quelques cas en France inquiète beaucoup. M. C. me fait part de sa volonté à rester en chambre et s'isoler davantage. L'extérieur accentue son anxiété générant ainsi davantage de réactions de prestance : rires nerveux, redressement tonique, diffusion tonique dans les mains, etc.

Motricité globale

Le TINETTI (test élaboré par l'URCAM, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) évalue le risque de chute chez la personne âgée. Le risque peut être normal, peu élevé, élevé ou très élevé.

M. C. obtient la note de 26/28 : il présente un équilibre statique stable assis et debout. Yeux fermés, il part légèrement en avant afin de se stabiliser. Chaque geste est lent mais sécure. Le demi-tour est discontinu et lent, probablement dû à sa boiterie et sa précédente entorse de la cheville gauche. Au niveau de l'équilibre dynamique, l'appui sur la jambe gauche est parfois difficile et l'appui sur la jambe droite montre un effondrement en adduction coxo-fémorale avec douleur au niveau de la hanche. La marche est lente mais adaptée : bonne longueur/hauteur et continuité des pas. La marche est symétrique au niveau des pas mais l'hémicorps droit se déporte latéralement. Le tronc est stable mais penché en avant. M. C précise qu'il se sent plus en sécurité ainsi car en cas de chute il pourra plus facilement se rattraper. En se tenant droit, M. anticipe la possibilité qu'il tombe en arrière et ne puisse pas se rattraper. J'observe également une rigidité du bras droit avec une diffusion tonique dans la main droite lors de la marche.

Selon le score, le risque de chute est peu élevé. Mais ce test à des limites, en effet il ne prend pas en compte la possibilité de double tâche, la vitesse de marche, les boiteries, le besoin de concentration et attention, l'orientation du regard et l'investissement du corps dans l'espace ainsi que la peur de la chute.

Selon l'équipe et moi-même, le risque de chute est tout de même à prendre en compte au vu de sa boiterie impactant sa marche et de l'appréhension de la chute induisant une certaine anticipation posturale rendant la marche insécure. Également la lenteur peut représenter un risque supérieur. La double tâche est possible mais accentue la lenteur motrice, demandant plus de concentration pour les coordinations dynamiques. Le regard est orienté vers le sol devant ses pieds ce qui peut également augmenter le risque.

Tonus

Concernant le tonus de fond et le tonus postural, ils semblent rigides : relâchement difficile des segments proximaux, besoin de contrôle des membres, peu de ballant. Il a une bonne extensibilité des segments de membres. Toutefois j'observe le phénomène de roue dentée du bras droit : la rigidité cède par à-coups, montrant un tonus élevé. Le tonus d'action observé durant le TINETTI semble être adapté, voire légèrement élevé.

Des réactions tonico-émotionnelles sont révélées durant l'évaluation.

Motricité fine

M. C. présente une bonne motricité fine. Il a de bonnes capacités de dextérité manuelle avec un bon déliement digital à droite comme à gauche. Les coordinations oculo-manuelles sont correctes. La préhension est appropriée, avec un tonus légèrement bas. M. C. verbalise ressentir un « manque de puissance dans ma poigne ». Le tonus tend à se diminuer au niveau caudal.

Mémoire et fonctions cognitives

Le MMSE (Mini Mental State Examination) évalue les fonctions cognitives et les capacités mnésiques d'une personne. Il peut être employé dans le cadre d'un dépistage d'une démence.

M. C. obtient un score de 25/30 : il a une parfaite orientation spatio-temporelle. La mémoire d'apprentissage et celle à court terme sont préservées. Le calcul mental est impossible pour monsieur, lui faisant perdre 5 points. Il ne souhaite même pas essayer et insiste pour passer à l'épreuve suivante. M. C. se met en situation d'échec.

Les capacités langagières (compréhension, expression, écoute, attention, gnosie, écriture) sont conservées. Bonne construction, organisation et orientation de la praxie constructive.

M. C. présente donc de bonnes fonctions cognitives mais une acalculie. Une acalculie peut révéler une lésion cérébrale. Or dans ce contexte, je pense qu'elle est liée à une mauvaise estime de soi et un refus de se mettre en difficulté et non à une lésion. De plus, le MMSE est corrélé au niveau d'étude de la personne évaluée, ce qui peut signifier un niveau d'étude modéré.

Communication

Tout au long des épreuves, M. C. présente une très bonne communication verbale et gestuelle, avec quelques réactions de prestance au début de la séance. Il utilise beaucoup l'humour. FREUD (1928) définit l'humour comme un mécanisme de défense pouvant être « conçu comme la plus haute de ses réalisations de défense » face à une situation anxieuse. Notamment lorsque l'on aborde l'image qu'il a de son corps. Il verbalise que celui-ci « n'est pas formidable ». Il exprime faire une « fixette » sur ses soucis de santé mais relativise en se disant « pas mal foutu! » tout en rigolant.

Schéma corporel

L'image corporelle est impactée par ses pathologies. Son dessin du bonhomme montre un homme mécontent (sourcils froncés, sourire à l'envers). Les jambes partent des épaules, ne laissant pas de place au ventre. Un lien hypothétique est à faire concernant l'investissement de son abdomen, lieu de ses pathologies. Il ne semble pas être investi, ou représentable. Les somatognosies sont bien connues et la proprioception du corps dans l'espace est correcte.

Conclusions

Ces observations suggèrent une anxiété omniprésente chez M. C. se répercutant au niveau tonique par un tonus élevé, et au niveau moteur par l'anticipation de la chute. Les coordinations générales dynamiques sont équilibrées mais la qualité est impactée par la boiterie de Trendelenburg et une posture inadaptée. Les capacités cognitives sont préservées. Ses pathologies influent sur son image du corps qu'il voit comme défaillant affectant son estime de soi.

Anxiété

Le 19 mars 2020, soit un mois après ce bilan, la crise sanitaire s'accentuant, l'anxiété de M. C. également, je l'ai alors à nouveau rencontré pour évaluer son anxiété grâce à l'inventaire de SPIELBERGER.

Il en résulte un niveau d'anxiété élevé et important avec une cotation de 63/80. M. C. dit se sentir anxieux en permanence et de plus en plus (nuit et jour) : « *J'ai une trouille monstre* [...] de la crise sanitaire ». Il se fatigue plus vite, ne se sent pas en forme au réveil. Il verbalise souvent

faire des cauchemars. Il ne prend plus plaisir à rien et doit se forcer pour tout me dit-il. M. C. exprime s'inquiéter pour des choses qu'il estime sans importance et qu'il amplifie.

L'anxiété est donc bien présente et nécessite une aide extérieure pour l'aider dans ce passage.

c. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique s'oriente autour de 3 axes centraux :

- · La motricité globale
- · Le tonus
- · L'anxiété

Il vise dans un premier temps à limiter le risque de chute en favorisant le maintien des capacités motrices et en sécurisant les déplacements, tout en permettant un meilleur ajustement tonique. Dans un deuxième temps il a pour but de contribuer à la gestion de l'anxiété tout en favorisant la confiance en soi.

L'objectif à terme pour M. C. est de reprendre la marche sans anxiété, lorsqu'il le souhaite.

Ainsi la médiation canine en psychomotricité s'axe autour :

- → Du bien être psychocorporel en favorisant un meilleur ajustement tonico-émotionnelle et en prenant conscience des capacités de modulation tonique lors des séances avec Jinmay, notamment dans la prise en soin du chien (nourrir, brosser, caresser, etc.) et la promenade en laisse qui seront des outils d'étayage.
- → De la préservation motrice dans les déplacements, notamment la marche. Le travail en laisse de Jinmay lors des promenades favorise les dissociations haut/bas, droite/gauche dans le mouvement, permettant l'intégration d'une meilleure posture, plus adaptée et sécure. Ces sorties dans le jardin de la résidence permettent également de limiter la sédentarité et l'isolement.
- → De la stimulation de la communication, la présence de Jinmay permettant une meilleure expression des ressentis, et une sensation de sécurité, d'apaisement, la parole en sera libérée.

Les modalités de prise en charge sont une fois par semaine durant 1 heure avec 30 minutes en extérieur puis 30 minutes en chambre. Les séances ont lieu l'après-midi après 15h pour permettre à M. C. de se reposer après le déjeuner.

d. Prise en charge en psychomotricité

La rencontre

La première séance avait pour objectif de permettre au résident et au chien de se découvrir. Elle s'est donc déroulée en trois étapes.

Premièrement, un temps de rencontre était nécessaire entre M. C. et Jinmay pour s'apprivoiser l'un et l'autre. Jinmay a réagi différemment lorsqu'elle a senti M. C. En effet, avant même d'entrer dans la chambre, elle était enjouée et impatiente de passer le seuil de porte. Elle s'est ensuite dépêchée d'aller voir cette nouvelle personne, l'a beaucoup reniflé, et s'est assise à ses côtés. M. C. agréablement ébahi par cette rencontre, l'a longuement caressé et lui a beaucoup parlé. La relation s'est très vite établie entre eux.

Dans un deuxième temps, j'ai proposé à M. C. de promener Jinmay dans le jardin en faisant le tour de son bâtiment. C'est avec enthousiasme qu'il a accepté. La chienne a permis un engouement pour la marche que M. C. n'avait plus. Je lui propose de tenir Jinmay en laisse, ce qu'il accepte avec tout de même un peu d'anxiété. En effet l'équilibre n'étant pas très stable, tenir la chienne rajoute une difficulté. Je l'encourage verbalement et lui explique que je reste à côté de lui pour le soutenir physiquement si besoin. Pour ne pas rajouter davantage de difficulté, la promenade se fera sur la terrasse.

J'observe une bradykinésie, avec une antéversion du bassin et un tonus d'action élevé pour se sécuriser. La laisse est tendue, M. C. l'enroule à sa main, Jinmay ralentit comprenant qu'elle doit s'adapter au résident. Peu à peu, M. C. se relâche, et ajuste son tonus, dans un dialogue tonico-émotionnel juste. Il se redresse sur demande mais n'arrive pas à tenir cette posture.

Pour immortaliser cet instant, M. C. me demande de le prendre en photo avec Jinmay. (*Cf. annexe 8*)

Enfin, la séance s'est finie par un temps calme. Aux petits soins, M. C. a souhaité donner à boire à Jinmay. Il a donc pris le temps de prendre une gamelle, l'a mettre au sol, et faire couler l'eau dedans en tenant Jinmay d'une main et la bouteille de l'autre. Cela a demandé beaucoup d'effort à M. C. pour ajuster son tonus dans cette tâche motrice complexe. L'équilibre était stable, les coordinations étaient saccadées mais correctement réalisées.

Tout au long de cette rencontre, M. C. a beaucoup communiqué avec Jinmay, aussi bien verbalement que corporellement. Il a su mettre en jeu son corps à la découverte d'autrui, sans appréhension. Il a arboré un sourire du début à la fin de la séance.

La relation dans l'aspiration de l'évolution

Dès les séances suivantes, Jinmay et M. C. se sont pris d'affection l'un pour l'autre. Dès qu'il m'aperçoit à sa porte, après m'avoir dit bonjour, il l'appelle : « *La canaille, vient me voir la canaille, vient me dire bonjour*! ». Jinmay court vers lui et lui signifie qu'elle est contente de le voir. Elle répond à ce nouveau surnom donné, signe qu'elle est bien en relation avec M. C.

Chaque séance, débute par un temps de verbalisation sur les ressentis actuels du résident. M. C exprime fréquemment qu'il se sent « *submergé par les évènements* », il est « *inquiet et peiné du décès* » de résidents dont il était proche. Son anxiété se ressent dans ses réactions de prestance. Jinmay, collée à lui, pose sa tête sur son pied, pour montrer sa présence. Sentant qu'il est attristé, elle adapte son attitude, en restant calme à ses côtés. Le dialogue tonico-émotionnel entre ces deux êtres est puissant.

Dans cette relation, ma place est de superviser Jinmay, tout en étayant M. C. dans le maintien et le travail de ses fonctions psychomotrices, et en verbalisant mes observations et son évolution. Nous formons une triade dans cette prise en charge psychomotrice à travers la médiation canine. Chaque individu est en relation étroite avec les deux autres.

Les séances se poursuivent avec un temps de marche en extérieur, toujours sur le sol bétonné et stable, le temps que les coordinations dynamiques générales de M. C. soient plus stables et qu'il ait davantage confiance en ses capacités. Le tonus est toujours élevé au début de la promenade, avec une anxiété planante. La tonicité se relâche, et l'anxiété diminue au cours de la marche qui reste une activité apaisante. M. C. verbalise « ça me dérouille, ça me fait beaucoup de bien ». La chienne permet également le relâchement de ces tensions, via le dialogue tonique circulant à travers la laisse.

Au fil des jours, M. C. a pris de l'assurance dans ses déplacements. Sa marche est légèrement plus rapide, et il prend l'habitude de se redresser seul dès qu'il prend conscience qu'il est trop en avant. Son regard, auparavant orienté vers le sol, est à présent axé devant lui. Le fait de tenir Jinmay en laisse, a demandé un travail de coordination oculo-manuel poussant M. C. a d'abord regarder la chienne, et ensuite anticiper la direction de son cheminement pour l'orienter.

A chaque fin de séance, M. C. a pris pour rituel de donner à boire à Jinmay. Cette praxie complexe est de plus en plus fluide avec une amélioration visible de son équilibre statique.

La diminution de l'anxiété se repère par l'expression (verbale et corporelle) émotive positive, l'ajustement tonique et la diminution des réactions de prestance de M. C.

L'affirmation de soi

La marche de M. C. s'est considérablement améliorée après 5 séances. Cela est également observable en dehors des séances. L'allure et le tonus sont adaptés dès l'initiation de la promenade. La psychomotricité a permis d'éveiller M. C. dans sa présence aux sensations vécues durant l'action afin qu'il réajuste sa posture, ses gestes, ses appuis, son tonus. Cette harmonisation vient de la capacité à s'auto-accorder, grâce à la perception de soi-même via la boucle sensorimotrice (communication entre les voies nerveuses sensitives et les voies nerveuses motrices).

A présent, Jinmay signifie qu'elle aimerait aller explorer de nouveaux espaces. M. C. se sent suffisamment en confiance pour marcher dans l'herbe et dit à la chienne « *Allez à moi de te faire plaisir!* ». Cela sous-entend qu'à travers ces séances de psychomotricité, Jinmay a apporté beaucoup de bien être à M. C., ce qui lui a permis de raviver son estime de soi, pour qu'il puisse à présent s'ouvrir à l'autre.

La première fois que M. C. a marché dans l'herbe avec Jinmay, il m'a demandé d'inscrire ce moment dans le temps en le photographiant. Par la suite il m'a fait savoir son envie de pouvoir consulter les photos lorsqu'il le souhaite. Je lui ai donc imprimé et plastifié. M. C. les a soigneusement rangées dans un album photos. Ces photos permettent l'immortalisation d'étapes qu'il a fièrement atteint, ce qui est gratifiant pour lui.

L'insécurité de la marche sur un terrain non plat s'est de suite fait ressentir, une lenteur s'est installée, avec antéversion du bassin et augmentation du tonus. M. C. a d'ailleurs eu le besoin de tenir la laisse dans les deux mains pour se sécuriser. Pour la photo, il a su se stabiliser et se relâcher toniquement tout en se redressant, pour donner un aspect de fierté.

Les séances suivantes, nous avons continué à varier les sols pour travailler l'équilibre dynamique qui a nettement progressé. Au bout de la 8^e séance, la marche sur terrains diversifiés était maitrisée et sécure. L'anxiété de M. C. ne se fait plus ressentir durant les séances de psychomotricité.

Par ailleurs, durant ces séances, M. C. a eu l'ambition de contribuer au dressage de Jinmay, ce qui lui permet d'accentuer son affirmation de lui-même. Il a souhaité apprendre à la chienne à donner sa patte. Pour y aller par étape, il a d'abord fallu travailler son intonation de voix en verbalisant des ordres connus à Jinmay. En effet pour donner un ordre au chien, il faut être ferme. Or M. C. a tendance à avoir une voix fébrile, n'osant pas s'affirmer. Je fais le lien avec

l'appréhension de M. C. lorsqu'il n'ose pas demander aux soignantes ce dont il a besoin, par manque de confiance en lui.

Les premières tentatives étaient infructueuses, étonnement, M. C. était dans un faible tonus. Jinmay était calme et attentive à lui, mais ne lui obéissait pas. Elle ressentait surement à travers le dialogue tonique son manque d'affirmation dans sa demande. Petit à petit, M. C. s'est imposé dans sa posture et voix, lui permettant de se faire obéir par Jinmay. Il a donc ensuite tenté de lui apprendre un nouvel ordre. La chienne ne le connaissant pas, pour la motiver dans cet apprentissage, il a fallu sortir les gourmandises. M. C. a alors eu du mal à gérer cet élément supplémentaire dans cette tâche. En effet, monsieur étant gourmand, et amadoué par Jinmay, il n'était plus dans une position d'affirmation. Au bout d'un certain temps, après un travail d'ajustement corporel autour de la posture, du tonus, de l'ancrage dans ses appuis, et de l'affirmation de sa voix, M. C. a réussi à obtenir ce qu'il voulait de Jinmay : elle lui a donné sa patte.

A chaque fin de séance, M. C. verbalise à quel point cette prise en charge lui est bénéfique : « ça me fait un bien fou », « je me sens dérouillé », « j'ai beaucoup moins de douleur ». Il a également pu exprimer lors de la 10^e séance « je me sens mieux, je me sens moins anxieux. Merci Madame Chloé! »

La prise en charge psychomotrice menée à bien

Au bout de la 12^e séance, les objectifs du projet thérapeutiques ont été remplis.

M. C. a pu au fil des séances ajuster sa posture, en se redressant, en adaptant son tonus et ses coordinations lors de la marche.

Les séances de psychomotricité et la relation avec Jinmay ont permis à M. C. la mise en lien entre ses mouvements et ses ressentis sensoriels pour améliorer ses capacités motrices. Les déplacements sont ainsi effectués de manière sécure en autonomie.

Ces séances ont également permis de diminuer l'anxiété induite par la marche et l'extérieur, tout en ravivant son estime de lui-même. Ces accomplissements lui ont permis de reprendre confiance en lui et en ses capacités pour ensuite s'affirmer à travers le dressage de Jinmay. Cela a pu libérer sa parole, permettant à M. C. une meilleure expression de ses ressentis, mais également de ses demandes.

e. Evolution et suivi

L'évolution de M. C. ayant atteint les objectifs début juin, et ma fin d'année scolaire engendrant mon absence à l'EHPAD, j'ai dû mettre fin aux séances de médiation canine jusqu'à mon retour en septembre.

J'ai ainsi réalisé une évaluation qualitative de la marche pour comparer son évolution. J'ai pu observer que la boiterie de Trendelenburg est toujours présente, mais légèrement atténuée. M. C. a désormais une vitesse de marche adaptée. La double tâche est possible, fluide et ne demande plus un effort de concentration. Son regard est orienté devant lui. Quant à la posture, son dos est davantage redressé. M. C. semble présent dans son corps, dans un tonus ajusté, avec des appuis stables.

Au niveau de l'anxiété, le fait de sortir de sa chambre ne représente plus une appréhension, la marche se fait en sérénité. La Covid-19 est toujours présente, mais M. C. accorde moins d'attention aux médias, il est davantage centré sur lui-même, il retrouve du plaisir à effectuer des activités du quotidien. Les retours des équipes soignantes permettent de confirmer ces propos. Effectivement, elles ont pu voir que M. C. sort à nouveau de sa chambre, pour aller chercher le journal par exemple. Il est plus souriant, et verbalise moins d'inquiétude quant aux informations quotidiennes concernant la pandémie. La médiation canine en psychomotricité a ainsi permis de contribuer à la gestion de l'anxiété.

L'inventaire de SPIELBERGER du 17 juin 2020 a révélé une anxiété modérée avec une cotation de 48/80. Soit 15 points de moins qu'en mars. M. C. verbalise que l'anxiété est toujours présente, mais moindre. Il se sent plus énergique et dit mieux dormir. Ses nuits sont moins tourmentées. Il a toujours des pensées présentes au moment du coucher mais cela ne l'empêche pas de s'endormir. Il lui arrive d'avoir des moments de « *flémingite aigue* » me dit-il.

Cette prise en charge a également permis une renarcissisation de M. C. qu'on peut définir comme un état de sécurité et de confiance primaire sur lequel il peut s'appuyer pour construire ses désirs et entreprendre des actions.

Nous nous sommes donc dit au revoir sur une note positive.

J'ai laissé à M. C. avant mon départ un programme d'activité physique adaptée en intérieur pour qu'il puisse tout de même se mobiliser l'été en toute autonomie durant les mauvais jours ou lors de fortes chaleurs. Ce programme est constitué de 10 exercices à faire en chambre pour s'étirer et stimuler chaque muscle du corps. Le résident peut choisir d'y consacrer 10 min par jour ou plus.

A mon retour fin septembre, M. C. verbalise son enthousiasme de me revoir. Nous avons pris un temps pour discuter de son été. Il me parait joyeux et serein. De lui-même, il verbalise avoir fait de temps en temps les exercices que je lui ai recommandé et que cela lui a fait « un grand bien! » « J'ai moins de douleurs depuis que j'ai commencé. » Je note que l'anxiété est absente à son discours.

Lors d'une autre séance, en octobre, j'ai souhaité évaluer sa marche et le risque de chute afin de voir l'évolution durant mon absence. Pour cela, j'ai refait passer un TINETTI. M. C. a obtenu exactement les mêmes points qu'en février, soit 26/28. Ses demi-tours sont toujours discontinus (dus à sa boiterie et a précédente entorse) et il penche son buste légèrement en avant. Cependant le regard est orienté devant lui, la double tâche est toujours possible, la vitesse est futilement ralentie (par rapport à juin), la posture est correcte malgré un léger fléchissement du tronc. Le risque de chute est donc peu élevé.

Cette évaluation montre que les séances de psychomotricité avec l'animal ont permis à M. C. de retrouver de l'autonomie et de la confiance en ses déplacement, y compris durant mon absence. Cette prise en charge a permis des effets à long terme sur le maintien des capacités motrices.

Fin octobre, M. C. était très heureux de retrouver Jinmay. Nous avons fait une grande promenade autour de la résidence. Il était fier de pouvoir à nouveau marcher à ses côtés. Décontracté, il verbalise que cette séance l'a « *dérouillé* » et qu'il se sent « *en forme* ».

En novembre, ne pouvant emmener ma chienne pour des raisons que j'évoquerai dans la quatrième partie de ma discussion, j'ai proposé à M. C. d'aller marcher en extérieur sans Jinmay. Un peu déçu, il me questionne anxieusement sur son absence. Je le rassure et adopte une attitude sereine et posée pour le sécuriser. Il accepte et prend tout de même plaisir à se balader. Aller se promener sans le chien, en extérieur, malgré la crise sanitaire, montre le cheminement qu'a permis la prise en charge en psychomotricité à l'aide de la médiation canine. Cette séance sera notre dernière. L'anxiété de M. C. et ses capacités motrices ayant évoluées positivement, nous avons estimé en équipe qu'il n'avait plus besoin de séance de psychomotricité en particulier. M. C. a verbalisé avoir apprécié ces séances, et aurait souhaité continuer « pour le plaisir », mais il a totalement compris que cela n'était pas possible.

En mars 2021, pour sa première sortie officielle hors de la résidence, lors d'une séance de marche nordique avec un nouvel animateur, M. C. a été renversé par une dame qui lui est tombée

dessus. Celle-ci n'aurait pas vu la marche du trottoir et a tenté de se rattrapé sur M. C. Il a donc brutalement chuté et n'a « *rien vu venir* ». Sa tête a tapé contre le sol ce qui a engendré « *un trou noir* ». Le visage tuméfié, il s'est fracturé la tête humérale droite. Son bras droit est donc immobilisé et M. C. a perdu toute autonomie. Il passe ses journées au fauteuil et ne peut effectuer de transfère seul. M. C. est très anxieux, il n'arrive plus à gérer son administratif qu'il considère comme une « *charge mentale importante* ». Il perd l'appétit, et mange très peu. Face à l'inquiétude des soignants, vis-à-vis de son apathie, j'ai été à sa rencontre, et ai effectué un GDS-15 (*cf. annexe 9*). Il s'agit d'une échelle de dépression gériatrique de 15 questions. M. C. a obtenu la cotation de 10/15, montrant un risque majeur de dépression. En effet, il verbalise avoir renoncer à toutes ses activités et en est attristé. Il se sent insatisfait de sa vie dernièrement et il pressent que « *le mauvais reste à venir* ». M. C. dit se sentir faible, inutile et sans énergie et reprend ce terme de « *flémingite aigue* ». Il désire rester isolé tant qu'il ne sera pas rétabli. Il ne veut pas être vu ainsi. Cependant il n'estime pas être moins bien qu'autrui.

Ma fin de 3^e année d'étude étant rythmée d'absences à l'EHPAD (Covid-19, congés, partiels), je ne peux plus assurer une prise en charge continue de M. C. en psychomotricité alors que cela serait nécessaire. J'ai dû mettre un terme à son suivi. Cela ne m'empêche pas de lui rendre visite et de prendre de ses nouvelles qu'il verbalise comme « *un vrai plaisir de vous voir Madame Chloé!* »

Partie 3: Discussion

I- Ma position d'apprentie psychomotricienne

L'alternance est un dispositif d'apprentissage ouvert par l'ISRP dès la 2^e année d'étude.

Cela fait débat auprès des psychomotriciens. En effet, si certains estiment que c'est mettre l'étudiant en difficulté, le confronter trop tôt au terrain, sans accompagnement sur place (lors de tutorat externe), d'autres pensent le contraire. L'apprentissage est donc constamment remis en question.

J'ai souhaité aborder ce point dans la discussion afin de partager mon expérience, notamment dans l'élaboration de ce mémoire.

En entrant à l'ISRP, j'avais pour objectif de continuer mon cursus en alternance afin de m'apporter deux années d'expériences concrètes avant mon diplôme. Les compétences pour se professionnaliser s'acquièrent grâce à la confrontation au terrain qui permet une mise en lien entre théorie et pratique. Passer deux années auprès des personnes âgées, dans une équipe institutionnelle m'a permis de forger ma posture professionnelle, mon autonomie, mes capacités, ma confiance en moi et en mon travail, tout en me poussant au meilleur de moi-même afin de faire ma place.

J'étais suivie la première année en tutorat externe auprès d'une psychomotricienne travaillant dans un EHPAD du groupe. La deuxième année, afin de diversifier mon expérience et de découvrir de nouveaux publics, j'ai pu suivre en tutorat externe une psychomotricienne en libérale.

L'enjeu était de me créer cette place de psychomotricienne apprentie dans la résidence. N'étant qu'étudiante en cours de formation, il m'a fallu m'imposer en expliquant ce qu'est la psychomotricité et quel est son rôle, en démontrant continuellement ses bienfaits et en participant activement à la vie de la résidence avec la contrainte d'une présence limitée sur place (2 jours par semaine). L'équipe soignante rencontrée lors de mes six premiers mois étant ouverte, accueillante, chaleureuse et maternante, j'ai pu m'intégrer en douceur et créer cette place.

Par la suite, un changement de direction a eu lieu, induisant un *turn-over* continu des équipes, complété par l'arrivée du médecin coordinateur . J'ai dû immuablement m'adapter au cours de ces deux années et renouveler les preuves que j'avais toute ma place au sein de l'EHPAD. Cela en valait la peine, l'institution me montre constamment sa reconnaissance vis à vis de mon travail.

C'est grâce à la confiance que j'ai pu acquérir auprès de la directrice de l'établissement que ce projet de médiation canine en psychomotricité a pu voir le jour en plein confinement national. Sans la mise en place de ce projet, le sujet de ce mémoire ne serait jamais venu au monde.

Le *challenge* à ce poste m'a permis d'évoluer, de devenir autonome et d'avoir confiance en mes capacités. L'apprentissage a été bénéfique dans mon épanouissement tant personnel que professionnel.

II- La médiation canine en psychomotricité auprès des personnes âgées anxieuses

« Les vertus thérapeutiques de l'animal se déclinent à l'infini. ». Belin 2003

Comme le dit MARSALEIX (2018), la médiation animale constitue une pratique complémentaire à la médiation corporelle du psychomotricien à travers différents champs de la psychomotricité, et ce de manière ludique. Le patient peut alors se saisir plus aisément des propositions qui lui sont faites.

Nous avons pu le voir, la médiation est au cœur du métier de psychomotricien, principalement grâce à l'engagement corporel. La médiation corporelle est un espace entre deux sujets permettant la création d'une relation autour d'une proposition commune que peut être le chien médiateur. Le chien devient alors le premier outil du psychomotricien pour entrer en relation avec le patient et permettre à ce dernier un accompagnement. Il instaure une triangulation entre la personne âgée, le psychomotricien et lui-même. (DIBOU, 2017)

Ainsi, lorsque le psychomotricien choisit de proposer de la médiation animale, cette démarche entre dans un cadre spécifique propre à l'approche psychomotrice.

En mars 2020, le confinement en chambre des résidents de l'EHPAD a dès lors favorisé leur involution psychomotrice. M. C. davantage anxieux de part le contexte sanitaire, éprouve la volonté de rester isolé. Cette anxiété génère des réactions de prestance tout en inhibant sa motricité, comme d'autres résidents. Ils rentrent alors dans une phase impulsive-émotive induite par l'environnement sanitaire.

C'est BEATRIZ DA SILVA LOUREIRO (2009, p. 81) qui aborde le stade impulsif-émotif, chez la personne âgée sénescente. Il se manifeste « par la résistance à sortir de chez soi, à fréquenter des lieux publics, à préférer l'isolement », associé à une lenteur tonique et des réactions de prestance mettant en avant les fluctuations tensionnelles dans une dimension impulsive-affective. WALLON (1959, p. 82) définit les réactions de prestance comme étant des « réflexe du personnage que chacun porte en soi à l'égard de tout être rencontré ».

Ainsi, le stade impulsif-émotif correspond à des activités préconscientes dont les émotions impliquent des formations toniques et posturales, avec des variations du tonus. Ces émotions sont dues aux relations sociales et influent dessus en mettant en jeu la posture, les attitudes et la proprioception.

Pour prendre en charge cette involution, en préservant la motricité et en réduisant l'anxiété due au contexte sanitaire, j'ai alors proposé des séances de médiation canine en psychomotricité. Cette triangulation facilite la relation thérapeutique et est bénéfique pour le résident dans sa prise en charge.

En effet, BEIGER (2018) évoque la force de l'animal dans sa présence permettant à l'individu de bénéficier d'un repère, d'une empreinte rassurante. Ainsi, l'attachement au chien a pour issue l'établissement de liens sociaux positifs. L'animal comble le manque de confiance en lui qu'a le résident et permet son épanouissement psychique. Au niveau psychomoteur, cet attachement permet un relâchement psychocorporel et la mise en avant des capacités du sujet âgé.

Pour DIBOU (2017) le chien sert « de stimulus pour la personne âgée d'autant plus si celle-ci a perdu ses repères et l'estime de soi » (p. 15).

HARRIS & AL (1993) ont prouvé que la visite d'un animal en maison de retraite permet de diminuer significativement la pression sanguine et le rythme cardiaque des personnes âgées. Ils ont réalisé quatre interventions de médiation animale auprès de sujets âgés de 65 à 91 ans. Un mois au préalable, une infirmière prenait les constantes des résidents chaque jour. Puis, avant et après chaque visite, l'infirmière passait prendre les constantes afin de comparer l'évolution. L'étude a révélé que la présence seule de l'infirmière ne permettait pas de moduler ces fonctions alors qu'après chaque visite de l'animal et de son intervenant, les constantes physiologiques avaient considérablement diminuées.

Caresser le chien en mode *idle play*; ce qui signifie « *jeu inactif* » où la personne noie sa main dans la fourrure de l'animal, le gratouille, le masse; instaure un contact au pouvoir apaisant physiologiquement (BEIGER, 2017). Cela induit une diminution des tensions, du tonus, par conséquent un apaisement corporel. La personne âgée a alors un plus grand état de disponibilité, une meilleure confiance en soi et peut mettre en avant ses capacités (aussi bien psychiques que motrices).

Une étude de MUGFORD et M'COMISKY (1975) a démontré scientifiquement qu'une personne âgée côtoyant un animal sur 5 mois présente une amélioration au niveau « social, une meilleure santé mentale et un sentiment de bonheur plus grand que ceux n'ayant pas côtoyé d'animaux » (paragr. 4).

RUCKERT (1994) a mis en avant le soulagement de l'anxiété et de la solitude par la présence de l'animal au chevet du patient. La simple présence du chien aide à surmonter une dépression, a mieux accepter un changement (venir habiter en EHPAD par exemple), à mieux supporter la douleur, l'anxiété, etc. L'animal permet de concentrer l'attention et motive le sujet à collaborer dans sa prise en charge, il devient acteur. L'individu se rend alors compte des difficultés qu'il arrive à surmonter et devient par la suite plus réceptif. « Il y gagne en confiance et en estime de soi » (LANDRY, 2004, p. 18).

Effectivement, par le biais des séances de médiation canine en psychomotricité, l'estime de soi de M. C. s'est vu ravivée. M. C. expliquait se pencher en avant lors de la marche pour pouvoir se rattraper en cas de déséquilibre. Or cette posture était elle-même source de déséquilibre, ce qui accroissait le risque de chute. Ainsi, malgré les difficultés engendrées par la peur de chuter ; qui induisait chez lui une boucle de protection ; les promenades avec Jinmay ont permis peu à peu un redressement postural, et une meilleure qualité de marche, diminuant ainsi le risque de chute et l'anxiété induite. Les séances ont permis à M. C. une prise de conscience de ses capacités, dès lors, il a été davantage réceptif à celles-ci et a pu évoluer positivement, tout en prenant confiance en lui. La présence de Jinmay l'a par ailleurs rassuré dans ce travail, permettant de réduire l'anxiété liée à la présence de la COVID-19 à l'extérieur de sa chambre, mais également liée aux conséquences d'une possible chute.

La médiation animale occasionne une source d'affection et d'attention donnant à la personne âgée le sentiment « *d'être essentiel à quelqu'un* » (RUCKERT, 1994, p. 18).

Proposer au sujet âgé de brosser ou promener le chien l'amène non seulement à maintenir ses habiletés motrices, mais contribue également à favoriser ses interactions sociales et réduire son isolement. (RUCKERT 1994).

De plus, PONTON (2015) décrit trois niveaux de relation mettant en lien le mouvement et les sphères sensorielles :

- La relation à soi : c'est la conscience d'être un tout, unique et différencié de l'autre grâce à la sensibilité proprioceptive et intéroceptive.
- · La relation à l'environnement : c'est la conscience de l'espace-temps dans lequel on se situe, ressenti par la sensibilité extéroceptive.
- La relation à l'autre : la reconnaissance de l'existence de l'autre confirme notre propre existence comme semblable et différenciée à travers la sensibilité extéroceptive.

Ainsi, la relation à soi ne peut se développer sans la relation à l'autre. La relation avec Jinmay lors des séances de psychomotricité a non seulement permis aux résidents ; y compris à M. C. ; de mettre en lien mouvements et sensorialité pour améliorer leurs capacités motrices et retrouver une meilleure conscience de soi, mais a également été un apport d'affection et d'attention durant la crise sanitaire, permettant de réduire l'isolement inhérent au confinement.

Semblablement, pour M. C., ces séances, en plus de réduire l'anxiété, ont permis de retrouver une marche autonome et sécure.

Enfin, les EHPAD ont pour aspiration de maintenir le plus longtemps possible les capacités psychomotrices des personnes âgées qui y résident. La médiation animale en psychomotricité a ainsi des attentes à plusieurs niveaux selon la Fondation A&P Sommer :

→ Sur le plan psychomoteur

« Certains résidents n'ont plus qu'une mobilité réduite. Le chien éduqué peut les stimuler et préserver leur capacité de déplacement. [...] Outre l'entretien de la mobilité, le chien permet de travailler la coordination, la mobilisation des membres (brossage, caresses, jeu...). » (p. 25)

Vignette clinique

M. L., 70 ans, à été victime d'un AVC générant une hémiparésie droite.

Suite à son AVC, il a bénéficié d'une rééducation dans un établissement spécialisé. Mais à son arrivée à la résidence, peu avant le confinement de mars 2020, cette prise en charge s'est arrêtée. Il présentait un fauchage lors de la marche lié à une perte de mobilité des muscles de la jambe droite. La commande motrice du membre supérieur droit est difficile et demande un effort. Les coordinations, praxies et la motricité fine étaient alors impactées. Dès lors que le confinement a été prononcé, la perte de contact avec ses proches a induit une forte anxiété, entrainant des difficultés d'ordre tonico-émotionnelles.

La présence de Jinmay lors des séances de psychomotricité avec l'animal a d'abord permis à M. L. de surmonter ce changement et de s'apaiser afin de retrouver un tonus plus juste. Par la suite, les promenades avec Jinmay ont permis un travail moteur global, allié à la stimulation de la motricité fine via des activités de toilettage. En plus des séances de psychomotricité avec l'animal une fois par semaine, j'ai donné à M. L. un programme de 10 exercices d'activité physique adaptée à faire quotidiennement. L'évolution des capacités motrices de M. L. s'observait à chaque séance. Sa marche s'est améliorée, avec une meilleure motricité, dans un tonus adapté. Le fauchage est nettement diminué. La motricité fine est plus précise et fluide. M. L. a trouvé ces séances « ludiques pour faire travailler le corps sans s'en rendre compte! ».

→ Sur le plan sensoriel

« Contact physique, chaleur corporelle, odeur, aboiements, suivi visuel, constituent de puissants stimulants pour des personnes souffrant de perturbations sensorielles. » (p. 25)

Vignette clinique

M. B., 83 ans, en GIR 2, est en unité grand dépendant. Il présente un surpoids et de fortes douleurs à la mobilisation. Polypathologique, M. B. bénéficie de soins palliatifs. Ne présentant aucun trouble cognitif, il est dans la communication et exprime régulièrement sa peur de mourir et de laisser sa femme et son chat seuls. Anxieux, les équipes m'ont demandé d'aller à sa rencontre avec Jinmay.

La première rencontre avec la chienne lui a été surprenante. En effet, il ne s'attendait pas à ce qu'elle puisse entrer dans la résidence. Immédiatement, M. B. s'adresse à Jinmay, l'a caresse en se mobilisant dans un faible tonus. Etant en fin de vie, les séances de médiation canine en psychomotricité se sont axées autour de la sensorialité et du bien-être.

A chaque séance, je plaçais Jinmay à hauteur de M. B. pour qu'il la caresse en mode idle play (BEIGER, 2017). Cela induisait rapidement un ralentissement des logorrhées anxieuses. Il explorait les différentes textures de poils (oreilles, queue, corps) et les comparait tout en câlinant la chienne. M. B. prêtait attention au moindre son émis par Jinmay, et l'interprétait immédiatement. Très attentif au bien-être de Jinmay, M. B. oubliait ses craintes le temps des séances. Régulièrement, il me demandait de les prendre en photo et de montrer celles-ci à sa femme et sa fille. M. B. avait créer un lien puissant avec la chienne. A son enterrement, sa famille a voulu rendre hommage à cette belle amitié crée avec Jinmay en mettant une photo d'eux sur son cercueil.

→ Sur le plan langagier et communicationnel

« Se faire comprendre du chien nécessite des efforts d'élocution, mais les séances favorisent aussi les échanges entre résidents eux-mêmes et le personnel soignant. » (p. 25)

Au niveau de la compréhension et de l'élaboration de la pensée « Le travail avec le chien permet l'apprentissage et le bon usage des ordres mais incite à la verbalisation, fixe aussi des repères dans la journée pour rester en lien avec le concret. » (p. 25)

→ Sur le plan comportemental

« Les capacités d'apaisement du chien permettent d'aider à réduire les tensions les angoisses et l'agressivité, régulent les troubles du comportement de certains résidents. »

→ Sur le plan relationnel et affectif

« L'animal permet de retisser un lien affectif souvent distendu. Il aide à rompre un sentiment de solitude et d'isolement, favorise l'animation de groupe. » (p. 25)

Ainsi, venir diminuer l'anxiété chez le patient à l'aide de la médiation canine, permet par la suite de faciliter la prise en charge psychomotrice. L'animal facilitant la relation thérapeutique, permet de créer un lien plus solide entre le sujet âgé et le thérapeute. Le travail autour des fonctions psychomotrices n'en a été que plus ludique, notamment auprès de M. C.

III- Les bénéfices de la médiation canine sur les troubles des résidents liés au confinement

Le confinement en chambre a été déclencheur de troubles comportementaux chez plusieurs résidents qui n'avaient pas la capacité de comprendre leur enfermement ou qui ne souhaitaient pas être enfermés contre leur gré.

Ce cantonnement a donc entrainé abondamment d'anxiété chez les résidents. L'apaisement que procure la médiation canine en psychomotricité renvoie à l'étude de HARRIS & AL (1993) : la présence de l'animal permet de diminuer significativement la pression sanguine et le rythme cardiaque des personnes âgées.

Le contact entre la main du résident et la fourrure de Jinmay lors des caresses apaise physiologiquement le sujet conduisant à une accalmie grâce au dialogue tonico-émotionnel.

Le résident devient davantage disponible. A l'écoute, il comprend et acquiesce les explications de son confinement. La simple présence de Jinmay a permis de mieux accepter ce changement et a motivé le résident à collaborer, comme l'a démontré RUCKERT dans son étude (1994).

Vignette clinique

Mme M, 98 ans atteinte d'une démence parkinsonienne a été contentionnée en chambre lors du confinement.

Habituellement casanière de par son grand âge, Mme M était offusquée d'être enfermée contre sa volonté. Ayant des troubles cognitifs, elle ne pouvait retenir la raison de ce confinement. Ne réussissant pas à sortir de sa chambre, et oubliant les explications des soignants, l'anxiété est très vite montée et Mme M est devenue très agitée.

Afin de calmer ses troubles, j'ai mis en place des séances de psychomotricité à visée relaxante avec Mme M. La communication a pu facilement s'établir entre elle et moi grâce à la présence de Jinmay. Tout en ayant la chienne sur ses genoux, Mme M verbalise un discours anxieux autour d'hallucinations et d'un délire de persécution « Les dames me volent mes affaires et m'enferment ici pour que je ne puisse rien dire! ».

Après chaque relaxation par touché thérapeutique avec la chienne à ses côtés, je prends le temps de réexpliquer à Mme M qu'elle doit rester en chambre pour se protéger du virus qui circule à l'extérieur. Par la suite, les hallucinations et le sentiment de persécution ont diminué.

Mme M se trouvait dans un état de bien être psychocorporel lui permettant de se relâcher et d'être apaisée.

IV-<u>La continuité des effets de la médiation canine chez les sujets atteints d'une</u> neurodégénérescence

Un résident ayant ses facultés cognitives peut jouir des effets à long termes de la médiation canine. En effet, il intègre corporellement et psychiquement les séances, en obtient une représentation qui s'ancre dans sa mémoire ce qui permet de se saisir des bienfaits à long termes.

Mais qu'en est-il de la continuité des effets chez les personnes âgées démentielles ?

Lors de mes séances à l'unité de soins adaptés, les soignantes et moi avons pu constater la diminution des troubles du comportements inhérents aux démences. La présence de Jinmay rassemble les résidents de par leur curiosité ce qui permet durant l'heure de canaliser leurs troubles.

Vignette clinique

Mme D 79 ans est atteinte de la maladie d'Alzheimer associée à un trouble anxieux-dépressif. Chaque jour, Mme D souhaite sortir de la résidence pour retrouver son fils et retourner chez elle. Anosognosique, elle pense être retenue ici contre son gré et dit être apte à vivre seule. L'anxiété prenant le dessus, Mme D se met dans un état d'hystérie et transmet son agitation et ses craintes aux autres résidents de l'unité.

Les séances de médiation canine en psychomotricité permettent de faire redescendre l'anxiété en focalisant son attention sur Jinmay. A la fin des séances, Mme D est apaisée et a oublié ses inquiétudes. « Oh je suis contente de vous avoir rencontré! Quand revenez-vous ? »

Pour Mme D, les effets ne sont qu'à court termes, très vite, son agitation revient. Elle ne garde aucune trace mnésique de nos séances et repose les mêmes questions les séances suivantes.

Pour d'autres résidents, selon les jours, les effets n'auront pas été les mêmes. Cela est inhérent à la pathologie.

Vignette clinique

Mme A, 97 ans est atteinte d'une démence de type Alzheimer sévère associée à des logorrhées injurieuses et un syndrome de persécution.

Agnosique, elle prend Jinmay pour un chat. Lorsqu'elle voit apparaître la chienne dans son champ visuel, elle est toujours surprise de voir « un chat » se balader. Soit elle va chercher à l'attirer vers elle et la couvrira de caresses et de compliments « Oh que tu es belle toi! Tu es bien entretenue! Tu as l'air si gentille », ce qui apaisera ses troubles du comportement en focalisant son attention sur Jinmay. Soit elle cherchera le « propriétaire du chat » qui est selon elle « maltraitant!». Alors elle deviendra injurieuse, et ses troubles augmenteront. Dans ce cas-là, rien ne la calmera hormis la fatigue.

Mais pour la plupart des résidents, Jinmay est restée ancrée dans leur mémoire malgré leur neurodégénérescence. Sa présence a ravivé des souvenirs et activé la mémoire émotionnelle permettant une rétention mnésique des évènements.

On parle alors de « cerveau émotionnel ». Situé au centre du système cérébral mnésique, l'amygdale, lieu des émotions joue un « rôle clé dans le traitement des signaux émotionnels sociaux [...], dans le conditionnement émotionnel et dans la consolidation des souvenirs émotionnels. » (SAVA & CHAINAY, 2013, p. 256). En effet, l'amygdale est connectée à des structures cérébrales mnésiques. Elle s'active durant les phases d'encodage, de stockage et de récupération des informations émotionnelles, et permet même après un temps long entre l'encodage et la récupération de retrouver l'information (chez les sujets dont l'amygdale n'est pas lésée). (SAVA & CHAINAY, 2013).

Vignette clinique

Mme B, 80 ans, atteinte d'une démence de type Alzheimer associée à un trouble anxieux-dépressif, réside à l'unité protégée de l'EHPAD.

La veille d'une séance de psychomotricité avec l'animal, Mme B. me dit « demain on est vendredi Kiki vient me voir ». Personne ne lui a parlé de Jinmay dans la journée. Cependant Mme B possède des photos d'elle et de la chienne dans sa chambre. La régularité des séances permet d'orienter temporellement Mme B.

Après 3 mois sans avoir vu Jinmay, Mme B a criée « Oh mais c'est kiki! Vient me voir ma chienne »! Mme B prend la laisse et l'emmène dans le salon, elle l'a fait monter sur le canapé et la prend dans ses bras tout en lui racontant son état émotionnel « Je suis fatiguée », « j'ai peur », etc.

Jinmay est enracinée dans sa mémoire. Elle permet instantanément de calmer les troubles du comportement de Mme B lors de sa présence à l'USA.

Les séances de médiation canine ont donc un effet apaisant pendant et après (sur quelques heures) mais durent peu dans le temps chez les personnes âgées ayant une neurodégénérescence. A cela s'ajoute la difficulté de reproduire un comportement adapté et serein sans la présence de la chienne.

Lorsque la séance procure de fortes émotions aux résidents, la mémoire émotionnelle est alors déclenchée, permettant à certains d'entre eux de garder une trace mnésique.

On ne peut espérer pour tous un maintien des fonctions cognitives. Cependant, la médiation canine contribue à la préservation de l'autonomie motrice notamment dans les praxies, et la marche.

V- Le chien, un soutien pour tous durant la pandémie

Le premier confinement a été un choc et une épreuve difficile pour la majorité de la population. De nombreux professionnels de santé se sont inquiétés de l'état de santé mentale des Français.

Ainsi, de mars à mai 2020, ce ne sont pas seulement les résidents qui avaient besoin de soutien pour surmonter leur anxiété mais également les soignants de la résidence.

Submergés de nouveaux protocoles, la boule au ventre face au virus et ses potentiels dangers, certains ont craqué à la résidence, ou en privé, d'autres se sont abstenus et ont contenu leurs émotions.

Moi-même, terrifiée par les médias, j'étais apeurée de retourner travailler à l'EHPAD le jour où le confinement a été prononcé. En tant qu'étudiante je voulais être protégée de cela mais mon statut de salariée m'imposait de travailler.

Les premiers jours, l'ambiance apparaissait très anxieuse, une tension planait dans la résidence. Ce virus encore trop peu connu nous faisait craindre le pire. Des questions éthiques se sont posées quant au confinement des résidents en chambre, laissant des désaccords entre direction et soignants. Dans ce contexte, une psychologue aurait pu permettre d'apaiser l'environnement, en apportant une écoute.

Mon caractère débordant de positivité et les encouragements de la direction pour atténuer l'étouffante anxiété m'ont permis de rebondir. J'ai pu proposer ce projet de médiation canine en psychomotricité qui a été accepté.

Comme j'ai pu le mettre en avant, la présence de Jinmay dans mes séances de psychomotricité a apporté bon nombre de bénéfices aux résidents. Enfermés à l'intérieur, je permettais l'entrée d'un être externe à la résidence apportant ainsi de l'espoir et du réconfort dans leur solitude.

Ce réconfort, les soignants l'ont aussi ressenti. Ils ne s'attendaient pas à ce qu'un tel projet soit accepté dans une période critique comme celle-ci.

Beaucoup d'étonnement et de questionnement ont émergé dans un premier temps. S'en sont suivi des temps de petites pauses pour dire bonjour à la chienne, lui parler, la caresser.

La présence de Jinmay dans la salle de repos a apaisé l'ambiance, les conversations se sont orientées vers des échanges plus positif. Etant présente le reste de la semaine, j'ai pu remarquer qu'en l'absence de Jinmay, le dialogue s'axait systématiquement autour des craintes liées à la Covid-19. La compagnie de ma chienne permet donc un détournement de l'attention qui influe positivement les soignants, leur permettant d'écarter leur anxiété une journée par semaine.

Au fil des semaines j'ai pu avoir de nombreuses confessions telles que :

- « Tu sais, c'est notre journée préférée quand tu l'emmènes ici ! » Lingère.
- « Nous aussi on se sent mieux quand elle est là » Aide-soignante.
- « Oh ça y ait c'est enfin le jour de Kiki! » Auxiliaire de vie.
- « Alors quand est ce qu'elle revient ? On a besoin de la voir » Aide-soignante.

Depuis que je ne l'amène plus, résidents comme soignants me demandent régulièrement de ses nouvelles.

Certaines soignantes que j'ai peu rencontré cette dernière année ont pu m'identifier en tant que psychomotricienne de la résidence grâce à ma chienne. Elle a apporté un point de repère aux autres, et a complété mon identité. Cette médiation a contribué à la reconnaissance de mon travail au sein de la résidence.

La diminution de l'anxiété des soignants grâce à la présence de Jinmay dans la résidence a non seulement permis un apaisement général, mais a également contribué à l'amélioration des soins durant cette période.

VI-Les limites rencontrées dans mes prises en charges

De mars à novembre, j'ai pu rencontrer différentes limites dans mon projet de médiation animale. Il m'a fallu faire preuve d'adaptation, de persuasion et parfois d'acceptation.

1- Être aveugle est-ce un handicap pour le chien?

La 1^{ère} limite a été le handicap visuel de Jinmay. Tout comme l'Homme, le chien peut naître aveugle. La cécité congénitale peut avoir diverses causes (infection, hérédité, modification génétique durant la méiose). La vétérinaire de Jinmay a déterminé une absence des photorécepteurs dans sa rétine. Il n'y a donc pas de signal nerveux. Elle était le seul chiot de sa portée atteinte et la

dernière à être adoptée. En effet, accueillir un chien porteur de cécité demande une grande réflexion (tout comme adopter un chien). Mais cette appréhension relève en partie d'une transposition au chien de ce qui se produit chez l'humain. Pourtant ce transfert est infondé, un chien n'est pas un humain, et ne réagit pas de la sorte.

Jinmay étant née ainsi, elle a pu naturellement et facilement s'adapter à son environnement. Elle n'a pu ressentir l'effet d'une perte puisqu'elle n'a pas connu la vue. Même si l'éducation d'un chiot aveugle pourrait sembler plus difficile, elle est finalement proche de celle d'un chiot ayant la vision. Mais il faut davantage stimuler les autres sens tout en insistant sur la communication orale et le toucher. Face au handicap, comme l'Homme, chaque chien s'adapte à son rythme selon son caractère, son mode de vie, son environnement et ses maitres. L'école du chiot a été d'un grand soutien pour Jinmay qui se montrait peureuse des environnements inconnus.

Lors de son arrivée en EHPAD, il était primordial que je sensibilise les équipes et les résidents à son handicap afin qu'ils puissent s'adapter en conséquence : ne pas laisser un obstacle au milieu de la chambre, la prévenir verbalement quand on s'approche d'elle, la guider par la voix pour obtenir ce que l'on désire, etc.

Concernant les prises en charges, notamment en motricité globale, le chien est fréquemment incité à effectuer des parcours psychomoteurs avec les patients. Pour Jinmay cela n'est pas possible. Dressée, elle sait, sur demande, sauter un obstacle, aller à droite, à gauche, sur demande, mais cela lui nécessite de mettre tous ses sens à contribution. En EHPAD, cela aurait été trop compliqué de par le bruit, le manque de clarté et d'affirmation verbale des résidents, etc. Jinmay aurait été en difficulté.

Les jeux de lancer de balle sont là aussi impossibles pour Jinmay au sein de l'EHPAD. Ne pouvant suivre le jouet des yeux, elle ne peut courir après si elle ne se concentre pas pour entendre où il atterrit, si elle ne ressent pas les vibrations du sol, si son odorat est brouillé par les odeurs corporelles des patients et/ou la javel (protocoles de nettoyage des sols), etc. Cet environnement vient biaiser ses sens, rendant certaines activités dont elle est capable à la maison impossibles à l'EHPAD.

Ces difficultés m'ont demandé de la réflexion afin de proposer tout de même une activité ludique permettant aux résidents de travailler leur motricité globale sans pour autant mettre d'obstacle à Jinmay.

2- Les freins de la médiation animale

La peur, les allergies, ou encore les coutumes sociales propre à chacun sont divers freins que j'aurai pu rencontrer auprès des résidents. Bien heureusement, cela n'a pas été le cas, mais il me semble intéressant de les évoquer. En effet, j'ai dû m'assurer avant les prises en charges, que chaque résident bénéficiant des séances, et chaque salarié ne présentaient aucune crainte ou allergies vis-à-vis du chien, et qu'ils acceptaient sa présence.

La peur incontrôlable du chien se nomme cynophobie. C'est un phénomène répandu souvent induit par une mauvaise expérience avec l'animal durant l'enfance. Cela peut être lié à une morsure, ou une attitude terrifiante du chien, ou bien une peur transmise par les pairs. Chaque vécu influence les réactions face au chien.

Vignette clinique

Un jour, lors de mon arrivée en salle de pause avec Jinmay, une auxiliaire de vie (AV), effrayée, s'est immobilisée, visage fermé. Voyant son comportement, je m'arrête au seuil de la porte et demande si elle a peur des chiens. Dans l'incapacité de me répondre, supposant que oui, je lui propose de finir sa pause et de venir prendre la mienne plus tard, en m'excusant.

Remplaçante pour la journée, elle n'était pas au courant de la présence de la chienne sur la résidence, et je ne pouvais savoir sa crainte des chiens avant cette rencontre inopinée.

Les allergies aux poils d'animaux sont également fréquentes. Une allergie selon l'INSERM (2016, paragr. 2) est « un dérèglement du système immunitaire qui correspond à une perte de la tolérance vis-à-vis de substances a priori inoffensives : les allergènes. »

Les poils d'animaux sont des pneumallergènes. Ils rentrent dans l'organisme par les voies aériennes et respiratoires, pouvant engendrer « des manifestations cutanées (urticaire, dermatite), respiratoires (rhinite, asthme) ou généralisées (anaphylaxie) ».

Ainsi, 25 à 30% de la population mondiale présente au moins une allergie. L'allergie aux poils d'animaux en fait partie.

3- Le virus en institution

Les protocoles établis par le Ministère de la Santé imposent au personnel des EHPAD une tenue de protection. Cette tenue, décrite en première partie, masque la majeure partie du visage, en plus de recouvrir les cheveux et la corpulence. Cet ensemble a d'abord été effrayant pour les résidents. En effet il signe la dangerosité du virus, ce qui accroit leur anxiété. Également, il empêche la reconnaissance des visages familiers, ne laisse pas transparaitre les émotions, et dissimule la communication non verbale. Cela induit également de l'anxiété auprès des résidents.

Par ailleurs, ce virus, qui nous a causé bien des soucis dans le monde, a parfois mis un frein à mes prises en charge.

En effet, lorsqu'un résident est testé positif, il est immédiatement mis en isolement et je ne peux aller à sa rencontre avec Jinmay pour garantir la sécurité des autres résidents.

Des études scientifiques et expérimentales, ont montré que le chien ne peut transporter et transmettre le virus à l'Homme (ni par ses poils, ni par un autre canal). Cependant, pour protéger l'ensemble de la résidence, et moi-même, j'ai dû appliquer le principe de précaution. Et cela, également lorsque le résident était cas contact donc en confinement.

La non-continuité de la prise en charge en psychomotricité, associée à la Covid-19 (ses conséquences) et/ou la sédentarité, l'isolement (pour cas contact) ont engendré des syndromes de glissement, des dépressions, une recrudescence de l'anxiété, un accroissement des troubles du comportement, une accélération des neurodégénérescence, etc. Ces contrecoups sont parfois irréversibles.

Vignette clinique

Mme L, 80 ans, atteinte d'une démence parkinsonienne associée à un trouble anxieux-dépressif. Le confinement en chambre, avec contention, suite à un séjour à l'hôpital (risque de contagiosité sur site) a fortement accéléré sa neurodégénérescence. Elle n'a pu voir sa sœur avec qui elle est très proche. Dans l'incompréhension, et l'oublie des explications (amnésies), Mme L. s'est sentie enfermée contre son gré, pensant que les équipes lui voulait du mal.

Avant cela, avec Jinmay nous travaillions au maintien des gnosies, des praxies, de la mémoire et de la motricité globale. Mais depuis cet évènement, Mme L. est passé d'un GIR 4 à un GIR 2, l'a rendant dépendante cognitivement et physiquement. Il n'est plus possible d'avoir une discussion cohérente avec elle. L'adaptation étant la clé dans mon métier, les séances sont à présent axées autour de la sensorialité, du dialogue tonico-émotionnel et du bien-être psychocorporel. Les conséquences du confinement pour Mme L. ont atteint un point de non-retour.

Enfin, en novembre, face à la recrudescence du nombre de cas en France, et les questionnements médiatiques quant à la transmission du virus entre l'Homme et le chien, la directrice de l'EHPAD n'a plus souhaité recevoir Jinmay dans l'établissement.

Ces craintes reposant sur un principe de précaution, et les équipes (soignants, IDE, IDEC régional, IDEC référent) me soutenant quant à l'importance de la continuité de la médiation canine en psychomotricité, j'ai décidé de rassembler les éléments démontrant scientifiquement que le chien ne peut transporter et transmettre ce virus à l'Homme. Je me suis donc basée sur de nombreuses études pour élaborer ce document de synthèse (cf. annexe 10).

Une fois ce document validé par l'IDEC, je l'ai présenté à la directrice qui a accepté le retour de ma chienne.

4- L'apprentissage en psychomotricité

L'apprentissage, malgré l'expérience positive occasionnée, m'a souvent mis des barrières durant cette 3^e année d'étude. Initialement, j'aurai dû passer les deux dernières semaines du mois de mars 2020 en stage dans une autre structure. Face au déferlement de la Covid-19 et par principe de précaution, beaucoup d'établissements ont fermé et j'ai dû prêter main forte à temps plein à l'EHPAD, sans glissement de fonction. Cela m'a été une expérience riche de travailler durant une crise sanitaire mondiale. Aussi bien émotionnellement que dans l'apprentissage de mon métier.

Le point positif s'est révélé dans la mise en place de mon projet, aboutissant à la réalisation de ce mémoire. Le point négatif a été la nécessité de compléter en urgence mes heures de stage manquantes (190h), j'ai dû passer l'été en stages auprès de diverses populations (ce que j'ai beaucoup apprécié), au détriment de la continuité de mes prises en charge psychomotrices à l'EHPAD.

Par la suite, ma 3^e année s'est révélée plutôt dense, de pars les arrêts maladies et cas contact (Covid-19), les congés à solder, les stages, et l'école récupérant des jours de cours auprès de l'employeur. Ces difficultés rencontrées sur mon parcours ne m'ont pas permis d'assurer une continuité des soins psychomoteurs de novembre 2020 à mai 2021, ce que je regrette. J'ai dû par conséquent arrêter la médiation canine qui perdait son sens par ce manque de régularité.

Malgré cela, de mars à novembre 2020, la médiation canine en psychomotricité à eu des effets positifs sur l'anxiété et ses troubles induits des résidents de l'EHPAD. L'apprentissage durant cette crise sanitaire me restera comme un moment mémorable, riche en expérience.

Conclusion

La crise sanitaire liée à la Covid-19 restera à jamais ancrée dans l'Histoire tant par les drames qu'elle a pu générer que par les polémiques qu'elle a engendrées.

Dans l'apprentissage de mon métier, elle aura été une expérience singulière me permettant de créer et concrétiser un projet qui me tenait à cœur au sein d'un EHPAD qui a su m'accorder sa confiance durant un moment de crise.

Le confinement m'a beaucoup questionné. En tant que psychomotricienne apprentie, je me suis demandé comment apporter mon soutien auprès des résidents dont l'anxiété s'est amplifiée et les fonctions psychomotrices se sont ébranlées face à ce contexte. J'ai alors développé mon projet de médiation animale en psychomotricité dans l'optique de rompre l'isolement des résidents, de leur apporter du réconfort tout en stimulant, de manière plus ludique leurs capacités motrices. Je me suis alors rendu compte que ma prise en charge, par la présence de Jinmay, permettait de réduire l'anxiété planante au sein de la résidence.

Ce mémoire de fin d'étude en psychomotricité m'a permis de prendre conscience des répercussions de la pandémie et de l'impact du confinement sur les personnes âgées en EHPAD. J'ai pu acquérir davantage de connaissances sur l'anxiété, son origine, son fonctionnement et ses conséquences auprès de ce public. J'ai également pu apprendre à porter un projet et le concrétiser, répondant ainsi aux objectifs demandés, tout en prenant en charge l'individu dans sa globalité.

Alors comment la prise en charge psychomotrice à travers la médiation canine peut viser à diminuer les troubles anxieux chez la personne âgée confinée en EHPAD durant la crise sanitaire liée à la COVID-19 ?

A travers la triangulation, l'animal se situant dans un espace transitionnel est support de communication, de richesse, et facilite l'expression psychocorporelle, grâce à la corporéité du psychomotricien. Ce dernier permet la représentation de l'expérience vécue avec le chien.

La personne âgée, en confiance et en sécurité dans cette triangulation, devient davantage disponible à la relation, permettant une ouverture vers l'évolution. Motivé, le sujet devient acteur de sa prise en charge, et prend plus aisément conscience de ses capacités. A travers les soins, les

jeux, les promenades de l'animal, la rééducation, la thérapie et la prévention psychomotrice prennent place, permettant le maintien et l'amélioration des capacités psychomotrices de la personne âgée. Les interactions sociales se voient alors facilitées, l'isolement réduit et l'anxiété diminuée.

La médiation canine en psychomotricité répond ainsi aux aspirations de l'EHPAD à prolonger l'autonomie et les capacités psychomotrices de ses résidents.

J'ai été impressionnée de l'évolution et l'implication positives de M. C. dans ces séances. Lui qui était accablé par son anxiété qui se reflétait sur sa motricité et sa confiance en soi. La présence de Jinmay l'a encouragé dans sa progression psychomotrice, lui permettant d'avoir des déplacements plus sécures en autonomie. La relation avec l'animal a ravivé son estime de soi laissant place à une plus grande sérénité. M. C. a pu reprendre assurance en ses capacités pour ensuite s'affirmer dans son quotidien. L'intérêt de la médiation canine a permis d'aider le résident dans ses progrès en induisant des améliorations plus rapides et probantes.

En outre, la présence de Jinmay n'a pas été seulement bénéfique qu'aux patients. Elle m'a amené sécurité et confiance en moi durant ce moment de crise, tout en m'incitant à contrôler ma propre anxiété pour ne pas la lui transmettre ou la diffuser aux patients. Cela m'a permis d'affirmer mes choix, mes demandes, mes propositions, tant auprès des patients, que des équipes ou de la direction de l'EHPAD. « Ce qui est valable pour le patient, l'est aussi pour le soignant. » GUINARD (2011, p. 63)

Le contexte de la crise sanitaire a empêché l'intervention d'une zoothérapeute formée, me laissant la possibilité de proposer la médiation canine en psychomotricité. Néanmoins, j'ai conscience de l'importance d'une formation spécifique pour poursuivre ma voie dans cette médiation. Cela m'amène à me questionner si un autre animal que le chien aurait pu faire émerger les potentialités du sujet âgé durant une telle crise sanitaire ?

Bibliographie

ALBARET J.-M., & AUBERT E. (2001, juin). Vieillissement et psychomotricité. Solal.

Albaret J.-M., & Giromini F., & Scialom P., (2011, novembre). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.

Anxiété.fr, le site de référence de l'anxiété. *Généralités sur l'anxiété*. Consulté le 2 janvier 2021. https://www.anxiete.fr/

ARENSTEIN G.-H. (2014, juin). Zoothérapie, Quand l'animal devient assistant thérapeute. Marcel Broquet.

BEATRIZ DA SILVA LOUREIRO M. (2009, janvier). Evaluation psychomotrice chez les personnes âgées à la lumière de WALLON. Dans G. HERMANT (dir.) Eclairage psychomoteur en gérontologie. Evolutions Psychomotrices – Vol. 21 n°84 (pp. 79 à 83). Fédération Européenne des psychomotriciens.

BEIGER F., & DIBOU G. (2017, juin). La zoothérapie auprès des personnes âgées. Dunod.

BEIGER F. (2018, mai). L'enfant et la médiation animale, une nouvelle approche par la zoothérapie. Dunod.

BOURIN M. (2013, mars). *Bases anatomiques et neurobiologiques de l'anxiété*. Cairn. Consulté le 2 janvier 2021.

CARRIC J.-C., & SOUFIR B. (2014, octobre). Lexique pour le psychomotricien. Broché.

CHAINAY H., & SAV A.-A. (2013, avril). Effets des émotions sur la mémoire dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal. Dans P. ALLAIN (dir.), Revue de neuropsychologie, volume 5, n°2. (pp. 255 à 263). John Libbey Eurotext. Consulté le 17 avril 2021. https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-4-page-255.htm

DARWIN C. (1881). *Citation*. Citation du jour Ouest-France. Consulté le 11 novembre 2020. https://citations.ouest-france.fr/citations-charles-darwin-3159.html

DORMIA C., & FEVE S. (2015, mars). Pour le psychomotricien, Psychomotricité auprès de la personne âgée. Robert Altani.

DRAUSSIN J. Cahier 1 – Personnes âgées et médiation animale. Dans Fondation A&P SOMMER, Les cahier de la fondation Adrienne et Pierre SOMMER. Consulté le 11 novembre 2020. https://j7p3q8a2.rocketcdn.me/wp-content/uploads/2018/01/Fondation-Adrienne-et-Pierre-Sommer-Cahier-num%C3%A9ro-1-Personnes-%C3%A2g%C3%A9es.pdf

Fondation A&P SOMMER. *La médiation animale, c'est quoi* ? Consulté le 11 novembre 2020. https://fondation-apsommer.org/

Fondation pour la Recherche Médicale (2021, février). *Tout savoir sur le SARS-CoV-2-Covid-19*. Consulté le 15 avril 2021.

https://www.frm.org/recherches-maladies-infectieuses/virus-emergents/tout-savoir-sur-lecoronavirus-covid-19#propagation-coronavirus-covid-19 GIROMINI F. (2012, septembre). La médiation en psychomotricité. Dans : Benoît L. (dir.) Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation (pp. 253 à 264). Erès. Consulté le 6 février 2021.

https://www.cairn.info/jalons-pour-une-pratique-psychocorporelle--9782749233697-page-253.htm

GUINARD E. (2011, juin). Un chien en psychomotricité? L'apport de la médiation canine en prise en charge psychomotrice. [Mémoire de D.E., ISRP Paris]. (pp. 60-63) Fondation A&P Sommer. Consulté le 8 avril 2021.

https://documentation.fondation-apsommer.org/wp-content/uploads/sites/7/2019/02/memoire-estelle-guinard-psychomotricite-2011.pdf

HAINES S., & STANDING S. (2019, mars). L'anxiété quelle chose étrange. Cà et là.

HARRINGTON I. (2004, mars). Boiteries et maux de dos. Dans Document de travail à l'intention du Tribunal d'appel et de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. (p. 15) WSIAT. Consulté le 7 avril 2021.

http://www.wsiat.on.ca/fr/MedicalDiscussionPapers/flimping.pdf

Haute Autorité de Santé. (2015, mars). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Consulté le 14 novembre 2020.

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201504/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

INSEE (2021, avril). Nombre de décès quotidiens – France, régions et départements. Consulté le 15 avril 2021.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/4487854

INSERM (2016, mars). Allergies. Consulté le 17 avril 2021.

Allergies | Inserm - La science pour la santé

INSERM (2020, novembre). Coronavirus et Covid-19, Du simple rhume au syndrome respiratoire aigu sévère. Consulté le 5 novembre 2020.

 $\underline{https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coronavirus-sars-cov-et-mers-\underline{cov}$

INSERM (2012, juin). *Les bases neurobiologiques de l'anxiété*. Consulté le 2 janvier 2021. https://presse.inserm.fr/les-bases-neurobiologiques-de-lanxiete-3/1479/

Institut Français de Zoothérapie. *Charte de déontologie*. Consulté le 13 février 2021. https://www.institutfrancaisdezootherapie.com/charte-de-deontologie-6

Institut Français de Zoothérapie, *Zoothérapie de A à Z*. Consulté le 13 février 2021. https://www.institutfrancaisdezootherapie.com/zootherapie-de-a-a-z.ifz#.XNbXM44zZPY

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice. (2018). *L'ISRP un cadre, un environnement*. Consulté le 5 novembre 2020.

 $\underline{https://www.isrp.fr/l-institut/lisrp-un-cadre-un-environnement/\#.YB62bOhKjb0}$

KOHN M. (2015). *L'Humour et la psychanalyse*. Dans *Champs psy* n°67. (pp. 125 à 131). L'esprit du temps. Consulté le 5 avril 2021.

https://www.cairn.info/revue-champ-psy-2015-1-page-125.htm?contenu=resume

Laboratoire d'Etude sur l'Anxiété et la Dépression Gériatrique, *L'anxiété gériatrique*. Consulté le 2 janvier 2021.

http://www.laboleader.ca/et-vous/anxiete-geriatrique/?lang=fr

LAUREAU O. Cerveau. Laboratoire SERVIER. Consulté le 8 mars 2021.

https://smart.servier.com/smart_image/hippocampus/

LE GALL A. (2001, septembre). L'anxiété et l'angoisse. Presses Universitaires de France.

MADER S., & DEVITO M., & DUBOIS N., & PELLETIER N. (2009, avril). *Biologie Humaine*. Chenelière éducation.

MARSALEIX C. (2018, juin). Quand le chien met la main à la patte : l'apport de la médiation canine dans la relation thérapeutique en psychomotricité. [Mémoire de D.E., Université de Bordeaux]. HAL Archives-ouvertes.fr. Consulté le 13 février 2021.

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838717/document

McCARNEY L., & ANDREWS A., & HENRY P., & FAZALBHOY A., & SELVA RAJ I., & LYTHGO N., & KENDALL J. (2020, octobre). Détermination de la validité et de la fiabilité du test de Trendelenburg à l'aide de l'analyse de mouvement en 3 dimensions et de la dynamométrie musculaire. National Library of Medicine. Consulté le 4 avril 2021.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33076947/

MIND for better mental health Association, *Anxiety*. Consulté le 2 janvier 2021. https://www.mind.org.uk/search-results?q=anxiety#stq=anxiety&stp=1

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020, février). *Dispositions générales à mettre en œuvre*. Dans *Préparation au risque épidémique COVID-19*.(pp. 10-16). Consulté le 15 avril 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

NATANSON J. (2009, janvier). *La peur et l'angoisse*. Dans *Imaginaire et inconscient* (numéro 22), (pp. 161 à 173). Consulté le 3 février 2021.

Organisation Mondiale de la santé (2018, février) Vieillissement et santé. Consulté le 5 décembre 2020.

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-

 $\frac{\text{health\#:}\sim:\text{text=Du\%20point\%20de\%20vue\%20biologique,et\%2C\%20enfin\%2C\%20le\%20d\%C}{3\%\text{A9c\%C3\%A8s}}.$

Organisation Mondiale de la Santé. *Comment l'OMS définit-elle la santé* ? Consulté le 5 décembre 2020.

https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions

Organisation Mondiale de la Santé. Constitution. Consulté le 8 mars 2021.

https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution

Organisation Mondiale de la Santé (2020, octobre). *COVID-19 : ce qu'il faut savoir*. Consulté le 15 avril 2021.

https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

PAPALIA D., & OLDS S.-W., & FELMAN R. (2010, septembre). Les premières manifestations émotives. Dans Psychologie du développement humain 7^e édition. De Boeck.

PERNOT M. & ALLARD C., Les bienfaits de nos animaux de compagnie, Avoir un animal, c'est bon pour le cœur. VETOPEDIA. Consulté le 5 novembre 2020.

https://www.vetopedia.fr/bienfaits-de-nos-animaux-de-compagnie/

POCHART M. (2015, août). Le rôle du psychomotricien dans la prévention des risques psychosociaux en EHPAD. ReSanté-Vous. Consulté le 15 avril 2021.

https://www.resantevous.fr/blog/articles/role-du-psychomotricien-prevention-des-risques-psychosociaux-ehpad/

PONTON G. (2015, janvier) Le principe du vivant. Dans M. GLON (dir) Repères, Cahier de danse, entretient avec Geneviève PONTON, n°35. (pp. 7 à 9) La Briqueterie.

REID L. (2016, avril). L'anxiété, le cancer de l'âme. Dangles.

RESILIENFANCE et AL. (2014, octobre). *Médiation animale, une nouvelle définition*. Consulté le 13 février 2021.

https://www.mediation-animale.org/mediation-animale-une-nouvelle-definition-par-resilienfance-et-al/

RODRIGUEZ M. (1999, janvier) *La médiation un processus thérapeutique*. Dans P. DELION, *L'information psychiatrique* volume 75, n°8. (pp 822-825) Editions Universitaires.

RUCKERT J. (1994). L'animal thérapeute. (pp 231-235). Editions du Roseau.

SANDLER D., & COPPIN G. (2014). *Théorie et concepts contemporains en psychologie de l'émotion*. Université de Genève. (p. 12) Consulté le 11 décembre 2020. https://www.unige.ch/fapse/e3lab/static/pdf/Coppin%20&%20Sander%20(2010).pdf

SCHREINER G. *Zoothérapie et Médiation animale*. La trace. Consulté le 13 février 2021. https://trace-asbl.lu/zootherapie-et-mediation-animale/ SEDEL F., & LYON-CAEN O. (2010, septembre). *Quand le cerveau n'en fait qu'à sa tête, Troisième partie : Recherche, étude et traitement des pathologies cérébrales. Les troubles anxieux*. Dans Le cerveau pour les nuls (p274). XO Edition.

SOULIE M. (2004, janvier). *Cancer de prostate : épidémiologie du cancer de la prostate*. Association Française d'Urologie. Consulté le 5 avril 2021.

https://www.urofrance.org/base-bibliographique/cancer-de-prostate-epidemiologie-du-cancer-de-la-prostate

TANASA M. (2009). La zoothérapie, une autre thérapie en EHPAD. [Thèse de D.I.U.] EHPAD.org. Consulté le 17 avril 2021.

http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires-2008

%20Maria%20Tanasa.pdf

TRINCAZ J. (2015). Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui. Dans INSERM (dir.). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. (pp. 467-477). Edition INSERM.

UMANIMA. La médiation animale. Consulté le 11 novembre 2020.

http://zootherapie.asso.fr/zootherapie-mediation-animale/

VENTURA E. (2014, octobre) *Le cortex insulaire*. Dans *Quelques bases en neuroanatomie*. (Paragr. 3). Consulté le 8 mars 2021.

https://elodieventura.wordpress.com/2014/10/08/quelques-bases-en-neuroanatomie/

VERAN O. (2020, mars). *Communiqué de presse*. Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 15 avril 2021.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200311cp_renforcement_mesures_personnes_agees.pdf

Annexes

Annexe 1:

PROTOCOLE D'HYGIENE

Protocole hygiénique de pratique de la psychomotricité avec l'animal

Résidence



Mise en place d'un "corridor sanitaire non matérialisé" = pas de contact avec le chien au moment des déplacements dans la structure.



Port du masque pour l'intervenant et toutes personnes présentes pendant la séance.



Lieu ventilé : chambre, pièce dédiée.



Lavage des mains avant et après la séance intervenant / résidents.



Matériel limité pour faciliter la désinfection : brosse, balle plastique.



Pas de contact avec le chien sans lavage de main préalable.

Eviter tout contact avec la gueule du chien. Eviter les contacts chien/ vêtements

L'animal doit bénéficier d'un suivi vétérinaire rigoureux. Il doit être vacciné régulièrement et vermifugé tout en bénéficiant d'un traitement antiparasitaire (puces , tiques). Un certificat de bonne santé est fourni.

Lors des séances de médiation, l'hygiène est une des priorités pour cela du gel hydroalcoolique est utilisé, le matériel est nettoyé et désinfecté après chaque séance. Les plaids et autres tissus sont spécifiques dans leur utilisation à la résidence.

Annexe 2:

PROJET PSYCHOMOTRICITE AVEC L'ANIMAL

NOBLE Chloé psycho 16/03/2020

Psychomotricité avec l'animal Projet et bienfaits psychomoteurs

Médiatrice: NOBLE Chloé - Psychomotricienne apprentie

Animal: Jinmay - chienne spitz japonais

Les objectifs:

Objectifs psycho-sociaux:

- ✓ Contribuer à la gestion de l'anxiété, la limiter.
- ✓ Permettre l'expression et la gestion des émotions, la verbalisation.
- ✓ Stimuler la communication et les interactions.
- ✓ Lutter contre l'isolement social.
- ✓ Favoriser une meilleure estime de soi, permettre la valorisation, la narcissisation.

Objectifs psychomoteurs:

- ✓ Favoriser un bien être psychocorporel, un relâchement.
- ✓ Favoriser une régulation tonico-émotionnelle.
- ✓ Contribuer à la gestion des troubles du comportement.
- Stimulation sensorielle, cognitive, motrice et affective.
- ✓ Stimulation des praxies, gnosies, des coordinations, des dissociations des réflexes et de la motricité.
- Stimuler le maintien et l'ajustement du tonus, de l'équilibre, de la posture et de la proprioception.
- Mieux percevoir les limites de son corps, (ré)intégration du schéma corporel, favoriser une image corporelle positive, maintenir les somatognosies.
- ✓ Stimuler le maintien de la préhension, de la dextérité manuelle, du déliement digital, donc de la motricité fine.
- Stimuler les capacités visuo-spatiales.

Objectifs physiologiques:

- ✓ Réduire/limiter l'anxiété et ses impacts psychocorporels.
- ✓ Favoriser une régulation de la tension artérielle, du rythme cardiaque et la respiration durant la séance.

L'ensemble de ces éléments permettent de sécuriser le résident, favorisant son autonomie et dynamisant son quotidien.

Projet:

- Séances individuelles à visée préventive et thérapeutique des troubles anxiodépressifs et de leurs conséquences psychomotrices.
- Sur prescription médicale.
- 30min à 1h par résident.
- Présence 1 journée par semaine (10h-12h / 13h45-16h)
- Des mesures hygiéniques sont à respecter (cf protocole hygiénique).

Selon le résident, différentes activités peuvent être proposées :

- ⇒ Promenade dans l'enceinte de la résidence (dedans/dehors) motricité globale/tonus/espace
- ⇒ Toilettage de l'animal motricité fine/sensorialité/tonus/schéma corporel
- Jeux avec l'animal motricité globale/motricité fine/tonus/espace
- ⇒ Dressage communication/estime de soi/
- ⇒ Relaxation détente psychocorporelle/tonus/schéma corporel

DECHARGE RESPONSABILITE

Psychomotricité a	vec l'animal – Décharge de responsabilité
Je soussignée	d ro
Faisant fonction de	XEC
A la Résidence	située au
Chloé NOBLE, psychomotrici	endication, de quelque nature qu'elle soit, à l'encontre de enne apprentie et de sa chienne <i>Jinmay – chienne Spitz dentification 250269606269952 FRA) –</i> à la résidence Les
Ceci concerne particulièreme du 18 mars 2020 au 31 décen	nt le cas d'accident, blessure, dégât, physiques ou matériels nbre 2020.
	oignantes aux risques liés à sa venue (allergies, blessures, ues en pleine connaissance de cause et je déclare renoncer
	à ce que les équipes et les résidents fassent preuve de le matériel amené afin d'effectuer les séances de l.
A Paron, le :	/ 5
	Signature précédée de la mention « lu et approuvé »
	Suivi du cachet de l'établissement :
9	
47	lu et appouré -

Annexe 4:

EVALUATION GIR

AGGIR du/ à:_					
Nom :					
Prénom :					
Chambre :			_		
Glallible			-		
		s	Т	С	н
Attention : une case cochée signifie "NE FAIT PAS"			7		
01. Transferts	Γ				
02. Déplacement à l'intérieur	75.0				
03.1 Toilette haut					
03.2 Toilette bas			11		
04.1 Élimination urinaire					
04.2 Élimination fécale		460	y NO		
05.1 Habillage haut					
05.2 Habillage moyen	15. 15.	1000	- 17		1
05.3 Habillage bas					
06.1 Alimentation se servir	A Company	-	6		
06.2 Alimentation manger					
07. Alerter					
08. Déplacement à l'extérieur					
09.1 Orientation temps	10.00	1			
09.2 Orientation espace					
10.1 Cohérence communication		1	30		
10.2 Cohérence comportement					
11.1 Variables illustratives gestion			1		
11.2 Variables illustratives cuisine					
11.3 Variables illustratives ménage					
11.4 Variables illustratives transports					
11.5 Variables illustratives achats			38		1
11.6 Variables illustratives suivi du traitement					
11.7 Variables illustratives temps libre					

Signature du médecin coordonnateur :

S= spontanément

T = Totalement

C = Correctement

H= Habituellement

Photos de Jinmay





Annexe 6:

INVENTAIRE DE SPIELBERGER

			Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	I				
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0				
3	Je me sens content(e) de moi.	I				
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0				
5	J'ai un sentiment d'échec.	0				
6	Je me sens reposé(e).	I				
7	J'ai tout mon sang-froid.	I				
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0				
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0				
10	Je suis heureux(se).	Ι				
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0				
12	Je manque de confiance en moi.	0				
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	Ι				
14	Je prends facilement des décisions.	I				
15	Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur.	0				
16	Je suis satisfait(e).	I				
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0				
				I		
18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0				
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	I				
20	Je deviens tendu(e) et agité(e)quand je réfléchis à mes soucis.	0				
	Totaux					

Calcul du total:

Pour les lignes indiquées par I, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.

Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4. La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation

En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.

De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.

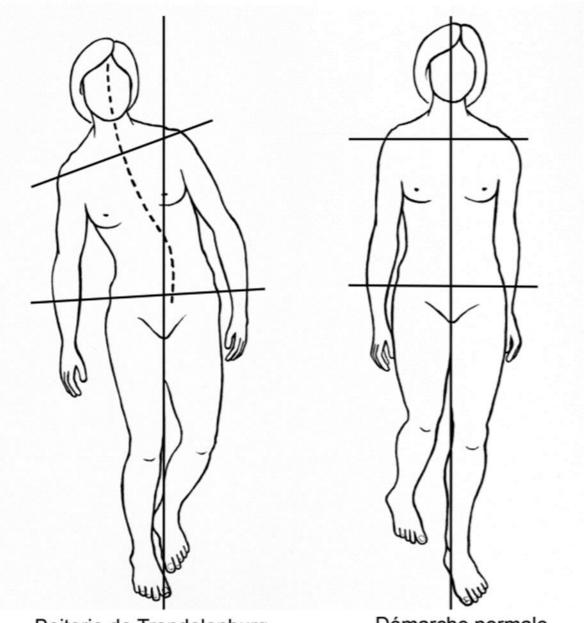
De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel <u>Relaxation et principes d'équilibre</u> associé au manuel <u>Confiance et apaisement</u> vous seront certainement utiles.

De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.

Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

Annexe 7:

Boiterie de Trendelenburg et démarche normale selon le Dr HARRINGTON (2004)



Boiterie de Trendelenburg Courbure rachidienne anormale

Démarche normale Alignement normal de la colonne vertébrale



M. C et Jinmay lors de leur première rencontre

Souriant, M. C. pose fièrement pour garder un souvenir de cette première rencontre.

La laisse est tendue montrant la relation du résident et de Jinmay à travers le dialogue tonicoémotionnel.

GDS-15

GDS 15 items					
No	m du patient : Prénom du patient :				
Da	te de naissance du patient : Sexe : H F Date du test :				
No	m et status de l'accompagnant :				
Ent	ourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernièr	es ser	maines		
(Comptez 1 si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13 OUI aux autres questions	OUI	NON		
1	Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?				
2	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?				
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?				
4	Vous ennuyez-vous souvent ?				
5	Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?				
6	Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?				
7	Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?				
8	Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?				
9	Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?				
10	Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?				
11	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?				
12	Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?				
13	Avez-vous beaucoup d'énergie ?				
14	Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?				
15	Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?				
	Calculez le score :				

Résultats:

- · Le score normal est inférieur à 5.
- · À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

[Cette échelle est validée pour le dépistage systématique de la dépression mais n'est pas suffisante à elle seule pour établir un diagnostic.]

DOSSIER RISQUE 0 DE TRANSMISSION DU VIRUS ENTRE LE CHIEN ET L'HOMME

Risque de transmission Animal-Homme / COVID-19

Contact par le toucher du poil:

→ <u>Daniel Camus, infectiologue à l'Institut Pasteur de Lille</u> apporte une réponse sans ambiguïté quant à la question de la contamination par les poils d'animaux domestique, mais toujours avec les réserves scientifiques d'usage: « Il y a une chance infime qu'il y ait un risque de contagion. » La probabilité est jugée « négligeable », assure Daniel Camus.

Il argumente :

« Il y a très peu de probabilité qu'il y ait un virus sur le poil d'un chat ou d'un chien. Une personne ne crache pas sur un animal. Mais bon, pour la démonstration admettons que ce soit possible. »

Il poursuit. « Quelle est la probabilité que ce virus soit infectieux ? C'est très faible. Il faut qu'il ait une charge virale importante. Il faut aussi savoir que le corps ne s'infecte pas par un seul virus. S'il n'y en a qu'un, il va s'en débarrasser. Il faut une charge virale suffisante pour que le virus s'installe et commence son cycle infectieux sur l'homme... Mais bon pour la démonstration, admettons... »

Source: https://www.oie.int/fileadmin/Home/MM/FR Factsheet SARS-CoV-2 v8 final.pdf

- → Organisation mondiale de la santé animale. Article du 27 novembre 2020 sur leur site internet.
- « Les animaux de compagnie : <u>Il n'existe pas de preuve</u> que les animaux de compagnie jouent un rôle épidémiologique dans la propagation des infections humaines au SARS-CoV-2.

En tant que bonne pratique générale, des mesures d'hygiène de base doivent toujours être appliquées lorsque l'on manipule ou prodigue des soins aux animaux. Cela comprend le lavage des mains avant et après avoir été à proximité ou avoir manipulé les animaux. »

« L'OIE a mobilisé plusieurs groupes d'experts (« groupes ad hoc ») pour fournir un avis scientifique sur les priorités en termes de recherche, sur la recherche actuelle, et sur d'autres conséquences du COVID-19 sur la santé animale et la santé publique vétérinaire, notamment l'évaluation, la gestion et la communication des risques. »

Source: https://www.oie.int/fileadmin/Home/MM/FR Factsheet SARS-CoV-2 v8 final.pdf

→ J'ai également pris contact avec le président de l'association française de zoothérapie UMANIMA (http://zootherapie.asso.fr/)

qui m'a relaté qu'il n'y a <u>aucune interdiction ou inquiétude à avoir dans la pratique de la médiation animale</u>, y compris en EHPAD.

Il suffit de respecter des gestes barrières hygiéniques clairs :

- -Désinfection des mains avant de toucher l'animal,
- -Désinfection des mains après avoir touché l'animal.
- -Interdire les bisous des résidents vis-à-vis de l'animal.

Il est au contraire recommandé de poursuivre la zoothérapie afin de rompre l'isolement et de recréer des liens sociaux avec l'extérieur.

Contact avec un chien positif:

→ Par ailleurs, l'OIE, via des études expérimentales sur les chiens ont prouvé qu'une contamination chien → homme <u>n'est pas possible</u>, même si le chien est positif au virus (rares cas de chiens de laboratoire positifs suite à l'exposition expérimentale au virus). Résultats d'études : septembre 2020.

Source: https://www.oie.int/fileadmin/Home/MM/FR Factsheet SARS-CoV-2 v8 final.pdf

→ Dr Sophie LE PODER vétérinaire et chercheuse à l'école nationale vétérinaire d'Alfort dans Science et avenir :

Sources: Article « Covid-19 quelques recommandations » sur le site internet Sciences et Avenir.

« Le risque d'une contamination animal-Homme par le virus est considéré par l'Organisation de la santé animale (OIE) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) comme peu probable". "A ce jour, il n'y a pas de démonstration scientifique sur le risque de contamination de l'Homme par le virus à partir des animaux domestiques, ni sur le risque de contamination (forte et avec signes cliniques, NDLR) d'un animal domestique à partir d'un malade", écrit l'institution.

Ainsi, le risque d'une transmission chien-humain est proche de 0. Il a été prouvé que le chien ne peut le transmettre à l'Homme et que le risque de transmission par le poil est infime, et davantage si les gestes barrières sont respectés. Il est donc possible de continuer en toute sécurité la psychomotricité avec l'animal en EHPAD.

NOBLE Chloé

Session Juin 2021

La médiation canine en psychomotricité

Sous la direction de Nathalie Audard

Mots clés: Psychomotricité, Médiation canine, Covid-19, Personnes-âgées, EHPAD.

Résumé

La crise sanitaire 2020 liée à la Covid-19 a bouleversé le quotidien de l'EHPAD. Les personnes-âgées confinées en chambre pour leur protection, se sont retrouvées coupées de leur famille et leurs ami(e)s, noyés sous les informations journalières effrayantes. L'anxiété a rapidement fait son apparition au sein de la résidence. Afin de soutenir les résidents dans ce moment de vie particulièrement difficile, la psychomotricité avec l'animal a été instaurée. Mais alors comment la prise en charge psychomotrice à travers la médiation canine peut viser à diminuer les troubles anxieux chez la personne âgée confinée en EHPAD durant la crise sanitaire liée à la COVID-19 ? Après avoir définit l'anxiété et ses répercussions au niveau psychomoteur, vous en saurez davantage sur l'intérêt de la médiation canine auprès des personnes âgées anxieuses.

Keywords: Psychomotricity, canine mediation, Covid-19, old people, EHPAD.

Abstract

The 2020 health crisis linked to Covid-19 has changed the daily life of EHPAD. The old people confined to their rooms for their protection are found separated from their families and friends, drowned under the daily information. The anxiety quickly appeared at the residence. In order to support the residents in this particularly difficult moment of life, psychomotricity with the animal is established. But then how can psychomotor management through canine mediation aim to reduce anxiety with old people confined to EHPAD during the health crisis linked to COVID-19? After defining anxiety and it's répercussions at the psychomotor level, you will learn more about the value of canine mediation for old people who have it.