



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE DE MONTPELLIER

**Rééducation assistée par l'animal en ergothérapie  
auprès de patients victimes d'un accident vasculaire  
cérébral**

Mémoire d'initiation à la recherche  
en vue de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapeute  
UE 6.5 S6

Mémoire présenté par : Malvina MARTINEZ

Année universitaire 2023/2024

Directeur de Mémoire : Jérôme THOUZELLIER



Institut certifié WFOT



*« L'animal ne juge jamais celui qui est différent de lui ».* GANDHI

*« En travaillant avec les animaux, j'ai appris beaucoup de choses sur moi-même ».* Jean  
Jacques Annaud

## Remerciements

*Sous la direction de Jérôme THOUZELLIER,  
Ergothérapeute à la clinique Bourgès à Castelnau-le-lez.*

Tout d'abord, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans la construction de ce mémoire :

- Mon maître de mémoire, **Jérôme THOUZELLIER**, pour son accompagnement, le temps accordé aux relectures, ses conseils et son partage d'expérience autour de l'accident vasculaire cérébral.
- Ma référente mémoire, **Lucie LAMOTTE** pour également son soutien, sa disponibilité et ses conseils.
- En parallèle, je tiens à remercier **Margot MACIEJEWSKI** qui a été présente à de nombreuses reprises et toujours bienveillante pour partager son expérience autour de la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie.
- Aux **ergothérapeutes et aux patients** (de l'enquête exploratoire et des entretiens) me permettant d'obtenir et exploiter mes données et ainsi mettre une conclusion à cette initiation à la recherche. Je n'oublie pas les rencontres et les échanges durant ces trois années, contribuant à l'acquisition de mes connaissances, et aux partages de contacts pour réaliser mon recueil de données.

Une pensée à Emeline, Louane et Pauline, que vos projets aboutissent les filles.

Enfin, je remercie énormément mon entourage :

- Mes **grands-parents et mes parents**, pour leur amour, leur soutien, et sans qui aujourd'hui, je n'aurais pu devenir une ergothérapeute.
- Ma **sœur** pour son soutien et son amour quotidien.
- Mon **compagnon** pour ces retours d'expériences, son soutien pendant ces trois années d'études, ainsi que sur le fait de m'avoir conforté dans l'idée d'intégrer cette pratique dans mon projet professionnel.
- Mon petit loup, **Ghost**.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<i>Partie 1. Bilan de l'existant.....</i>	<i>2</i>
<b>1. Revue littérature.....</b>	<b>2</b>
<b>2. L'accident vasculaire cérébral en France .....</b>	<b>3</b>
2.1. L'AVC en chiffres.....	5
2.2. Un enjeu majeur de santé publique .....	6
2.3. D'un point de vue législatif.....	7
<b>3. La thérapie assistée par l'animal .....</b>	<b>8</b>
3.1. Les chiffres autour de l'impact des animaux en France.....	9
3.2. Histoire et évolution de la zoothérapie dans l'accès aux soins .....	10
3.3. Documents et lois relatifs à la zoothérapie.....	12
<b>4. La pratique professionnelle autour de l'AVC .....</b>	<b>14</b>
4.1. Les recommandations de la HAS .....	14
4.2. Parcours de soin d'un patient post-hospitalisation.....	15
4.3. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'AVC .....	16
4.4. La place actuelle de la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie.....	18
<b>5. Enquête exploratoire.....</b>	<b>20</b>
<b>6. Le cadre théorique .....</b>	<b>21</b>
6.1. Modèle de l'occupation humaine .....	21
6.2. La plasticité cérébrale.....	23
6.3. Le cadre thérapeutique .....	25
<b>7. Question de recherche.....</b>	<b>29</b>
<i>Partie 2. Méthodologie de recherche .....</i>	<i>29</i>
<b>1. Choix de la méthode et de l'outil de recherche.....</b>	<b>29</b>
<b>2. Choix de la population .....</b>	<b>30</b>
<b>3. Présentation de la trame d'entretien .....</b>	<b>30</b>
<b>4. Protocole de passation.....</b>	<b>32</b>
<i>Partie 3. Traitements des données .....</i>	<i>32</i>

<b>1. Présentation de l'échantillon .....</b>	<b>32</b>
<b>2. Présentation des données brutes .....</b>	<b>33</b>
2.1. Analyse quantitative .....	33
2.2. Analyse qualitative transversale des entretiens .....	35
2.3. Analyse qualitative longitudinale des entretiens .....	39
<b>Partie 4. Discussion.....</b>	<b>46</b>
<b>1. Mise en lieu des données recueillis.....</b>	<b>46</b>
1.1. Analyse des résultats par rapport à l'enquête exploratoire.....	46
1.2. Lien avec le modèle de l'occupation humaine .....	47
1.3. Lien avec la plasticité cérébrale .....	50
1.4. Lien avec le cadre thérapeutique .....	51
1.5. Lien avec la question de départ .....	53
<b>2. Eléments de réponses à la question de recherche.....</b>	<b>54</b>
<b>3. Limites et biais de l'étude .....</b>	<b>55</b>
<b>4. Perspectives ultérieures .....</b>	<b>56</b>
CONCLUSION .....	57
BIBLIOGRAPHIE .....	59
SITOGRAPHIE.....	61
VIDEOGRAPHIE .....	77
ANNEXES .....	78
Annexe I : Répartition des animaux médiateurs selon le type de population (Fondation Adrienne-et-Pierre-Sommer, 2018).....	78
Annexe II : Représentation des 9 tracés fondamentaux de la méthode de Jeannot (Aliceenulis) .....	79
Annexe III : Questions et réponses obtenues de l'enquête exploratoire. ....	80
Annexe IV : Schéma illustrant la dynamique du modèle de l'occupation humaine. ....	86
Annexe V : Grille d'entretien.....	87
Annexe VI : Matrice théorique.....	88
Annexe VII : Lettre d'information .....	94
Annexe VIII : Formulaire de consentement .....	95
Annexe IX : Retranscription des entretiens.....	96
Annexe X : Tableau des données brutes de chaque question de la grille d'entretien. ....	130

Annexe XI : Verbatims selon les concepts théoriques .....	144
Annexe XII : Tableau adapté par Robert Kohler « Risques à la mise en place d'activité associant l'animal » (Zimmer-Baue, 2021). .....	154
Annexe XIII: CSARR intégrant la thérapie assistée par l'animal (ATIH santé, 2023). .....	155
Annexe XIV : Pyramide des besoins du chien (Centre Kami, 2019).....	156
Annexe XV : Bilan des capacités physiques et cognitives du patient sur les séances de rééducation avec le chien (Malvina MARTINEZ, 2024).....	157
Annexe XVI : Bilan des capacités physiques et cognitives du patient sur les séances de rééducation avec le cheval (Malvina MARTINEZ, 2024).....	160

## **PAGE DES ACRONYMES**

**ACACED** : Attestation de connaissances pour les animaux de compagnie d'espèces domestiques.

**AFTAA** : Association française de thérapie assistée par l'animal.

**AHA** : Association américaine d'hippothérapie.

**ANFE** : Association nationale française des ergothérapeutes.

**AT** : Aide technique.

**AVC** : Accident vasculaire cérébral.

**AVQ** : Activités de la vie quotidienne.

**CAOT** : Canadian Association of Occupational Therapists.

**ESO** : European stroke organization.

**FR** : Fauteuil roulant.

**HAS** : Haute autorité de santé.

**MOH** : Modèle de l'occupation humaine.

**MSD** : Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux.

**MSP** : Ministère du travail de la Santé et des solidarités.

**NSU** : Négligence spatiale unilatérale.

**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économique.

**OEQ** : Ordre des ergothérapeutes du Québec.

**RNCP** : Répertoire national des certifications professionnelles.

**SAFE** : Stroke alliance for Europe.

**SFNV** : Société Française NeuroVasculaire.

**SMR** : Soins Médicaux et de Réadaptation.

**TAA** : Thérapie assistée par l'animal.

**UNV** : Unité neuro-vasculaire.



## INTRODUCTION

Dans le cadre d'une sortie scolaire, j'ai eu l'occasion d'assister à des séances d'équithérapie dans un centre équestre auprès d'enfants ayant un trouble du spectre autistique. En parallèle, des rencontres durant mes études supérieures m'ont confirmé l'intérêt de cette pratique et la volonté de l'intégrer dans mon projet professionnel.

De nos jours, la thérapie assistée par l'animal (TAA) commence progressivement à se faire connaître en France, mais reste peu pratiquée, notamment en ergothérapie. Il était donc évident de mettre en lumière cette médiation dans un objectif d'élargir le champ d'action de l'ergothérapeute, et proposer une diversité dans la prise en charge. Le choix de la pathologie est survenu à la suite d'un stage en neurologie centrale. Chacun des patients victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) présentait un tableau clinique qui lui était propre, me conduisant à adapter chaque séance et à pousser ma créativité et ma réflexivité. Cette diversité des possibilités de prise en charge ; notamment face à l'expression et les conséquences de la négligence spatiale unilatérale (NSU) dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) m'ont permises de définir ma question de départ. Cependant, au fil des recherches, une seule ergothérapeute avait pris en charge ce type de séquelle. Un ajustement était nécessaire afin de rendre le projet de mémoire cohérent et faisable. La question de départ définitive était donc : « Quelle est la place de la TAA dans la récupération des signes moteurs et cognitifs d'un patient post-AVC en ergothérapie ? ».

La démarche de recherche débute par un bilan de l'existant. Il se compose dans un premier temps d'une revue littérature afin de connaître l'action de la TAA, son existence en ergothérapie et/ou dans l'AVC. Elle est suivie de recherches abordant divers éléments : les définitions, l'action sur la santé publique, les réglementations, les recommandations de la haute autorité de santé (HAS), l'état des lieux de la pratique professionnelle, ainsi que les concepts théoriques. En parallèle, une enquête exploratoire a été effectuée afin de certifier la pertinence des éléments théoriques par rapport à la question de recherche. Ensuite, la méthodologie de l'étude, suivie de l'analyse des résultats et de leurs interprétations vous seront présentés. L'ensemble de ces données ont conduit à ma question de recherche qui est : « L'intégration du cheval et du chien en ergothérapie peut-elle améliorer la performance occupationnelle de patients victimes d'un AVC en phase subaiguë du parcours de rééducation ? »

## **Partie 1. Bilan de l'existant**

### **1. Revue littérature**

Les animaux intégrés aux séances de TAA sont majoritairement le chien et le cheval, dont chacun, nécessite une approche et apporte des bénéfices distincts.

Selon des recherches scientifiques (Hameury et al, 2010 ; Lundqvist et al, 2017 ; Chevalier et al, 2018 ; Hameury et al, 2021 ; Cheng et al, 2023 ; Li et al, 2023 ; Stergiou et al, 2023), professionnels confondus, l'intégration de l'animal a apporté des bienfaits sur plusieurs fonctions cérébrales (motrice, sensorielle, proprioceptive, cognitive...). En parallèle, cette médiation thérapeutique améliore l'état émotionnel, la fatigue, la douleur, l'affirmation de soi, et la communication... Ces bénéfices ont été observés dans le cadre de troubles neurologiques (sclérose en plaque, lésion médullaire, paralysie cérébrale), psychiques (démence, trouble psychiatriques, syndrome de stress post-traumatique), neurodéveloppementaux, et même lors d'une altération de l'état de conscience. De plus, deux études scientifiques autour de la thérapie équine démontrent une amélioration de la performance quotidienne pour des patients souffrant de lombalgie chronique et de la maladie de parkinson (Berardi et al, 2022), notamment concernant les tâches : s'incliner et tendre la main, s'asseoir, se tenir debout et marcher (Mattila-Rautiainen et al, 2023).

Machová Kristýna et Cross Chloé ont réalisé des études en 2019 durant la phase précoce de l'AVC au service d'ergothérapie de l'hôpital. Il a été observé une amélioration non-significative de l'autonomie, ainsi que l'importance du type de médiation sur l'optimisation de la plasticité cérébrale. En parallèle, Pálsdóttir A-M (2020) met en avant une amélioration de l'état de santé physique et psychique, grâce à l'instauration de thérapie équine. Cependant, cette étude concerne plusieurs troubles neurologiques dont il est difficile de distinguer les bénéfices propres à l'AVC. Finalement, on constate généralement que les études autour de cette pathologie ont lieu plusieurs mois voire années après l'AVC, et dont le faible effectif ne permet d'affirmer l'impact thérapeutique de l'animal en ergothérapie.

D'autres professionnels de santé (kinésithérapeute, infirmier...) ont utilisé l'animal dans leur prise en charge de l'AVC. Divers auteurs (Le bocq et al 2013 ; Kim et al, 2015 ; Gocheva et al, 2017 ; Dominguez-Romero et al, 2019 ; An et Park, 2021 ; Carlos et al, 2021 ; Rodríguez-Martínez et al, 2021) démontrent des bénéfices similaires, voire supplémentaires. Au Québec, le remplacement des aides à la marche par des chiens d'assistance semble entraîner une meilleure fluidité et vitesse de marche pour des patients (à différents stades de leur rétablissement) sans trouble cognitif majeur (Rondeau et al, 2010). En parallèle, l'étude de Hamilton-Bruce et al, en 2023, a mis en avant que face aux séquelles de l'AVC, les participants

ressentaient une perte de contrôle amenant à de la colère et à de la frustration. (2023). En 2018, ceux de l'étude de Pohl Petra et al ont décrit des répercussions positives sur certaines AVQ, ainsi qu'une utilité à démarrer un programme d'équithérapie plus tôt dans leur rééducation. Ce dernier point est souligné par Bunketorp-Käll et al (2020), en y intégrant même la notion de perception de performance.

Cependant, l'accès aux séances de rééducation avec le cheval est réduit. Pour y pallier, il existe un simulateur équestre mécanique (Sung et al, Kim and al, 2013), qui en supplément d'une rééducation conventionnelle, a démontré son action sur la stimulation des muscles du tronc, souvent altérés à la suite d'un AVC. Cependant, les séances ont été mises en place plus d'un an après sa survenue, et certains déficits neurologiques tels que la négligence spatiale unilatérale (NSU) et les troubles praxiques ont été des critères d'exclusion. En 2008, Petrusевичienė D. et Krisciunas A., mettent en avant que la NSU et l'hémiplégie, principales conséquences de l'AVC, impactent négativement le pronostic de récupération au « stade précoce » de la rééducation en ergothérapie. À la même année, l'équipe de Layadi K, pointe les freins exercés par les séquelles de l'AVC (spasticité, NSU...) dans certaines AVQ.

## 2. L'accident vasculaire cérébral en France

L'AVC est une lésion cérébrale acquise qui survient à la suite d'une rupture d'un des vaisseaux sanguins du cerveau (de type hémorragique), ou lorsqu'un caillot obstrue l'un d'eux (de type ischémique) (INSERM, 2019 ; Fondation Rothschild, 2022). L'interruption de la circulation sanguine empêche les cellules cérébrales de se nourrir en oxygène, qui finissent par mourir (France AVC, 2021 ; Société française neurovasculaire, 2020). La personne va montrer des signes cliniques spécifiques tels qu'une paralysie faciale, une faiblesse musculaire et une parole confuse (Ministère du travail de la Santé et des solidarités (MSP), 2019) que l'on retrouve sous l'acronyme « VITE ». Toutefois, lorsqu'ils disparaissent en moins d'une heure, et n'entraînent pas de lésion cérébrale, on parle d'accident ischémique transitoire ; ce dernier est un signe précurseur d'un futur AVC dans les heures ou les jours suivants (INSERM, 2019).

Selon l'étendue et la localisation de la lésion, des signes cliniques plus ou moins importants vont survenir. On les distingue en deux catégories : le handicap visible (hémiplégie, trouble du langage) et le handicap invisible (NSU, hémianopsie latérale homonyme, dépression, anxiété, syndrome dysexécutif, apraxie, agnosie, trouble de la sensibilité, trouble sphinctérien, fatigue).

Les **troubles de la sensibilité** se manifestent par des sensations désagréables au niveau du membre paralysé ou une insensibilité (au toucher, à la piqûre, à une température) (France AVC, 2021 ; De Moran, 2014). Ces troubles impactent négativement l'équilibre, la posture, la marche,

la reconnaissance des objets mais aussi la fonctionnalité des membres supérieurs (De Moran, 2014).

Les **troubles de l'équilibre** postural apparaissent rapidement à la suite de l'AVC. À l'entrée dans le centre de rééducation, il a été observé dans l'étude de Brun. V et al. (1994) que 42% des malades ne maîtrisaient pas la position assise et que 67% présentaient une mauvaise posture en position debout. Cette dernière concerne 55,31% des patients de l'étude de Diagne et al (2013) qui étaient à risque de chute.

**L'hémiplégie** ou l'hémi-parésie est une paralysie d'une ou plusieurs parties d'une même moitié du corps. Il s'accompagne de troubles du tonus appelés « spasticité » et par la présence de mouvements anormaux appelés « syncinésies » (De Morand, 2014). Selon l'hémisphère touché, c'est le côté opposé du corps qui est paralysé. À la suite de l'accident, l'hémiplégie est dite flasque, puis les muscles s'enraidissent, on parle d'hémiplégie spasmodique (France AVC, 2021 ; De Morand, 2014). En fonction de sa localisation, elle peut entraîner des troubles cognitifs associés spécifiques :

Selon la deuxième édition du manuel de pratique de rééducation neurologique, **l'héminégligence** s'exprime par une difficulté à « *signaler, répondre ou à s'orienter vers des stimuli visuels, auditifs, tactiles présentés du côté opposé de la lésion corticale* » (De Morand, 2014). Deux types de NSU sont distingués : « extra-personnelle » lorsqu'elle est relative à la perception, la représentation et la manipulation de l'espace extérieur ; et « personnelle » c'est-à-dire que la personne ne fait pas attention à son hémicorps hémiplégique. Selon une étude effectuée en 1999 par Jacques Pellisier et al, l'héminégligence entraîne une diminution de la performance occupationnelle à la sortie du centre de rééducation ainsi qu'une durée de séjour prolongée ; Azouvi P. rajoute qu'elle est un facteur pronostic péjoratif de la récupération fonctionnelle (2005). En effet, la NSU va impacter les actes quotidiens nécessitant de la coordination (toilette, habillage, prise de repas), les transferts, la marche et même la conduite automobile (Azouvi, 2005 ; Pradat-Diehl, 2010 ; De Morand, 2014).

Le **syndrome dysexécutif** correspond à l'atteinte des fonctions exécutives, dont celles-ci permettent à la personne de s'adapter à une situation nouvelle et/ou complexe, ainsi qu'à réguler son comportement et ses émotions. L'utilisation de stratégies cognitives est alors moins efficace impactant le niveau de performance occupationnelle de l'individu (Ducourneau, 2019). Ce syndrome se divise en 2 catégories : les troubles comportementaux de type hyperactivité, stéréotypies, persévération ou encore le syndrome de dépendance à l'environnement ; ainsi que les troubles cognitifs exprimés par un déficit de l'initiation d'une tâche, un défaut d'attention

ou de rappels d'informations, une atteinte de la flexibilité mentale ou de la résolution de problèmes (Jacquin-Courtois, 2022).

L'**apraxie** est une incapacité à se représenter l'acte moteur à accomplir ainsi que de son effet (Liepmann, 1904), reproduire des gestes symboliques, mimer des actions. (Urbanski, 2017), et cela, malgré une préservation des capacités motrices et une volonté de l'individu (Huang, 2021). Cette séquelle cognitive impacte l'utilisation adaptée des objets relatifs à la toilette, à la prise de repas, voire durant l'habillage (Pradat-Diehl, 2010).

L'**agnosie** est une incapacité de l'individu à identifier un objet (De Morand, 2014 ; Huang, 2023).

Dans le cadre de l'AVC, la **douleur** est fréquente, et influence la rééducation, notamment au niveau du pronostic de récupération (Ghanmi et al, 2022). Elle peut être d'origine physique, due à la crispation involontaire des muscles ou peut être d'origine neurologique ou psychologique (France AVC, 2021 ; Marwa, 2022)

Les études de Pariel-Madjlessi (2005) et de Benaim (2005) démontrent que la **dépression** est une complication fréquente des AVC qui va impacter la récupération fonctionnelle. Un épisode dépressif toucherait environ 1 victime sur 2 (Woimant et al, 2013 ; Sek ying, 2016). D'autres signes, tels qu'une labilité émotionnelle, une apathie, ainsi qu'une importante fatigue sont observées (Woimant et al, 2013).

### 2.1.L'AVC en chiffres

Selon la société française neurovasculaire (SFNV), environ 140 000 français sont victimes d'AVC chaque année (2018), soit 1 personne sur 6 en 2022. Parmi eux, 75% sont des personnes de plus de 65 ans, et 30 000 individus ont moins de 55 ans (SFNV, 2022).

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de la santé publique (DRESS), 123 000 français ont été hospitalisés à la suite d'un AVC (2022). En 2021, l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), compte 15,2% de décès 30 jours suivant l'admission, et 27% dans l'année qui suit leur AVC (Santé publique France, 2019 ; Allain et al, 2022 ; SFNV, 2022). Cette mortalité est plus importante si l'origine est de type hémorragique (41% contre 23% si ischémique) (Allain et al, 2022). Néanmoins, avec la mise en place d'une rééducation précoce et de traitements d'urgences, on constate une baisse de 30% (France 5, 2023).

Une étude réalisée sur 200 patients en phase post-aiguë met en avant que 78% ont été victime d'une atteinte cognitive dont 18,5% présentaient un syndrome dysexécutif (Leśniak et

al, 2008). Une autre étude française auprès de 500 000 personnes a montré que plus de 50% possédaient des difficultés dans la réalisation de leurs AVQ (Ducourneau, 2019).

En 2021, on observe une hausse du nombre d'AVC, soit de 971 240 français (AMELI, 2021). De plus, selon cette même source, 86% des français gardent des séquelles. En effet, à la suite d'un AVC, chaque minute, 2 millions de neurones sont détruits (France 5, 2023). Au plus tôt on prend en charge le patient, au moins les séquelles seront importantes. L'AVC devient alors un enjeu majeur de santé publique.

## 2.2. Un enjeu majeur de santé publique

L'AVC touche l'ensemble de la population (MSP, 2019 ; SFNV, 2022) sur les plans économiques, sociaux et médicaux (Dudognon, 2005 ; Clément, 2019). En effet, il est une des principales causes de mortalité, notamment chez les femmes. Chez la personne âgée, l'AVC est la deuxième cause de démence (SFNV, 2018 ; INSERM, 2019 ; AMELI, 2023), ainsi qu'une cause majeure d'entrée en institution. Plus de 80 000 seniors (75%) et de personnes de 65 ans sont hospitalisés à la suite d'un AVC, dont 29 000 décèdent.

La SFNV (2018) indique de façon générale, qu'il s'agit de la première cause de handicap acquise chez l'adulte (INSERM, 2019 ; AMELI, 2023) dont 75% des victimes ont un handicap physique où 32,9% souffrent d'hémiplégie, 50% ont des difficultés à la marche et 40% ont des troubles de la préhension (Yelnik, 2022). Malgré une récupération des capacités, seul 40% d'entre eux reprennent leur emploi à plein temps, et un tiers des individus sont en incapacité de conduire. En effet, selon l'INSERM, il a été mis en évidence qu'un an après l'AVC, 40% gardent des séquelles importantes qui retentissent sur le quotidien. Parmi les plus courantes, on retrouve des troubles de l'équilibre à 50%, de la mémoire à 42%, moteurs à 37.2%, visuels à 23.1% et sensitifs à 19.6% (Mon kiné et moi, 2019). Les problèmes financiers et l'isolement sont également constatés (Hôpitaux paris sud, 2017). De plus, le taux de récurrence à la suite d'un AVC est d'environ 30 à 50% selon Bureau Patrick en 2012.

Selon des études, de nombreux éléments (amélioration des techniques de détection, prise en charge tardive en hôpital, facteurs de risque modifiables, et le vieillissement de la population) (Mathieu-Blondet et al, 2008 ; Hôpital fondation Adolphe de Rothschild, 2022) seraient responsables d'une hausse de 30% de la survenue d'un AVC en 2030. Cependant, les facteurs de risque (tension artérielle, tabagisme, rapport taille-tour de hanche, alimentation et sédentarité) sont pour certains évitables (MSP, 2019), pouvant réduire de 90% le risque d'AVC (SFNV, 2022). La HAS met en évidence que seulement 32% des AVC arrivent dans les 4 heures suivant les premiers symptômes ; ce pourcentage correspond au délai compatible aux

traitements (thrombolyse, thrombectomie) lors de l'arrivée à l'hôpital (HAS, 2020; France 5, 2023). La prise en charge tardive est liée en partie par une méconnaissance de la population sur l'acronyme « VITE » (HAS, 2010 ; SFNV, 2022). En effet, seulement 50% ont contacté le centre 15 (SFNV, 2020). En parallèle, aucune prévention publicitaire n'est réalisée en France sur l'AVC (France 5, 2023). Cependant, chaque minute compte pour optimiser les chances de récupération et de réduire le risque de mortalité.

Des disparités régionales à l'accès en unité neurovasculaire (UNV) sont également observées chez les personnes les plus modestes et les personnes âgées (Centre nationale de la recherche scientifique, 2020 ; Allain et al, 2022), où seulement 60% des 2/3 victimes d'AVC intègrent l'unité (MSP, 2019) en dehors du manque de lits disponibles (SFNV, 2020). De plus, sur les 139 UNV, seulement cinquante d'entre elles réalisent la thrombectomie, traitement de référence (France 5, 2023).

Enfin, en 2021, on recense 1 531 millions de dépenses d'hospitalisation à l'année liées à l'AVC aigüe (AMELI, 2021). Finalement, il concerne l'ensemble du système de santé allant de la prévention jusqu'au retour à domicile.

### 2.3.D'un point de vue législatif

Pour améliorer la prise en charge de l'AVC, diverses démarches ont été mises en place :

La **circulaire DHOS/04/DGS/DGAS n°517** du 3 novembre 2003 est relative à la prise en charge des AVC de la phase aigüe jusqu'au retour à domicile (Direction générale de l'offre de soins, 2019).

La **seconde déclaration d'Helsingborg de 2006** pointe l'importance d'assurer un continuum des soins de la phase aigüe jusqu'à une réadaptation appropriée pour l'ensemble des patients européens victimes d'AVC (Kjellstrom, 2007). Parmi les objectifs, on retrouve « *que plus de 70% des survivants retrouvent leur autonomie dans leurs activités quotidiennes trois mois après la survenue de l'AVC* » (Helsingborg, 2006).

L'état a lancé le **plan national AVC 2010-2014** comprenant divers programmes d'actions dont les campagnes de sensibilisation, développer le nombre d'UNV (piliers de prise en charge en phase aigüe), système de télémédecine pour ceux éloignés des UNV (Medeiros et al, 2020)... dans un but de réduire les récurrences, les séquelles et le risque de mortalité (ministère de la Santé et des sports, ministère du travail de la solidarité et de la fonction, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2010).

L'**article L311-3** de 2020 que l'on peut retrouver sur le site de Légifrance, met en évidence le droit des usagers « *Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur,*

*lui sont assurés : Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité [...] une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé [...] ».* (Légifrance, 2020).

Une coopération a été réalisée entre the European Stroke Organisation (ESO) avec la Stroke Alliance for Europe (SAFE) concernant la mise en place d'un **plan d'action européen pour les années 2018 à 2030**. Le but étant de réduire de 10% le nombre d'AVC en Europe et d'améliorer les services proposés actuellement (Safestroke, 2021).

Enfin, selon la HAS, en 2012, la rééducation ne doit pas être limitée à une seule approche. Pour cela, elle a listé les différentes méthodes de rééducation motrice en fonction de l'évolution de l'AVC afin de mettre en évidence leur efficacité. Cependant, on n'y retrouve pas la TAA.

### 3. La thérapie assistée par l'animal

De nombreux termes (médiation animale, équithérapie, hippothérapie, équitation adaptée, cynothérapie, chien visiteur...) ont été mis en évidence pour désigner les différentes pratiques autour de l'animal. Cependant, la TAA, aussi appelée zoothérapie (du grec : zoo « animal » et therapeia « soin ») (Beiger, 2022), est une approche utilisée au sein d'un plan individuel d'intervention construit sur plusieurs séances avec un cadre thérapeutique spécifique. Dans celui-ci, on y trouve l'analyse des besoins de l'individu ainsi que la formulation des objectifs thérapeutiques (Bernatchez, 2021) élaborés par un professionnel de la santé ou du social. Les séances sont réalisées en présence d'un ou plusieurs animaux (Andryuschchenko-Basquin et al, 2017 ; Debusschère et al, 2019 ; Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal (AFTAA), 2023) ; le but étant de développer les capacités du patient au travers d'activités diverses (Andryuschchenko-Basquin et al, 2017 ; Bernatchez, 2021).

Pour cela, la TAA se base sur les bénéfices obtenus à partir de la relation patient-animal. En effet, il va y avoir une triangulation entre l'intervenant (qui est le fil conducteur de la prise en charge), le bénéficiaire et l'animal partenaire (Simon, 2011). « *Le thérapeute travaille en effet avec l'animal, qui devient alors un assistant thérapeutique* » (Lehotkay, 2021). Il est essentiel, à ce que l'intervenant connaisse la pathologie et les besoins du patient (Beiger, 2022).

Cette approche thérapeutique s'adresse à toute population, qui présente un handicap, des difficultés sociales (isolement, délinquance, maltraitance, violence) ou pour des personnes âgées en perte d'autonomie (Belin, 2000 ; Lacotte, 2018 ; Bobin, 2021 ; Ségal, 2023).



En parallèle, elle s'applique au sein de structures sanitaires, médico-sociales et pénitentiaires, mais également sur le lieu d'intervention du praticien (Vaillant-Ciszewic, 2017 ; Mos, 2020 ; Conrath, 2021 ; Jeanne Mercier, 2021 ; Edmond, 2022).

La TAA est dite non-médicamenteuse, et à appliquer en complément d'une prise en charge conventionnelle (Beiger, 2022 ; Lehotkay, 2021). Par ailleurs, depuis quelques années, il est possible que les médecins rédigent des prescriptions médicales (France diversité média, 2019 ; Prof de psycho, 2021) en complément des soins actuels. Cependant, cette pratique n'est pas encore assez reconnue médicalement par la communauté scientifique (neurologue et neuro-rééducation) (Viruega et al, 2022).

### 3.1. Les chiffres autour de l'impact des animaux en France

En 2022, on compte plus de 74 millions d'animaux de compagnie, dont 14,9 millions de chats, 11,2 millions des oiseaux de basse-cour ainsi que 7,6 millions de chiens. Parmi les Français, 50% en possède au moins un au sein de leur domicile (Fédération des fabricants d'aliments pour chiens, chats, oiseaux et autres animaux familiers, 2022) ; dont celui-ci est considéré comme membre de la famille à part entière pour 68% des cas. De plus, 29%, d'entre eux seraient attachés à leur animal sans pour autant y associer un lien familial (IPSOS, 2020 ; Statistica Research Department, 2020).

Pour ces propriétaires, 80% expriment que la présence de leur animal de compagnie apporte des effets bénéfiques sur leur bien-être, notamment sur leur santé mentale et leur humeur. Des études ont montré une réduction de 24% du risque de mortalité pour les propriétaires de chiens, de même pour 27% de survivants d'AVC (Boldig et al, 2021). Il serait même un facteur positif au développement des enfants (Cross, 2019 ; Statistica Research Department, 2021). En 2016, près de la moitié des propriétaires y trouvent un intérêt à l'accueil d'animaux en vue d'une prise en charge thérapeutique dans les structures publiques. Notamment dans les maisons de retraite, dans les centres psychologiques ou centres spécialisés (95%) et dans les hôpitaux (57%). À cette même année, 96% des Français sont favorables à la pratique de la zoothérapie (30 millions d'amis, 2016).

En 2018, la fondation Adrienne-et-Pierre-Sommer, pointe la répartition des animaux en fonction des programmes. Le chien est en majorité retrouvé dans les programmes concernant les adultes en situation de handicap, tandis que chez les enfants et adolescents il s'agit du cheval. (Annexe I).

### 3.2.Histoire et évolution de la zoothérapie dans l'accès aux soins

Au fil des années, l'animal est devenu un partenaire de l'Homme à des fins préventives, thérapeutiques voire éducatives (Lehotkay et al, 2012 ; Gremm, 2023). En effet, **300 ans avant Jésus-Christ**, le philosophe grec Xenophon avait mis en avant que le cheval proposât des vertus pour le corps, l'esprit et le cœur. Hippocrate, quant à lui, a relevé que les différents rythmes apportés par le cheval étaient bénéfiques, notamment sur le tonus musculaire (Aubard, 2003 ; Jeanne Mercier, 2021).

Les prémices de la zoothérapie ont débuté au **XI<sup>ème</sup> siècle** en Belgique où des patients d'un hôpital psychiatrique devaient s'occuper d'oiseaux durant leur convalescence, dans le but d'améliorer l'estime de soi (Belin, 2000 ; Sarica, 2017).

En Grande-Bretagne, dans les années **1792**, William Tuke fonde York Retreat, un centre de santé mentale. L'objectif de prise en charge consistait à apprendre aux patients à comment prendre soin de petits animaux (lapins et poules) au lieu d'utiliser l'enfermement ou la médication (Belin, 2000 ; Sarica, 2017 ; Beiger, 2022).

**En 1854**, une infirmière britannique, Florence N, intègre la tortue dans ses soins afin d'apaiser les blessés de guerre et de réduire leurs angoisses (Gremm, 2023).

**En 1867**, des patients épileptiques étaient soignés en Allemagne par le biais de chats, de chiens et de chevaux (IMA RUN., 2021 ; Gremm, 2023).

**En 1919**, à Washington, apparaît le chien comme moyen thérapeutique dans un hôpital psychiatrique (IMA RUN, 2018 ; Gremm, 2023).

**En 1940**, au sein du centre de la croix-rouge, à Pawling, l'intégration de chiens a démontré les effets sur le moral et la convalescence des blessés de guerre (Wicker, 2018 ; IMA RUN, 2021). 3 ans plus tard, Lis Hartel, atteinte de poliomyélite a suivi un programme de rééducation à cheval lui permettant la récupération fonctionnelle de ses 4 membres (Meyer, 2023).

Cependant, c'est seulement à partir de **1960**, que le terme de zoothérapie ainsi que les premiers écrits scientifiques à ce sujet apparaissent. En effet, Boris Levinson, psychiatre américain, devient le père fondateur avec sa théorie de la psychothérapie infantile assistée par l'animal. Cette dernière met en avant les bénéfices apportés par le chien autour de la communication et de l'implication chez un enfant atteint d'un trouble du spectre autistique (Sarica, 2017 ; Beiger, 2022). À cette même année, apparaît le terme d'équitation adaptée en Europe et en Amérique du Nord pour des personnes ayant des difficultés motrices.

**En 1962**, la thérapie équine émerge en France par M. De Lubersac psychomotricien et M. Hubert Lallery masseur-kinésithérapeute (Ansorge, 2011 ; Meyer, 2023). 8 ans plus tard, ils

créent l'association HandiCheval sous l'appellation « Association Nationale De Rééducation par l'Equitation » (Belin, 2000 ; Centre de ressources multihandicap, 2010). Ils définissent la thérapie avec le cheval comme une « *méthode thérapeutique globale et analytique extrêmement riche [...], qu'elle soit pratiquée avec des handicapés physiques ou des handicapés mentaux.* ». (Belin, 2000).

**En 1969** Josiane Jeannot, utilise le chien dans le cadre d'un programme d'écriture pour des enfants porteurs de troubles des apprentissages. Elle a créé une méthode qui associe le corps de l'animal à 9 tracés fondamentaux (Annexe II) afin de tracer les lettres de l'alphabet, et ainsi, faciliter la production écrite (Aliceenulis, 2017).

Plus tard, en **1977**, l'étude des époux Corson poursuit l'histoire des pratiques de soins incluant les animaux. En effet, ils introduisent des chiens provenant d'un refuge à proximité de l'hôpital psychiatrique en sélectionnant particulièrement des patients opposants aux soins. Par la suite, ils ont constaté que le fait que chacun prenait soin d'un des animaux améliorés leurs comportements sociaux (échanges, implication, coopération). Face aux répercussions positives, ils réalisent une seconde étude auprès de personnes âgées, en Ohio, qui a permis de montrer que la présence du chien en maison de retraite réduit l'isolement, le repli et le sentiment de solitude auprès de cette population (Belin, 2000 ; Hassan, 2020 ; Beiger, 2022).

**Dans ces années 70**, apparaît la zoothérapie en France avec la fondation du couple Sommer. En parallèle, Ange Condoret, vétérinaire français, observe auprès d'enfants avec un retard de langage ou atteint d'autisme, l'instauration progressive d'une communication non-verbale puis verbale (IMA RUN, 2021 ; Gremm, 2023).

James Serpell réalise une étude, en **1991**, qui démontre une réduction des problèmes de santé à la suite d'une adoption d'un chien dans un refuge, dont l'effet bénéfique perdure 10 mois plus tard (Hassan, 2020).

Toutefois, il « *a fallu attendre la fin du XXe siècle pour que la recherche se développe et démontre alors, scientifiquement, les effets bénéfiques que la présence de l'animal peut avoir sur notre santé* » (Lehotkay, 2021). En effet, **vers les années 2000**, la vision de la thérapie avec le cheval évolue et de nouvelles pratiques apparaissent. L'association américaine d'hippothérapie (AHA) donne sa propre définition où elle intègre la stratégie de l'ergothérapeute « *pour résoudre les troubles, les limitations fonctionnelles et les incapacités chez les patients avec des dysfonctions neuro-musculaires* » (AHA, 2000).

**En 2015**, le Dr Colney L. met en évidence dans sa thèse, que la présence du chien diminue de 30% les épisodes anxiogènes, l'agitation ou l'agressivité chez les patients atteints de la

maladie d'Alzheimer. De plus, il a été constaté une moindre prise de médicaments, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie des résidents et un gain de temps pour les soignants dans leurs tâches respectives (Zimmer-Baue, 2019).

En 2019, des patients à cheval ont mis en avant le fait de travailler les muscles du dos, habituellement peu sollicités en fauteuil roulant (FR). Ils expriment également que l'effacement des aides techniques (AT) au profit de la pratique de l'équitation semble améliorer l'estime de soi (FDMTV, 2019 ; Buchet, 2019 ; Meyer, 2023). À la même année, Yvon Galloux (2019) pointe la pertinence du cheval dans la rééducation, notamment dans la proprioception chez les patients hémiplésiques. En effet, Devaure et al, en 2021 expliquent que durant une séance de 30 minutes, les mouvements du cheval entraînent chez le cavalier la contraction de plus de 300 muscles et 200 ajustements posturaux (Meyer, 2023). « *La chaleur de l'animal et son mouvement lent et répétitif permettent une régularisation du tonus musculaire, et conduit à une diminution de la spasticité* » (Meyer, 2023). En parallèle, Buchet et Duboscq déclarent que 1 minute sur le dos d'un cheval est équivalent à 100 pas lorsqu'un individu marche (2019). Léa Meyer, kinésithérapeute, rajoute que les mouvements à cheval s'apparentent approximativement au même nombre de pas que pendant la marche humaine. Sa démarche imiterait le balancement du bassin dans certains plans lors de la marche (Alito, 2023).

À ce jour, Equiphoria, qui est un institut français d'hippothérapie et de réadaptation neurologique, est en partenariat avec des centres hospitaliers, pour un essai clinique sur la prise en charge de patients victimes d'un AVC, avec un niveau 3-4 sur l'échelle de Rankin. L'objectif étant d'évaluer l'effet de la thérapie équine sur les capacités cognitives et sensorimotrices de l'individu ainsi que sur sa qualité de vie. Cependant, parmi les professionnels concernés, l'ergothérapeute n'en fait pas partie (Corbeau, 2014 ; Equiphoria, 2022).

Pour donner suite à cet historique, la TAA tend à se développer dans le monde conduisant à la création de nombreuses formations, livres, associations, ainsi que l'intervention de nombreux professionnels. Mais, quelles sont les réglementations à cette nouvelle approche ?

### 3.3. Documents et lois relatifs à la zoothérapie

En 2012, la **HAS** reconnaît l'existence de la médiation par l'animal en tant que thérapie non-médicamenteuse dans la prise en charge des troubles du comportement.

La **charte éthique et déontologique de CANIDEA, de 2017**, revient sur un certain nombre de grands principes (bien-être de l'animal, adéquation de l'animal avec le contexte de l'intervention, éducation...) pour les activités de médiation.

La **déclaration universelle des droits de l'animal** proclamée en 1978 à Paris, résulte d'une réflexion sur les principes éthiques du comportement de l'homme envers les animaux. Son texte revisité par la ligue internationale des droits de l'animal en 1989, a été rendu public en 1990 (Beiger, 2022).

Depuis 2018, la certification « Chargé de projet en médiation par l'animal », de 315 heures, est actuellement la seule inscrite au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) permettant d'animer des séances de TAA. Son accès reste limité. Parmi les pré-requis, les participants doivent détenir un projet de création d'une structure juridiquement indépendante et être titulaire d'un diplôme d'au moins 3 ans dans l'accompagnement de personnes (Institut Agatée, s.d).

Pour ce qui concerne les animaux domestiques, le seul document obligatoire est l'**attestation de Connaissances pour les animaux de Compagnie d'Espèces Domestiques (ACACED)** a renouvelé tous les 10 ans (Azcoformation s.d).

Cependant, dans le milieu équestre, de nombreux praticiens en France associent le cheval à leur travail d'accompagnement auprès des plus fragiles (Azcoformation s.d), ce qui permet de nos jours la détention de certains diplômes. En effet, pour pratiquer l'équitation adaptée, le BPJEPS « éducateur sportif » mention « Activité Équestre », ou le monitorat équestre (IFCE, 2021 ; Bobin, 2022 ; Académie professionnelle d'équitation western, s.d) sont inscrits au RNCP et donnent la prérogative (Art. L212-1 du code du sport). Toutefois, pour pratiquer l'équithérapie ou l'hippothérapie, aucun diplôme professionnel n'est reconnu par l'état à ce jour. Anciennement, on y retrouvait la formation en équicie qui a été inscrite dans le RNCP de 2014 à 2020.

En fonction de la séance, la qualification n'est pas la même. En effet, si le praticien décide de faire monter le patient à cheval, il doit être titulaire d'un diplôme spécifique dans le domaine équestre au détriment d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende (**code du sport de l'article L212-8**). La non-réglementation des activités de TAA n'empêche pas le praticien d'avoir recours à des risques juridiques (Bobin 2022). Il est alors recommandé de souscrire à une assurance de responsabilité civile (**Articles 1240 à 1243 du code civil**) afin d'être couvert aux risques que peuvent générer les séances accompagnées de l'animal (chute, blessure, décès) (**Articles 113 2 113 5 112 2 du code des assurances**).

Le **code rural de la pêche maritime** porte un chapitre autour des droits sur la protection des animaux. On y retrouve divers articles législatifs, dont l'article L214-2 où « *Tout homme a le droit de détenir des animaux dans les conditions prévues à l'article L214-1 de 2015 (qui*

*reconnaît l'animal comme un être-vivant doué de sensibilité*) (Beiger, 2022 ), *et de les utiliser dans les conditions prévues à l'article L. 214-3, sous réserve des droits des tiers et des exigences de la sécurité et de l'hygiène publique [...] »* (Légifrance, 2010). L'article L214-3 met en évidence l'interdiction d'exercer de mauvais traitements envers les animaux, dont les décrets en conseil d'état à mis des mesures de protection contre les mauvais traitements ou lors d'utilisations inappropriés menant à de la souffrance pour l'animal (Legifrance, 2023). De plus, **l'article L214-6-1** rend obligatoire des connaissances minimum autour de 8 domaines de compétences (logement, alimentation, reproduction, sélection, santé animale, comportement, transport et le droit), que l'on retrouve dans l'ACACED, afin d'exercer des activités liées aux animaux d'espèces domestiques dont la présentation au public de chiens et de chat (DRAAF PACA, 2023).

#### 4. La pratique professionnelle autour de l'AVC

##### 4.1. Les recommandations de la HAS

La HAS met en avant plusieurs messages clés pour qu'une rééducation soit optimale (2019). Pour cela, idéalement, la rééducation doit être initiée précocement et pratiquée au minimum 45 minutes par type de rééducation, 5 jours par semaine. Elle doit nécessiter l'intervention d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les affections du système nerveux. Une formation leur sera nécessaire autour des troubles cognitifs et de l'anosognosie (2005). Une attention particulière devra également être portée sur tout changement de comportement, de complications orthopédiques ou d'apparition de douleurs, puis devra être signalée au médecin.

Après la phase aiguë de l'AVC, tous les patients devraient bénéficier d'un programme de rééducation/réadaptation adapté à leurs besoins (2019). Le but étant de réduire de manière significative la mortalité, ainsi que de favoriser la récupération, l'indépendance et l'autonomie (2020). Pour cela, une réévaluation est réalisée en prenant en compte l'évolution, la récupération et les objectifs du patient (2019). Pour mesurer la dépendance, la HAS en recommande trois : l'indice de Barthel, la mesure d'indépendance fonctionnelle et l'échelle de Rankin modifiée (HAS, 2005).

D'un point de vue des recommandations paramédicales, diverses évaluations doivent être réalisés afin de rechercher si le patient présente des troubles de la déglutition, des troubles cognitifs, une incontinence ou encore des complications cutanées (2005).

Les recommandations autour de l'héminégligence sont claires, des mesures de sécurité et une rééducation spécifique et précoce sont conseillées ! À propos de l'hémiplégie, le patient doit être encouragé au plus tôt à s'automobiliser à l'aide du membre sain (2005).

En dépit des efforts menés depuis la mise en œuvre du plan AVC (2010-2014), l'accès aux soins de qualité reste insuffisant et inégal sur le territoire, et des améliorations demeurent nécessaires dans l'accompagnement des personnes en post-AVC, en établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR) comme en ville (2020).

#### 4.2. Parcours de soin d'un patient post-hospitalisation

Selon l'état de santé et l'importance des signes cliniques à la sortie de son hospitalisation, le patient sera transféré (Nestrigue et al, 2019) en établissement SMR (spécialisé ou non dans la prise en charge de l'AVC), ou retourne directement à son domicile. Le thème de ce mémoire est orienté sur le parcours de rééducation en phase subaigüe, notamment les trois premiers mois.

La rééducation vise principalement à améliorer la récupération des différentes capacités (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (MSD V, 2021 ; AMELI, 2023). Pour cela, elle s'appuie sur une prise en charge personnalisée adaptée au mode de vie et aux aptitudes physiques et intellectuelles du patient (Yelnik, 2008). En parallèle, il sera important de prendre en compte et d'alerter le patient sur les facteurs de risque pouvant conduire à une récurrence (AMELI, 2023). Selon la source INICEA et l'article de Schnitzler et al (2018), pour optimiser la récupération des signes cliniques, plusieurs professionnels de santé interviennent et le suivent dans sa prise en charge :

- Selon Masson E., l'objectif prioritaire du **kinésithérapeute** est d'optimiser la récupération de la marche (2002). Pour cela, des AT peuvent être utilisées, et réévaluées en fonction des progrès du patient. Il réalise également des mobilisations passives dans un premier temps lorsque les membres sont flasques (MSD V, 2021) puis actifs (tant qu'elles ne causent pas de fatigue importante).
- **L'enseignant d'activité physique adaptée (APA)** concentre ces séances autour des activités sportives et artistiques afin d'améliorer l'adaptation à l'effort, et l'état physique.
- **L'orthophoniste**, quant à lui, va s'occuper des difficultés au niveau du langage et de la déglutition, et selon les structures, rééduquer les troubles cognitifs.
- L'accompagnement par un **psychologue** peut être essentiel selon l'acceptation du handicap.
- L'équipe soignante (**infirmière et aide-soignante**) poursuit le travail de rééducation en chambre et assure les soins du patient.
- Enfin, **l'assistante sociale** s'occupe des démarches administratives concernant le retour à domicile et la reconnaissance d'invalidité (France AVC, 2021). Elle apporte également des conseils et des démarches autour des aides sociales, financières et humaines, ainsi que sur l'orientation professionnelle (Yelnik, 2008).

Des ateliers d'éducation peuvent être proposés en petits groupes, animés par plusieurs professionnels (Masson, 2002). Mais quand est-il exactement du rôle de l'ergothérapeute au sein de la prise en charge d'un patient victime d'un AVC ?

#### 4.3. Le rôle de l'ergothérapeute dans l'AVC

L'ergothérapeute est au cœur des AVQ du patient. Face aux signes cliniques de l'AVC, l'équilibre et la performance occupationnelle sont touchés. Il peut agir autour de ces concepts (Ducourneau, 2019) afin de réapprendre à réaliser les occupations sous une autre forme, et d'apporter des solutions pratiques qui seront utiles au quotidien (OEQ, 2009 ; AMELI 2023). Les objectifs étant d'acquérir le plus d'autonomie, d'indépendance et de sécurité (France AVC, 2021). En effet, selon APM News, en 2007, des résultats concernant des séances d'ergothérapie auprès de l'AVC ont démontré une amélioration significative de la performance des patients sur leurs AVQ. Le risque de dépendance évalué par l'indice de Barthel a également diminué de 82% grâce à l'intervention en ergothérapie (APMnews, 2007).

Durant la prise en charge, l'ergothérapeute est impliqué dans :

- **La prévention.**

Auprès du patient concernant les complications telles qu'une algodystrophie, ou encore une subluxation gléno-humérale à la suite de manutentions inadaptées dans les transferts ou dans certaines AVQ (Nouvel et al, 2000 ; Yelnik, 2008). En parallèle, il prévient sur le repérage des facteurs de risque afin d'éviter une récurrence. La famille et les soignants sont également concernés afin de maximiser l'action du patient dans sa prise en soins en dehors des séances d'ergothérapie (Canadian association of occupational therapists (CAOT), s.d).

- **L'évaluation.**

Durant la rééducation, l'ergothérapeute utilise de nombreux bilans afin d'évaluer ses intérêts, ses capacités et ses difficultés (Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), 2009). D'un point de vue indépendance, deux échelles sont utilisées (la mesure d'indépendance fonctionnelle, ainsi que l'indice de Barthel validé chez l'hémiplégique) (Yelnik, 2008 ; De Morand, 2014). En parallèle, il peut utiliser d'autres modalités d'évaluations telles que l'entretien initial pour bénéficier d'informations supplémentaires sur le profil occupationnel du patient (s'il possède une bonne conscience de ces capacités), les observations au fil des séances, et bien évidemment les mises en situation écosystémique au sein de la structure. D'un point de vue spécifique, selon Apollon-Roy et al (2021), 84.4% des ergothérapeutes ont réalisés une évaluation des fonctions motrices (hémiparésie, spasticité), et 60% ciblées sur les capacités cognitives (on y retrouve par



exemple la « Montreal Cognitive Assessment », le « Mini-Mental State Examination », le « trail making test » et le test de l'horloge). De plus, l'échelle visuelle analogique a été utilisée pour la douleur.

▪ **Et les interventions.**

Les missions de l'ergothérapeute sont diverses. Il va dans un premier temps pouvoir installer de façon adaptée et confortable le patient, au lit et/ou au fauteuil roulant (FR) selon ses caractéristiques morphologiques et fonctionnelles. Après l'installation, l'ergothérapeute joue un rôle dans l'acquisition et l'apprentissage du FR. En effet, à la suite d'une hospitalisation, selon l'importance des signes cliniques, les patients seront amenés à se déplacer au sein du centre de rééducation. En fonction de ses capacités cognitives et motrices, il pourra apprendre à l'utiliser pour toute situation afin de gagner en autonomie dans ces déplacements (OEQ, 2009). En parallèle, d'autres AT peuvent être recommandées par l'ergothérapeute auprès de l'équipe soignante afin d'optimiser la participation en chambre (Salvador, 2021) concernant la toilette et l'habillement.

Selon les besoins et le niveau d'évolution de la récupération fonctionnelle, l'ergothérapeute peut également mettre en place de l'appareillage (Nouvel et al, 2000).

Il sera également amené au bout de quelques mois à réaliser une visite à domicile afin de mieux connaître l'environnement dans lequel évolue le patient, et évaluer la sécurité de celui-ci (OEQ, 2009 ; Salvador, 2021). Par la suite, il pourra préconiser des potentiels aménagements pour poursuivre la participation (France AVC, 2021) au domicile, sur la conduite automobile ou au sein du milieu professionnel (OEQ, 2009 ; CAOT, s.d). En effet, selon le score du bilan neuropsychologique, un simulateur de conduite peut être utilisé, afin d'observer les habiletés cognitivo-motrices, relatives à l'utilisation d'un poste de conduite en situations diverses (INICEA, s.d). « *L'ergothérapeute peut aussi aider la personne à trouver des ressources dans son quartier : piscine, groupe de loisirs, transport adapté, bibliothèque.* » (OEQ, 2009).

Mais, l'objectif principal de l'ergothérapeute est d'assurer la rééducation des préhensions et des transferts (Nouvel et al, 2000) afin de récupérer un maximum de fonctions atteintes. Pour cela, il existe de nombreuses techniques définies par les recommandations de l'HAS en 2012 dans la rééducation de la fonction motrice telles que : les méthodes Bobath et Perfetti, thérapie miroir, thérapie contrainte, imagerie mentale motrice, auto-rééducation, robotique, réalité virtuelle... (Quéau, 2003 ; HAS, 2012) ; mais d'autres moyens existent tels que l'attelle de Margaret Johnston utilisée pour les membres hémiplégiques (Walder, 1994).

Cependant, comment l'ergothérapeute intègre-t-il l'animal en séance ?

#### 4.4. La place actuelle de la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie

En 2016, Beiger met en avant que les ateliers de médiation par l'animal peuvent être utilisés en thérapies conventionnelles telles que l'ergothérapie. En effet, dans la littérature, il a été observé que le chien était l'espèce la plus souvent intégrée au sein des séances avec un ergothérapeute (Sahin, 2018 ; Colline, 2020). Son utilisation est le plus fréquemment utilisée en Allemagne (Nocerini, 2005).

L'intégration de l'animal a été expérimentée auprès de nombreux troubles, tels que l'autisme, la schizophrénie, la paralysie cérébrale, le syndrome du stress post-traumatique, la dyspraxie et la démence (Stefanini et al, 2015 ; Hill et al, 2020 ; Tzu-Ting Chen et al, 2021 ; Caussarieu et al, 2022 ; Richardson et al, 2022 ; Li et al, 2023 ; Bruyat et al, 2024). Au travers de recherches bibliographiques et numériques, plusieurs ergothérapeutes ont fait part de leurs expériences professionnelles, pour toute pathologie confondue :

- **Sur le plan cognitif** (Sahin, 2018 ; Didier, 2022).

Marine FAUCON et l'article de Richardson et al (2022) mettent en avant le travail autour des fonctions mnésiques et exécutives (organisation, inhibition, résolution de problème...). Les moyens utilisés pouvaient être le rappel d'un parcours moteur, des exercices de dressage, un calcul d'une quantité de nourriture pour une semaine, questions autour de l'animal médiateur... (Beiger, 2020). Celles-ci peuvent être également sollicitées par le cheval, avec les étapes du pansage au harnachement par exemple (Normandeau, 2008 ; Caussarieu, 2022). En parallèle, il est possible par les promenades de solliciter l'orientation spatiale (Beiger, 2022). Pour approfondir la stimulation cognitive, hors présence de l'animal, l'ergothérapeute peut personnaliser des jeux connus comme le memory, des cartes à appairer (Simon, 2011). Une meilleure attention (Tulay Koca, 2016), ainsi que la réminiscence de souvenirs relatifs à leurs propres animaux durant ses séances ont été observées (Simon, 2011).

- **Sur le plan physique**

À cheval, il est possible de travailler la gestion du corps dans l'espace en sollicitant l'équilibre et le transfert de poids en montant à cru ou en selle (Sahin, 2018), et même en allant chercher un objet au sol. Si nécessaire, un code couleurs peut être utilisé sur les rennes pour stimuler la dissociation corporelle (Caussarieu, 2022). On peut également marcher en laisse avec le chien ou en lançant un jouet. Les exercices de slalom, le passage de barres, les changements de tempo sont également des exercices sollicitant l'ensemble de la motricité.

D'un point de vue spécifique, la TAA en ergothérapie va agir sur :

- L'amplitude (selon la surface de brossage, la distance d'un lancer de balle) (Beiger, 2022).

- La force (selon le type de brosse, de poils, mise d'un mousqueton ou d'une laisse (Beiger, 2011). Les ergothérapeutes peuvent ajouter un poids pour renforcer le bras faible, voire d'adapter la brosse pour que le patient puisse l'utiliser (Sahin, 2018).
- L'endurance (variable selon la durée de l'activité, et le nombre de répétitions de la tâche) (Normandeau, 2008).
- La dextérité (tresser un collier avec la ficelle, tresser la crinière du cheval, manipuler les récompenses dans sa main, l'utilisation d'attaches ou de fermoirs...) (Beiger, 2022).
- La coordination (Normandeau, 2008 ; Tulay Koca, 2016). L'étude de Sihan et al, met en avant que l'intégration des animaux de la ferme affecte positivement la coordination œil-main (2018).
- L'équilibre statique comme dynamique (Sahin, 2018 ; Barré, 2018 ; Didier, 2022).
- La marche (Beiger, 2022 ; Didier, 2022), où les personnes âgées réalisaient une distance de marche plus élevée en présence d'un chien (Sahin, 2018). Barré, M. donne un exemple d'atelier avec un parcours à pied en menant le cheval (2018).
- La détente musculaire (Bruyat, 2024).

- **Sur le plan sensoriel.**

Les sens sont constamment sollicités (Tulay Koca, 2016 ; Sahin, 2018), notamment la discrimination tactile (Maciejewski, 2023).

- **Sur le plan psycho-social.**

La présence de l'animal en séance apporte une vision moins thérapeutique, et facilite la réalisation de gestes répétitifs difficiles voire optimise la motivation du patient à se surpasser (Normandeau, 2008 ; Sahin, 2018 ). De plus, les séances en extérieurs avec l'absence d'uniformes hospitaliers favorisent les patients à être acteur de leur prise en charge (Berardi, 2022). Auprès des enfants, l'incorporation du chien ou du cheval a démontré un engagement accru par rapport à la prise en charge conventionnelle (Colline, 2020 ; Oliveira Figueiredoun, 2021). Au travers des séances, l'ergothérapeute peut également solliciter les capacités **linguistiques**. En effet, le chien permet de rompre avec l'isolement social, et de rétablir progressivement les contacts sociaux (Didier, 2022). On dit que l'animal est un « **catalyseur social** » (Vaillant-Ciszewicz, 2017 ; Didier, 2022). De plus, pendant des séances auprès d'enfants autistes, il a été observé qu'ils pouvaient « *interpréter les réponses aux signaux sociaux et comportementaux des animaux constituant une possible passerelle pour apprendre à interpréter ceux de l'Homme* » (Beiger, 2011).

- **Au niveau des AVQ.**

Il est possible que des actes relatifs à l'animal se rapprochent de ceux employés dans notre quotidien. On y retrouve l'apprentissage de l'hygiène corporelle (laver l'animal, le brosser...) (Velde, 2005 ; Barré, 2018), l'habillement (équiper l'animal selon la météo, fermer le licol semblable à fermer la boucle d'une ceinture (Beiger, 2011) et l'alimentation (en adaptant la quantité, couper des aliments...) (Richardson, 2022). Enfin, l'article de Sahin et al, met en avant que des études ont pointé une amélioration de l'indépendance et de la participation dans les AVQ grâce à l'implication de chiens (2018). L'étude de Heffernan (2016) autour de la thérapie équine met en avant la perception des parents sur l'amélioration de la performance occupationnelle de leur enfant (avec un diagnostic de déficience visuelle, d'autisme ou de lésions cérébrales), et leur satisfaction après la fin du programme. Ce concept de performance est également repris par l'étude de Tulay Koca (2016), avec le même animal médiateur mais sans distinction de pathologie.

## 5. Enquête exploratoire

Afin d'évaluer la pertinence de la place de la TAA en service d'ergothérapie auprès de patient post-AVC, une enquête exploratoire a été réalisée (Annexe III). Cette dernière m'apportera des renseignements supplémentaires afin d'approfondir et/ou d'associer les éléments trouvés durant les recherches bibliographiques et sitographiques.

Au travers de l'outil « Google Form », ce questionnaire est constitué de dix items communs aux ergothérapeutes, ainsi qu'un item supplémentaire pour ceux ayant une expérience dans la prise en charge de cette population cible. Dans cette même enquête, sept questions ont été destinées auprès de patients victimes d'un AVC, dont certaines étaient similaires à celles présentées aux professionnels de santé, mais en y adaptant le vocabulaire.

Les objectifs mis en avant consistaient à savoir si les populations connaissaient la TAA, et en fonction d'une rapide présentation, quel était leur point de vue sur son intégration en ergothérapie pour la prise en charge de l'AVC. En parallèle, il était intéressant à partir de leurs expériences et de leurs connaissances, de voir quels concepts ergothérapeutiques, domaines d'actions, ainsi que les périodes de prise en charge ont été les plus mis en avant ; le but étant de m'aider à définir ma question de recherche. Pour cela, j'ai réalisé un échantillonnage boule de neige par l'envoi de mails aux associations de France AVC ainsi qu'auprès de groupes Facebook. En parallèle, mon maître de mémoire a donné mon questionnaire écrit à des patients de sa structure afin d'obtenir des réponses supplémentaires.

Au total, 21 réponses ont été obtenues (dont 13 ergothérapeutes, et 8 patients). De façon globale, cette enquête exploratoire permet de mettre en avant que 76.19% des participants

avaient une connaissance de la médiation thérapeutique (84.62% d'ergothérapeutes et 62.5% de patients), ainsi que 76.92% des professionnels possèdent des notions sur la prise en charge de l'AVC. Parmi ces derniers, cinq d'entre eux la pratiquent (dont 3 ont de l'expérience auprès de cette pathologie) et 4 autres ont connu un intervenant en TAA.

Lorsqu'on rentre dans les détails, on constate des périodes d'intervention différentes en fonction de la population. Pour les ergothérapeutes, l'intervention de l'animal serait pertinente durant la phase chronique du parcours de rééducation ainsi qu'au domicile, suivi à 92.31% au sein d'institutions et durant la phase subaiguë. Tandis que pour les patients, 75% ont sélectionné l'hôpital, 50% en institution, et 25% en centre de rééducation. Ces résultats corrélerent avec ma revue de littérature mettant principalement en avant des données probantes sur l'intervention de l'animal en phase chronique. Cependant, 92.31% des ergothérapeutes ont tout de même souligné son intérêt en phase subaiguë.

En parallèle, 92.31% d'ergothérapeutes pensent que l'animal peut agir sur les troubles du comportement (Stefanini, 2015) et la communication (Richardson, 2022), suivi des AVQ (Lavadi, 2008) et des capacités cognitives pour 76.92% d'entre eux. D'un point de vue des patients victimes d'un AVC, on retrouve également à 62.5% l'action de l'animal sur la communication, et à 37.5% concernant la cognition ainsi que sur les AVQ.

Malgré une non-connaissance de la zoothérapie pour deux ergothérapeutes, on retrouve tout de même des domaines d'actions (fonctions cognitives, trouble du comportement, communication) énoncés parmi ceux qui la connaissent. En supplément des fonctions présentes dans le questionnaire, deux des ergothérapeutes pratiquant la TAA ont mises en avant l'impact sur l'équilibre, l'estime de soi, la relaxation (Rodriguez-Martinez, 2021 ; Richardson, 2022) ainsi que sur les capacités sensorielles.

Parmi les champs d'action majoritairement pointés par les deux populations, on retrouve les bienfaits de l'animal autour de la motivation et de la participation, ce qui confirme les recherches scientifiques de Richardson (2022) et de Stefanini (2015). De plus, 92.31% des professionnels, mettent en avant l'engagement des patients (Richardson et al, 2022), suivi des notions de : rôles sociaux (76.92%), de performance (53.85%) et de volition (53.85%) que l'on retrouve dans le modèle de l'occupation humaine (MOH).

## 6. Le cadre théorique

### 6.1. Modèle de l'occupation humaine

Le MOH élaboré en 1980 par Gary Kielhofner (dernière et sixième édition le 23 août 2023) vise à ce que les ergothérapeutes, au travers du recueil de données, puissent comprendre

comment le comportement du patient dans ses occupations est influencé par ses forces et ses faiblesses, afin de mettre en place un accompagnement adapté (Champaud, 2020 ; Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE), 2021). Ce modèle évolue au fil des expériences de l'individu. Selon la 5<sup>ème</sup> édition, disponible uniquement en anglais, le MOH se compose de trois grandes parties (Annexe IV) :

- **L'être**

Sous trois composantes. La **volition**, c'est-à-dire la motivation à agir sur l'environnement, se divise en trois sous-systèmes : elle comprend ce qui est significatif pour la personne appelée « *valeurs* », ce qui lui permet d'obtenir de la satisfaction appelée « *centres d'intérêt* », puis la perception de son efficacité et de ses capacités nommée « *déterminants personnels* ». À la suite d'une expérience, le processus volitionnel va alors permettre à la personne d'interpréter la situation, d'en retirer des informations pour anticiper ou faire des choix sur une nouvelle expérience similaire.

**L'habitation** correspond aux *habitudes* et aux *rôles* socio-professionnels de l'individu, qui permet des comportements semi-automatiques dans un environnement familier.

La **capacité de performance** comprend « *l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps (ce qui est vécue, éprouvée tels que la douleur, le bien-être...) décrites par la personne* » (Morel, 2017).

- **L'agir**

Lorsque la personne agit, trois niveaux d'action sont observés : la **participation occupationnelle** correspondant à « *l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne* » (Morel, 2017). Lorsqu'elle est soutenue par la réalisation des tâches, on parle de **performance occupationnelle**. Celle-ci dépend des systèmes musculo-squelettiques, neurologiques, cardio-respiratoires, des capacités cognitives et autres (ULaval, 2018). Puis, les **habiletés** de types motrices, opératoires, de communication et d'interactions qui permettent à la personne d'exécuter différentes actions, observables, dirigées vers des buts.

- **Le devenir**

Il est le résultat de l'être et de l'agir, c'est-à-dire que la personne est capable de mettre en place et de maintenir une routine d'occupations cohérente, appelée **compétence**, avec son **identité** soit la capacité à « *remplir les obligations et les responsabilités liées aux divers rôles tout en s'assurant que nos routines [...] soient en accord avec nos valeurs* » (Morel, 2017), lui

permettant ainsi de **s'adapter** à de nouvelles occupations. La volonté, l'habitude et l'expérience d'une personne sont intégrées à l'identité (ULaval, 2018). En parallèle, ces trois composantes sont interdépendantes avec **l'environnement**. Ce dernier est défini sous 3 dimensions :

- **Sociale** qui correspond à la disponibilité ainsi qu'à la qualité des interactions (soutiens physique, verbal, cognitif et émotionnel) auprès des personnes.
- **Physique**, correspondant aux espaces ainsi qu'aux objets (technologiques, appareils d'assistance... sous divers facteurs tels que l'accessibilité, la sécurité, la disponibilité...).
- **Occupationnelle**, soit la présence d'occupations (qui reflètent les intérêts, les rôles, les capacités et les préférences culturelles de la personne), leur qualité ainsi que les financements qui influencent les professions et les activités disponibles (Herault, 2023).

Ces éléments de l'environnement peuvent être considérés comme une opportunité ou un obstacle, influençant le comportement de l'individu (notamment autour de sa participation et/ou de sa performance occupationnelle) (Caittin, 2008 ; Kielhofner, 2008). Kielhofner, rajoute à la même année, que l'environnement impacte également la motivation ainsi que l'organisation de l'occupation.

Le modèle **peut être utilisé dans tous les contextes thérapeutiques** (Champaud, 2020). En effet, Bracher, M (2000) met en évidence que le MOH semble pertinent dans le domaine de l'équithérapie, car il peut agir sur les notions de volition, d'habitude et de performance. En effet, l'équitation peut être considérée comme un domaine **d'intérêt** spécialisé. Le cheval « *enseigne ou renforce inconditionnellement des valeurs acceptées et transférables à la société, telles que l'attention ou la considération...* » (Bracher, 2000). Il permet également, au travers d'exercices de complexité progressive, d'apporter un sentiment de capacité qu'il pourra transférer sur des actes quotidiens ou sur l'essai de nouvelles activités. Prendre soin d'un animal peut également symboliser le rôle social de parent pour certains résidents de maison de retraite (Velde et al, 2005). Selon Pohl P, l'équitation pouvait « *avoir une influence positive sur la construction identitaire* » (Pohl et al, 2018). L'étude de Pálsdóttir A-M (2020) ajoute que les participants exprimaient l'obtention d'une nouvelle identité (celui de cavalier), tandis que Laetitia Mermet exprime que le cheval aide à retrouver sa propre identité (2012).

## 6.2.La plasticité cérébrale

La rééducation permet d'optimiser la récupération des capacités du patient en stimulant un phénomène de remodelage synaptique appelé plasticité cérébrale (Yelnik, 2008 ; Urbanski.

2017). Sa théorie a été mise en avant par divers auteurs (Santiago Ramón y Cajal, Goeffrey Raisman, Ernesto Lugaro, William James...) (Droz-Mendelzweig, 2010).

En neurosciences, la plasticité cérébrale est un processus continu de la vie, caractérisée par la capacité du système nerveux central à modifier les propriétés de communication entre des cellules ou des réseaux neuronaux. L'objectif étant « *d'assurer le développement de l'individu et lui permettre de réagir aux contraintes internes ou externes qu'il subit, que celles-ci relèvent de conditions physiologiques ou pathologiques* » (Allart et al, 2017).

Selon une étude de Ward et al (2005), plusieurs aires corticales sont recrutées à la suite de l'AVC. Lorsque le patient gagne en performance, ces activités sont remplacées par une activation des noyaux gris centraux et du cervelet permettant d'automatiser le mouvement.

Le phénomène de plasticité cérébrale s'observe sous 3 situations :

- **Lors de l'entraînement**, elle permet d'acquérir des compétences ou des comportements propres à chaque individu (geste sportif, jouer un instrument de musique...) en lien avec l'apprentissage. Cette plasticité contribue à optimiser la performance (motrice, cognitive, perceptuelle) d'un « *sujet sain comme dans la prise en charge de pathologies neurologiques* » (Allart et al, 2017). Pohl, P (2018) met en avant les critères de répétition et de pertinence qui influencent son efficacité (dont l'étude d'André de 2005 parle plutôt de caractère volitionnel du geste) ; tandis que la simple utilisation d'une fonction l'entretien. En effet, l'entraînement et la répétition amélioreraient les performances d'une tâche (André, 2005). Une revue de Cochrane autour de l'AVC (2022) met en avant des résultats positifs vers une tâche qui perdurent 6 mois après l'intervention (Monnin, 2017).
- **Lors du développement du système nerveux**. Elle permet et accompagne le développement de l'individu dès son plus jeune âge jusqu'au début de l'âge adulte. Pour cela, il doit être exposé à divers stimuli de son environnement pour assurer « *la maturation de réseaux neuronaux responsables de certaines fonctions (la vision, le langage)* » (Allart, et al 2017). « *Le cerveau a une certaine plasticité tout au long de la vie même si elle est plus importante au cours du développement* » (Gressen, 2015).
- **Après une lésion**, la plasticité cérébrale peut survenir spontanément, de façon précoce (Allart, 2017). Elle va essayer de ramener le fonctionnement cérébral vers le niveau de base initial, avec plus ou moins de succès (Gressen, 2015). Gressen, P. parle de plusieurs critères qui interviennent dont la localisation de la lésion, la prédisposition génétique et le niveau culturel (2015).



La réorganisation des réseaux neuronaux diffère selon la temporalité. En effet, d'abord des modifications plastiques rapides afin d'augmenter l'excitabilité du cortex ; puis au bout de plusieurs semaines d'entraînement, une plasticité synaptique à long terme où les modifications sont durables (Allart et al, 2017).

« Deux composantes distinctes sont impliquées au cours de la récupération d'un déficit après une lésion cérébrale » (Rode et al, 2017) :

- **La récupération vraie** est la « capacité à assumer la fonction d'autres neurones devenus déficients » (Rode et al, 2017). Elle se divise en deux phases : La première concerne les trois premiers mois juste après la lésion où la récupération est optimale, puis la deuxième phase qui est plus lente. La récupération vraie peut être influencée par la survenue de la lésion, « les déficits sont moins sévères si la lésion survient à un âge précoce » (Rode et al 2017), l'étendue, la localisation, la nature de la lésion, l'état général de la personne (Rode et al, 2017 ; AMELI, 2023). Durant le congrès EMPR 2024, Dehem, S. et Lejeune, T. appuient ces propos en mettant en avant qu'après un mois 80% des capacités sont récupérées, et 95% après les 3 mois.
- **La compensation** consiste à exécuter différemment une fonction, au détriment de la qualité du mouvement, ou avec un membre différent dans le but de parvenir au même résultat (Rode et al, 2017 ; Kwakkel et al, 2023). On parle de plasticité cérébrale mal-adaptative lorsque le patient hémiplégique sous-utilise son membre touché ; ce qui conduit à une modification cérébrale où l'hémisphère sain prédomine (Rode et al, 2017).

La question de recherche se focalise sur la phase subaiguë du parcours de rééducation, soit les trois premiers mois où la plasticité cérébrale est à son apogée. De plus, l'existence de facteurs favorisant la mise en place de cette plasticité cérébrale se retrouve dans le cadre de la zoothérapie. En effet, si le patient la perçoit comme une activité significative ou un moyen thérapeutique plus accrocheur, on peut optimiser la probabilité de modifications neuronales. De même, concernant l'équitation qui permet des mouvements continus et répétés sur une même séance (Pohl et al, 2018 ; Meyer, 2023).

### 6.3. Le cadre thérapeutique

La médiation animale est souvent confondue avec la TAA, dont cette dernière se distingue par l'instauration d'un cadre thérapeutique. Ce dernier se définit comme « l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant » (Revue santé mentale, 2012). C'est un espace privé, basé sur un système de consignes enclenchant un processus thérapeutique (Stantzios, 2012), où le professionnel de

santé se montrera bienveillant, disponible afin d'apporter du soutien et de la sécurité envers le patient (Ménard, 2016) dans l'objectif d'ouvrir sur une collaboration. Le cadre thérapeutique consiste à créer un environnement structuré et organisé, propice à une thérapie (Ergopsy, 2015). Selon Beiger, il met le patient en sécurité, et favorise l'attachement envers l'animal médiateur (2011).

L'origine du cadre thérapeutique est issue de la pratique psychanalytique créée par Freud (Martin, 2001). Progressivement, plusieurs paradigmes ont vu le jour, dont celui de Mme Catherine POTELE en 2019. Sa définition orientée en psychomotricité semble se rapprocher le plus des pratiques neurologiques institutionnelles actuelles. En effet, elle le définit comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* ». Ce cadre se compose de cinq conditions :

<p><b>Espace</b></p>	<p>Il correspond au lieu, modulable en fonction du patient, où se déroule sa prise en charge et son accompagnement (Grangeat Lupieri, 2021). Par exemple, un centre équestre (Hameury, 2021 ; Meyer, 2023), les enclos, les parcs... (Beiger, 2011). L'espace doit apporter un sentiment de sécurité pour favoriser l'exploration des capacités et offrir de « <i>nouvelles expériences sensori-motrices, cognitives, et affectives</i> » (Nazou, 2015). De plus, l'animal peut être directement intégré aux tâches, ou être simplement positionné à côté du patient durant la réalisation de celle-ci (Gocheva, 2017). En effet, le patient peut être à côté, assis sur l'animal en selle ou à cru (Chevalier, 2018 ; Devaure, 2021) dans différentes positions (Meyer, 2023 ; Stergiou, 2023), voire même en face à face (France 2, 2016).</p>
<p><b>Matériel</b></p>	<p>Le professionnel de santé possède un choix important d'objets qu'il peut intégrer selon les objectifs thérapeutiques établis (Potel, 2019 ; Grangeat Lupieri, 2021). Par exemple, une mise en situation du trajet maison/école à cheval matérialisé par des cônes, cape sensorielle...(Hameury, 2021). Certains peuvent même solliciter l'imagination du patient (Potel, 2019). Léa Meyer et Jessie Ansoerge rajoutent l'utilisation de matériels spécifiques tels que le montoir, une rampe, un verticalisateur ou encore un lève-personne facilitant ainsi le transfert sur le dos du cheval. Selon les objectifs visés et l'activité choisie, le thérapeute sélectionnera un type</p>

	<p>d'assise spécifique (tapis de monte à cru, surfaix de voltige, selle...) (Meyer, 2023 ; Stergiou, 2023).</p> <p>Dans le cadre où les patients se déplacent au lieu de l'intervenant en TAA, il faut prévoir un véhicule pour s'y rendre, ainsi que la mobilisation de professionnels de la structure pour les accompagner (Ansorge, 2011).</p>
<b>Temps</b>	<p>Il est composé de plusieurs modalités : le jour, l'horaire, la durée d'une séance, ainsi que la fréquence dans le temps. Ces éléments doivent être précis et fixés à l'avance par le professionnel (Boyer-Labrousche, 2020). Cette répétition aux mêmes heures et jours de la semaine induit chez le patient un repère temporel (Potel, 2019 ; Grangeat Lupieri, 2021). La durée de la séance est modulable en fonction du professionnel, du type de séance (individuelle, en groupe) (Ansorge, 2011 ; Boyer-Labrousche, 2020) mais également en fonction des directives de l'institution dans lesquelles il exerce (Nazou, 2015). À noter que la durée peut varier selon l'état émotionnel (Barré, 2018) et la fatigabilité du patient.</p>
<b>Encadrement</b>	<p>L'encadrement se définit par des règles sociales (ne pas fumer, respecter autrui, ranger les outils en fin de séance...) et thérapeutiques permettant le maintien et le respect du cadre au fils de la prise en charge (Ergopsy, 2015). Jessie Ansorge rajoute les règles de sécurité, ainsi que le respect de l'animal dans le cadre de séances de thérapie équine (2011).</p> <p>En parallèle, il peut se définir comme une prise en charge en individuelle, en collaboration, ou en coanimation avec un ou plusieurs professionnels. Potel met en avant que « <i>le travail pluridisciplinaire soit toujours d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes</i> » (2019). Simon N, rajoute les notions de groupe fermé ou groupe ouvert, ainsi que l'instauration du cadre de vie du patient (2011).</p> <p>En équithérapie, Mos et al, mettent en avant que le taux d'encadrement varie selon l'activité et le niveau d'autonomie des patients (2020). Molard Agnès ajoute l'importance de la rigueur dans les liens établis entre la structure et le centre équestre à propos de la disponibilité des espaces, des chevaux mais également des intervenants (2022). Bruyat Blandine met</p>

	<p>en avant par exemple la nécessité d'être trois personnes pour soutenir le cavalier (2024).</p>
<p><b>Fonctionnement institutionnel</b></p>	<p>Selon Potel, le cadre thérapeutique est intégré dans le projet d'intervention du patient qui « <i>s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée</i> » (2019).</p> <p>Les types de règles cités précédemment sont « <i>généralement régulés par le règlement intérieur de l'établissement</i> » (Ergopsy, 2015). L'institution, définit un projet de soin global pour le patient, des conditions et des règles de travail pour les équipes de soin, des moyens humains, matériels, financiers, mais aussi des limites et des contraintes d'exercice (Grangeat Lupieri, 2021).</p> <p>La prise en charge en ergothérapie requiert généralement la présence d'une prescription médicale (Ansorge, 2011).</p> <p>L'intervenant bénéficie d'une responsabilité civile ou administrative, selon s'il s'agit d'un ergothérapeute du service de rééducation, ou s'il s'agit d'un intervenant extérieur (France compétence, 2022 ; Molard, 2022). Par ailleurs, l'animal médiateur peut être assuré par la structure dans le cadre de la survenue d'un incident, ou s'il est responsable d'un risque infectieux ou allergique (Trivellin, 2008 ; Vaillant-Ciszewicz, 2017). Un suivi vétérinaire régulier est alors obligatoire (Oliveira Figueiredoun, 2021). De plus, il est possible qu'une consultation avec une équipe d'hygiène hospitalière, un vétérinaire et un infectiologue soit réalisée au préalable (Réseau de prévention des infections associées aux soins, 2016).</p>

Potel pointe également la notion de **rituels** qui sont une séquence d'actions stéréotypées. Elles sont variables selon le patient ou les groupes (par exemple : mettre en avant leur ressenti à la fin de la séance, évaluations...) (Ergopsy, 2016). Dans le cadre de l'équithérapie, Mermet Laetitia pointe l'exemple où chaque début de séance consiste à réaliser le nettoyage du box (2012). En fonction des besoins exprimés par le patient, le cadre est modulable (changement du lieu d'intervention, matériels, mise en place de contraintes...) (Mermet, 2012).

Enfin, il a été observé dans un cas clinique réalisé par Andryuschchenko-Basquin en 2017 que « *la présence d'un animal médiateur ayant des difficultés d'adaptation, accueilli dans un cadre thérapeutique, pourrait être finalement très bénéfique pour des personnes souffrant de troubles du comportement s'exprimant à travers de grandes difficultés relationnelles* » (Andryuschchenko-Basquin et al, 2017).

## 7. Question de recherche

En vue des bénéfices prouvés de la TAA sur de nombreuses et diverses pathologies, des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de clarifier son efficacité, et soutenir sa crédibilité aux modalités thérapeutiques, notamment dans le champ de l'ergothérapie. Cependant, il serait pertinent d'approfondir les limites et l'efficacité de cette collaboration animal-ergothérapeute, et ainsi savoir si ces bénéfices sont transposables durant la phase subaiguë du parcours de rééducation d'un patient victime d'un AVC. Pour cela, les résultats de mon enquête exploratoire ainsi que les éléments théoriques et scientifiques m'ont permis de définir ma question de recherche : **L'intégration du cheval et du chien en ergothérapie peut-elle améliorer la performance occupationnelle de patients victimes d'un AVC en phase subaiguë du parcours de rééducation ?**

## Partie 2. Méthodologie de recherche

### 1. Choix de la méthode et de l'outil de recherche

Au travers de ma question de recherche, mon objectif principal est de constater la réalité du terrain auprès des ergothérapeutes qui exercent la zoothérapie, recueillir les avis d'anciens patients, et éventuellement faire découvrir cette approche. Pour cela, je vais réaliser un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie. La méthode de recherche qualitative sera la plus appropriée en raison du faible effectif d'ergothérapeutes pratiquant la TAA auprès de victimes d'un AVC, notamment à la phase subaiguë du parcours de rééducation.

L'entretien (Imbert, 2010 ; Najac, 2013) sera alors utilisé afin d'optimiser la pertinence des résultats. Il vise à questionner individuellement chaque participant de notre étude. Pour cela, il est structuré à partir d'un guide d'entretien où les questions sont préparées en amont par le chercheur. Toutefois, celles-ci sont limitées, avec le moins de relances que possible, le but étant de favoriser la spontanéité du participant. En effet, ces questions sont de types ouverts et semi-directives afin d'encourager le partage d'expérience, le point de vue des interrogés sur un thème particulier sans influencer leurs propos. À la fin du recueil de données, ces entretiens feront l'objet d'une retranscription intégrale.

## 2. Choix de la population

Pour réaliser ce recueil de données, trois populations ont été sélectionnées à partir de critères d'inclusion et d'exclusion définis ci-dessous.

### Critères d'inclusion :

- Être un ergothérapeute qui pratique la TAA auprès de l'AVC en établissement SMR.
- Être un individu ayant bénéficié d'une rééducation en ergothérapie à la suite de son AVC, ne possédant ni peur des animaux ni d'allergie associée, et présentant de bonnes capacités cognitives et comportementales.
- Être un médecin qui connaît la prise en charge de l'AVC (et si possible la TAA).

### Critères d'exclusion :

- Être un ergothérapeute qui ne pratique pas la TAA auprès de l'AVC en établissement SMR.
- Individu anosognosique (ou avec des troubles cognitifs et comportementaux sévères) et/ou n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge ergothérapique à la suite de son AVC, et/ou possédant une peur des animaux et une allergie associée.
- Être un médecin qui ne connaît pas la prise en charge des personnes victimes d'un AVC.

## 3. Présentation de la trame d'entretien

Les entretiens seront dirigés à partir d'une grille (Annexe V) servant de fils conducteur. Sachant que mon étude se porte autour de trois populations différentes, il est important d'avoir construit des questions identiques avec une reformulation adaptée à chacune d'entre elle ; le but étant d'apporter une fiabilité dans l'analyse des résultats. En début de chaque entretien, on s'assure que le participant entende bien, on fait un récapitulatif sur l'intérêt de cet échange, le consentement et l'anonymat. Ensuite, on démarre l'entretien par une question signalétique afin de connaître davantage l'interrogé :

***Pouvez-vous vous présenter et raconter brièvement votre parcours ? Si vous pratiquez la TAA, depuis combien de temps l'avez-vous intégré au service d'ergothérapie en neurologie?***

Puis, on pose les cinq questions ouvertes élaborées à partir de la matrice théorique (Annexe VI), basée sur des concepts et modèles spécifiques énoncés précédemment. Pour chacune d'entre elles, une question de relance est prévue afin de pouvoir réorienter la personne dans l'objectif d'obtenir des réponses supplémentaires :

<b><i>Professionnel : Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de la rééducation en service d'ergothérapie (avec ou sans l'animal), auprès de patients victimes récemment d'un AVC ?</i></b>
--

***Patient : Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de votre rééducation en ergothérapie ?***

***Relance : Quels moyens ont été utilisés pendant vos séances ?***

La question 1 cherche majoritairement à obtenir différents éléments du cadre thérapeutique.

***Professionnel : Avez-vous observé une amélioration fonctionnelle des déficits ?***

***Patient : Avez-vous observé une amélioration de vos capacités ?***

***Relance : Au bout de combien de temps observez-vous les premiers bienfaits, notamment par rapport aux AVQ ?***

La seconde question vise à recueillir des notions autour du MOH, ainsi que sur le concept de plasticité cérébrale par la question de relance.

***Selon vous, l'intégration de l'animal durant les premiers mois en service d'ergothérapie peut-il apporter des bénéfices dans la réalisation des AVQ de patients post-AVC ?***

***Relance : Comment l'animal en séances peut-il avoir des répercussions sur la réalisation des AVQ ?***

La question 3 fait référence à la notion d'environnement social qui est l'animal, et sur son impact par rapport aux trois composantes du MOH. La temporalité vise indirectement à apporter des éléments de réponse sur potentiellement la plasticité liée à l'expérience.

***Professionnel : Comment mesurez-vous la récupération des signes cliniques (motrices, sensoriels, cognitifs ...) ?***

***Patient : Quelles évaluations ont été utilisées pour mesurer votre récupération (motrice, sensorielle, cognitive...) ?***

***Relance : Existe-t-il des évaluations spécifiques à la TAA ?***

La quatrième se concentre particulièrement sur l'encadrement du cadre thérapeutique, et voir l'existence d'un outil évaluatif fiable pour mesurer la récupération des signes cliniques suite aux séances de TAA.

***Selon vous, quels sont les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?***

***Relance : Au sein de votre structure, il y a-t-il certaines recommandations administratives ou réglementaires que vous devez appliquer en ergothérapie avec ou sans la présence d'un animal ?***

La question 5 se rapporte à la notion d'environnement du MOH ainsi que le fonctionnement institutionnel du cadre thérapeutique.

Enfin, je questionne l'interrogé sur le souhait d'apporter des informations en lien avec mon thème de mémoire ou par rapport à son expérience avant de clôturer l'entretien.

#### 4. Protocole de passation

En amont de la réalisation des entretiens, une lettre d'information (Annexe VII) avec un document de consentement à signer (Annexe VIII) ont été donnés à chaque participant. En effet, les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement (Annexe IX). Afin de faciliter la lecture de chacun d'entre eux, un tableau avec les données brutes (Annexe X) pour chaque question de la grille a été rédigé.

Les participants étaient situés dans des zones géographiques différentes, ne me permettant pas d'effectuer les entretiens en présentiel. La passation s'est donc déroulée à distance par appel téléphonique ou par visioconférence, de fin mars jusqu'en avril, dont la durée est variable de 15 à 35 minutes.

### **Partie 3. Traitements des données**

#### 1. Présentation de l'échantillon

Au total, un échantillon de six personnes de trois populations différentes a été interrogé. Ce choix était délibéré afin d'avoir un point de vue global (paramédical, médical, et personnel) sur l'intérêt d'intégrer l'animal en centre de rééducation. En effet, le patient est acteur de sa prise en charge, il est alors important de connaître son avis sur cette médiation. Le médecin, quant à lui délivre les prescriptions d'actes de soins, tandis que l'ergothérapeute applique une prise en charge en vue d'une récupération optimale pour favoriser le retour à domicile.

Afin de préserver l'anonymat de chacun d'entre eux, les ergothérapeutes seront nommés E1 à E3, les patients P1 et P2 ainsi que le médecin rééducateur M1.

Tout d'abord, E1 est ergothérapeute depuis 2008 où elle travaille à temps pleins sur le pôle locomoteur d'un centre de rééducation. Elle intervient en parallèle sur le pôle neurologie. L'intégration de la TAA a débuté en 2018 par le biais de l'association Handichiens. En 2019, E1 a été formé en tant que référente secondaire. Puis, en 2023, en tant que référente principale.

Ensuite, E2 est ergothérapeute depuis 2018. En 2020, E2 a été formée par l'AFTAA qui lui a confié un chien de travail, qui restera avec elle le restant de sa vie. Depuis 4 ans, E2 intervient avec son animal dans de nombreuses structures médico-sociales, mais également en établissement SMR en addictologie et en centre de rééducation (notamment auprès de l'AVC).



E3 est ergothérapeute depuis 2019, et a tout de suite pris poste en service de neurologie où elle y travaille actuellement. Elle pratique dans un premier temps la TAA avec le chien dans la même structure que E1 ; et l'équithérapie dans un second temps du parcours de rééducation.

Pour continuer, P1 est assistant maternel depuis 30 ans. En 2020, il a été victime d'un AVC le conduisant à être pris en charge en centre de rééducation fonctionnelle pendant environ quatre mois pour des difficultés de coordination et de mémoire.

P2, 23 ans, est étudiant en médecine à Chypre. Il a bénéficié d'une rééducation suite à un AVC hémorragique en 2019 à ses 17 ans, entraînant une hémiparésie gauche et un tremblement.

Enfin, M1 est médecin rééducateur depuis 16 ans. À Milan, M1 découvre au sein de l'hôpital l'intégration des chevaux dans la rééducation des patients neurologiques depuis 1979. Une fois diplômé, M1 a exercé en centre de rééducation à Milan auprès des patients post-AVC. Puis, s'est installée en France en libéral. En parallèle, M1 a réalisé une formation de 2 ans auprès de la fédération française d'équitation en médiation équine, puis une seconde avec Léa Meyers. À ce jour, M1 exerce l'hippothérapie dans un centre équestre en ville pour tout public.

## 2. Présentation des données brutes

Plusieurs retranscriptions (par entretien, par question) ont été effectuées dans un fichier numérique de type word associé. Tout d'abord, chaque document a été analysé quantitativement à l'aide du logiciel Tropes®. Puis, ces entretiens sont étudiés qualitativement au travers de deux types de traitements : dit « transversal » permettant de montrer les éléments de similitude et d'opposition des interrogés en les organisant question par question ; puis « longitudinal » mettant en avant les idées émises par chaque participant.

### 2.1. Analyse quantitative

Globalement, l'analyse sémantique des entretiens sous le logiciel Tropes® met en avant différents thèmes. Le plus abordé concerne la « *santé* » (249 mots : ergothérapeute, AVC, thérapie...), suivi de « *mammifères* » (171 mots : chien, cheval, mouton, lapin...), la notion de « *temps* » (112 mots : ans, jours, semaine ; mois, période...), de « *sentiment* » (35 mots autour de : plaisir, bien-être, envie, appréhension, peur...) « *d'éducation* » (34 mots : école, formation, diplôme, moniteur, apprentissage...) ou encore « *corps* » (21 mots : doigts, cerveau, jambe, main).

Cependant, ces thématiques sont peu informatives sur le contenu réel des entretiens. Pour cela, des analyses (population par population, question par question, tout entretien confondus) sur la récurrence des mots ont été réalisées, avec une vérification par ctrl F sur Word.





Figure 5 : Fréquence des mots de la question 4.



Figure 6 : Fréquence des mots de la question 5.

## 2.2. Analyse qualitative transversale des entretiens

### **Synthèse de la question 1 :**

Les ergothérapeutes françaises interrogées ont toutes réalisé de la TAA avec des personnes victimes d'un AVC. Les séances avec le chien ont lieu majoritairement au service d'ergothérapie (E1, E2) ou dans le parc (E1). L'intégration du cheval est plutôt dans un centre équestre externe (E3). Cependant, M1 met en avant la présence d'un centre équestre intégré à un des internats de l'hôpital Niguarda à Milan en Italie.

La durée et la fréquence des séances diffèrent. E3 effectue trois à quatre sessions par an, de trois séances d'équithérapie, ainsi que des séances avec les chiens. Pour E1, le chien est présent en demi-journée avec différents professionnels, mais majoritairement en ergothérapie. Tandis que E2 intervient en structure avec son chien une fois par semaine sur 4 mois environ.

Les séances peuvent être individuelles (E1, E2) avec le chien, ou collectives (y compris avec le cheval (E2, E3)). Elles sont réalisées seules, ou en collaboration avec un autre professionnel d'une profession différente (kinésithérapeute, orthophoniste, moniteur d'équitation, hippothérapeute expérimenté...) (E1 à E3 et M1) ou identique (E1, E2).

Il est mis en évidence que les séances de TAA visent à travailler ou stimuler certains signes cliniques à la suite de l'AVC (hémiparésie, hémiparésie, troubles des fonctions mnésiques, trouble de l'équilibre, difficultés de la motricité fine, stimulation sensorielle...).

Les moyens des ergothérapeutes interrogés sont divers et variés en fonction des capacités et des atteintes de leur patient. En effet, le chien ou le cheval peuvent être intégré de manière directe (E2, M1) (brossage, pansage, promenade, monter sur le cheval, chien sur la table bobath ou sur une table standard, lancer de balle, donner des ordres au chien, objets sur le chien, parcours moteur...); ou de manière indirecte (E2, M1) (ramassage de crotte, jeux de société transformés avec des croquettes, exercices autour des fonctions cognitives...). E3

exprime également que le matériel d'équitation utilisé (au niveau du pansage et des selles) n'est pas forcément adapté pour les personnes victimes d'un AVC.

Pour les patients, les séances d'ergothérapie conventionnelle étaient entre 2 à 3 séances, de 30 à 45 minutes par semaine ; avec des objectifs moteurs pour P2 et cognitifs pour P1. Les moyens utilisés par les ergothérapeutes de leur structure étaient orientés sur le membre supérieur, majoritairement la motricité fine en utilisant des jeux (précision, dextérité et de logique), ou des exercices classiques (cube, écriture, lacet, clavier d'ordinateur, reconnaissance de formes, cuisine...).

### **Synthèse de la question 2 :**

Dans l'ensemble, les ergothérapeutes pointent l'importance de l'attrait du patient envers l'animal pour réaliser des séances de TAA. Pour les ergothérapeutes, il est difficile d'évaluer une amélioration fonctionnelle des signes cliniques, bien qu'ils en aient observé.

Sur le comportement des patients à la suite des séances de TAA, les observations sont différentes : E1 met en avant l'aspect relationnel et affectif, exprimés régulièrement par des patients. E2 et E3 mettent en avant un réinvestissement plus facile en séances. En parallèle, E2 constate une amélioration de l'humeur dès les premières séances. Tandis que E3 énonce une moindre appréhension des patients à faire les choses du quotidien, car les séances avec le cheval vont être transposées sur la toilette et l'habillage. Cette dernière information fait écho avec les séances d'hippothérapie réalisées par M1, où il a été observé des changements importants de la motricité du membre supérieur d'un patient hémiparétique sévère, notamment au niveau de la gestion de son quotidien. Elle ajoute également la rapidité des résultats par cette pratique par rapport à une rééducation conventionnelle de kinésithérapie plus importante en cabinet.

En parallèle, M1 rapporte l'environnement non médicalisé des séances d'hippothérapie, ainsi que la stimulation sensorielle apportait par le cheval en ergothérapie, du fait des sabots, le pansage, l'utilisation du matériel d'équitation.

Quant aux patients interrogés, dès leur hospitalisation, P1 met en avant d'avoir été un peu perdu. Tandis que P2 rapporte qu'en étant patient interne, il était « plongé dedans ». Ils constatent une amélioration rapide de leurs capacités, en partie grâce à l'ergothérapeute. Toutefois, P2 exprime que l'immersion complète au retour à domicile lui a permis de mieux visualiser sa récupération. En parallèle, à la fin de son parcours de rééducation, P1 a été évalué à domicile, en plus des jeux chronométrés et de logique effectués en séances. Pour P2, un bilan d'entrée ainsi qu'un second ont été réalisés par l'ergothérapeute.

Enfin, selon E2 et M1, l'amélioration fonctionnelle dépend également de chaque individu et du temps de séjour.

### **Synthèse de la question 3 :**

L'ensemble des participants se mettent d'accord sur le fait que l'animal durant les premiers mois en séances d'ergothérapie pourrait apporter des bénéfices dans les AVQ. En séance, E2 et E3 disent que l'animal suscite de la motivation par son interaction. Pour E2, cet aspect motivationnel permet la création de nouvelles habitudes de vie, un retour plus facile vers une autonomie, ainsi que des capacités pour saisir plus facilement et rapidement des choses. Pour E3, l'animal permet au patient d'essayer de faire des AVQ.

En effet, ces mêmes ergothérapeutes rapportent une transposition des séances de TAA dans certains gestes du quotidien (E2), notamment pour les transferts (fauteuil, voiture, habillage, toilette) (E3). M1 affirme ces propos en parlant de similitudes des actes.

En hippothérapie, il a été mis en évidence que les patients percevaient le gain de capacité à pouvoir faire plus de choses malgré leur situation de handicap (E3, M1), que ce soit au niveau de la réalisation des gestes qu'au niveau de l'endurance (E3), et par la même occasion une meilleure confiance en soi (M1). La fierté est également pointée par M1 et P2 du fait qu'ils puissent s'occuper d'un animal (P2). Il y a tout un aspect psychologique qui a été mis en avant par M1 et P2.

Globalement, E3, M1 et P2 rapportent que le cheval n'en veut pas aux personnes (E3) même s'ils échouent, parce qu'ils savent ce qu'ils ont devant eux (E3). P2 énonce l'aspect moral, en mettant en avant la présence de l'animal comme une oreille pour écouter les souffrances, même celles que nous n'irons pas confier à notre famille. En parallèle, E1 démontre au travers de ses expériences que l'aspect émotionnel de la présence de l'animal permet au patient de se confier plus facilement sur la sphère du privé.

D'un point de vue patient, il a été mis en avant le fait que l'animal peut aider à pallier le sentiment de solitude à l'hôpital. En effet, P2 rajoute qu'à la suite d'un AVC, on ressent le besoin d'avoir une présence, de l'aide ; et malgré le faible passage des infirmières et des aides-soignantes, le sentiment de solitude dans la journée est important. P1 a vécu la même expérience, mais en période de COVID. Ces patients interrogés, ont alors pointé la pertinence de l'animal dans ces structures. P2 ajoute également l'apport de l'animal pour les personnes qui n'ont pas une bonne vision (telle que la diplopie) ou pour stimuler la mémoire.

Par ailleurs, E1 et E3 rapportent l'attrait du patient envers l'animal, où E1 ajoute le travail de l'ergothérapeute à essayer de refaire au patient ce qu'il faisait avant avec son chien. Enfin, E2 et P2 se rejoignent sur l'instauration de rituels par la présence de l'animal en séance.

#### **Synthèse de la question 4 :**

E1 et E3 réalisent eux même les bilans ergothérapeutiques classiques, et mettent en avant l'absence de bilan spécifique à la TAA. E1 rajoute que la TAA est une activité non valorisée. Toutefois, bien que E2 ne réalise pas les bilans standards, elle effectue une évaluation d'observation avec une grille non normée pour mesurer l'influence de l'animal en séances. Ce suivi est également pointé par E1 comme souhait dans ses séances avec sa chienne. M1 met également en avant l'existence de petites évaluations faites autour du chien, du lapin, cochon d'inde utilisées en centre de rééducation par une infirmière en Sologne. Par rapport à cela, E3 et P2 appuient l'intérêt d'avoir un outil évaluatif.

Pour ce qui est de l'ergothérapie conventionnelle, en Italie a été utilisé des échelles sur le quotidien (« IADL » et « ADL »), la motricité, la cognition... au début, au milieu et en fin du parcours rééducation (M1). Durant leur prise en charge, P1 a réalisé des jeux chronométrés ou de logique. P2 a plutôt réalisé deux tests où une très grande amélioration a été observée.

#### **Synthèse de la question 5 :**

Au niveau des limites à l'intégration de l'animal, il a été mis en avant :

- Le choix des patients selon certains critères : attrait pour l'animal, mouvement involontaire ou un peu violent (E2), allergie (E2, P2), trachéotomisé, peur de l'animal (E3)...
- La limite environnementale (M1 et E3).
- L'animal en lui-même. Une restriction d'activités associés avec le chien (E1), la perte de motivation du patient en son absence (E2), les difficultés à rentrer en relation avec certaines personnes, être perçu comme sal, dérangeant, nuisible (P2). Il ne peut pas également remplacer l'ergothérapeute qui est celui qui dirige les travaux (P2).
- La difficulté à transposer ce qui est fait en séances en milieu écologique (E3).
- Le nombre de séances (E3) ou le temps de séjour de la personne en rééducation (P1).
- L'attachement envers l'animal (P1).
- La réaction et le comportement de l'entourage (P2).

Concernant les avantages, les interrogés ont émis comme réponses :

- La localisation du centre.

- La sphère motivationnelle (E2), avec une meilleure intégration dans la rééducation (E3). En effet, l'animal est un être-vivant, qui rend la séance plus stimulante (E2).
- L'aspect relationnel facilité par le cheval ou le chien en séances d'ergothérapie (E1 à E3). Le contact est plus facile (E1, E2), les conversations sont non anxiogènes (E2).
- L'aspect émotionnel. Le chien est souvent sollicité pour des moments de réconforts pour les patients (E1). E1 et E2 se rejoignent sur le bénéfice auprès des professionnels.
- La diversité des activités proposées (E1, E3, P2).
- L'animal apporte une présence (P1, P2), quelque chose de rassurant. En effet, à la suite d'un AVC, on se retrouve très seul à l'hôpital (P2). P1 rejoint ces propos en disant que dans les conditions où les patients sont en centre de rééducation, ils sont plus réceptifs aux animaux, ce qui peut mener à avoir un lien spécial avec l'animal. Par la même occasion, il permet aussi un impact physique sur l'image de soi (M1), au niveau de la confiance (P1, P2). La stigmatisation s'en va, et amène une sorte de valorisation (E2).
- Le gain de temps dans la rééducation (M1), une possible valeur ajoutée sur la récupération d'un patient (P2), sur l'autonomie (P2), marcher en extérieur (E1).
- La transmission des savoirs (E2).
- C'est dans l'ère du temps (P1).

Enfin, pour la partie réglementaire et administrative, il a été mis en évidence :

- La formation de l'intervenant en plus de son diplôme initial et des équipes (E2, M1).
- La formation et l'éducation de l'animal, désensibilisation aux bruits de l'établissement (E1 à E3).
- La démarche de validation de projet d'intégration du chien en centre de rééducation (écriture du projet, aval des autorités, commission d'évaluation bénéfices-risques, protocole d'hygiène, validation par l'hygiéniste infirmier) (E1, E3). Pour les séances avec le cheval, il y a une validation par le médecin et l'équipe pluridisciplinaire pour autoriser la sortie en extérieur (E3).
- La délimitation des zones d'accès du chien (E1).
- La prise en compte du bien-être de l'animal et de la bientraitance (E2, M1).
- L'assurance pour tous les dégâts faits à l'animal, mais aussi aux patients par l'animal. Il ajoute également un délai long au niveau de l'administration (P2).

### 2.3. Analyse qualitative longitudinale des entretiens

#### **Synthèse de E1 :**

E1 travaille dans le premier établissement sanitaire qui a accueilli des chiens d'assistance, suite à la rédaction d'un projet d'activités associées à l'animal avec l'association handichiens en 2018. Généralement, l'intégration des animaux est présente en secteurs médico-sociaux, mais E1 pointe la différence au niveau des règles d'hygiène par rapport à un centre de rééducation. Après une formation, les ergothérapeutes du service peuvent être référent secondaire d'un des chiens (utilisation dans la pratique professionnelle) ou référent principal (l'animal loge chez l'un d'eux). Sa chienne « P » est présente par demi-journée avec différents professionnels, mais majoritairement en ergothérapie ; elle montre de bonnes capacités relationnelles et possède son rituel dès l'arrivée des patients. Sa présence est très appréciée par ces derniers. Au niveau de la prise en charge, E1 réalise des séances préparées avec des activités qui peuvent travailler les aspects moteur, sensoriel et cognitif. Avec le chien, elle va proposer du brossage (sur plan Bobath, ou table standard) selon les capacités du patient (debout ou assis sur un FR) avec des ordres à donner, tout en s'adaptant aux mouvements de l'animal. Pour les autres moyens, E1 énonce le lancer de balle, le jeu de la croquette, la promenade en laisse (avec le ramassage de crottes si nécessaire). Lors de ces exemples d'activités, elle pointe des signes cliniques de l'AVC : héminégligence, hémiparésie, apraxie.

Pour E1, l'intégration du chien durant les premiers mois en centre de rééducation apportait des bienfaits sur le plan émotionnel. Les personnes font référence à leur animal domestique, et sont plus sujet à se confier. En parallèle, E1 va pouvoir envisager de refaire les activités passées du patient avec son animal. Toutefois, E1 ne sait pas si elle a pu observer une amélioration fonctionnelle, notamment par le fait que sa chienne est ponctuellement présente en séance d'ergothérapie. En parallèle, E1 utilise uniquement des bilans standards propres à la structure, et n'en possède pas de spécifique à la TAA. C'est pour cela que parmi ces projets, E1 souhaite mettre en place un atelier rigoureux avec des éléments de comparaison (même exercice sur 4 séances) contenant un suivi au début, en milieu, et en fin d'hospitalisation.

Pour les avantages, E1 montre la diversité des activités, le réconfort pour des patients tristes. Des bénéfices sont également observés sur l'équipe professionnelle.

Pour les limites, le chien ne connaît qu'une cinquantaine d'ordres, on ne peut pas tout faire avec lui. Il y a également l'aspect hygiène, qui demande d'obtenir l'aval des autorités sur l'écriture du projet, ainsi que la validation par un infirmier hygiéniste. Le chien va alors avoir accès qu'à certaines zones de la structure (tenue en laisse, détaché ou interdiction totale). De plus, le bénéfice de l'animal en ergothérapie est difficilement évaluable, notamment du fait que



les patients ont d'autres activités en ergothérapie. Elle énonce également l'absence de valorisation de cette activité, du fait qu'ils doivent remplir des actes codés pour le PMSI.

Pour l'intégration d'un nouveau chien en centre de rééducation, E1 a dû rédiger un renouvellement de projet, où un film a été réalisé en demandant ce que le chien leur a apporté en 1 mot : « apaisement » (30%) par l'équipe, « joie » et « bonheur » pour les patients.

Enfin, E1 propose la présence du chien lors des injections de toxines ; et ajoute le souhait d'intervenir avec sa chienne sur la douleur et les réflexions de pansement.

### **Synthèse de E2 :**

E2 intervient avec son chien dans un centre de rééducation une fois par semaine sur 4 mois environ (variable selon la durée du séjour), auprès de personnes dont l'investissement en rééducation est moindre (apathie, dépression, absences importantes...). Au préalable, l'animal doit être formé et éduqué depuis son enfance, en plus de la formation de l'intervenant (en-dehors de son diplôme initial dans le soin). En effet, il est important à ce que l'ergothérapeute reconnaisse les signaux d'apaisement ou d'alerte de son chien.

Par la suite, des séances individuelles sont effectuées en salle de rééducation classique avec le chien, ou avec un autre professionnel (kinésithérapeute, ergothérapeute...), ainsi que des séances en petits groupes. E2 collaborent avec les ergothérapeutes de la structure, car ce sont eux qui réalisent les évaluations en début, mi et fin de séjour. E2 effectue plutôt une évaluation d'observation non normée, toute pathologie, à partir d'une grille composée de plusieurs critères (regard, interaction, contact...), propre aux problématiques de chaque patient.

Les moyens utilisés par E2 sont vastes et variés. Selon l'objectif, le chien sera actif en séances (=de manière directe) par le brossage, la promenade en laisse, objets sur le chien, jeux de société transformés avec des croquettes, parcours moteurs... ou des activités autour du chien (=dite indirecte), notamment pour stimuler les fonctions cognitives (cacher des croquettes, ne pas réveiller l'animal...). Elle fait également écho au travail autour de l'héminégligence.

E2 pointe la difficulté d'évaluer des bénéfices au niveau des AVQ en vue du temps à ce que les habitudes se remettent en place, et au transfert des acquis avec les autres professionnels. Selon E2, il faudrait environ 5-8 séances hebdomadaires pour observer une amélioration. Elle ajoute que les rituels mis en place avec l'animal, le fait de prendre soin de lui, vont participer à ce que les patients retrouvent des gestes du quotidien ; permettant par la suite de changer les groupes ou d'établir de nouveaux objectifs.

Le chien apporte de nombreux bénéfices : l'animal est un être vivant qui rend la séance plus stimulante. De ce fait, il améliore la motivation (il fait pour l'animal), et l'humeur dès les

premières séances permettant au patient de se réinvestir dans sa rééducation, de prendre plaisir à faire, et ainsi d'obtenir des résultats. Il y a aussi tout l'aspect transmission de savoirs, valorisation, disparition de la stigmatisation, avantages sociaux, bien-être dans l'établissement, conversations non-anxiogènes...

Toutefois, les limites rencontrées sont les personnes n'ayant pas d'attrait pour l'animal et/ou avec une mise en danger (par des mouvements involontaires un peu violent). Il y a également l'animal en lui-même qui peut avoir des difficultés à entrer en relation avec certains patients, ou en son absence la motivation ne perdure pas ; la fréquence des séances de TAA, ainsi que la localisation qui n'est pas forcément dans le milieu écologique du patient.

### **Synthèse de E3 :**

Les chiens sont plutôt utilisés dans la précocité de la prise en charge pour optimiser la rééducation au maximum. L'équithérapie a été mise en place depuis 2010 par une enseignante APA. Son intégration en ergothérapie vient plus tardivement à partir de certains critères (temps d'intégration du patient au centre, fatigue, emploi du temps chargé...) et par rapport à l'évolution des objectifs de prise en charge. Le but étant de permettre aux personnes de faire de la rééducation différemment, et de trouver un sport adapté. Pour les séances, les professionnels déterminent les disponibilités de chacun, et identifient quel patient serait susceptible d'en bénéficier. Puis, ils tournent à deux accompagnants pour quatre à cinq patients. E3 ajoute réaliser ces séances au sein d'un centre équestre partenaire (au travers d'une convention signée) comprenant un moniteur adapté, où elle réalise premièrement du pansage dont le matériel n'est pas adapté (brosse, selle...). Les chevaux sont tout de même installés en dehors des box sur du plat pour faciliter l'accès aux personnes à pied avec des troubles de l'équilibre, ou ceux en FR. Deuxièmement, les patients montent à cheval à l'aide d'un montoir.

Une commission a eu lieu pour évaluer les bénéfices et les risques à l'intégration des chiens, ainsi qu'un protocole très strict autour de l'éducation, du nettoyage, de l'entretien au quotidien pour qu'ils puissent intégrer le centre avec des patients en état de fragilité. Pour le cheval, il y a une validation par une équipe pluridisciplinaire où le médecin valide la sortie sur l'extérieur.

Pour E3, il est difficile d'observer une amélioration fonctionnelle sur trois séances. Toutefois, elle rapporte une moindre d'appréhension à faire les choses du quotidien : notamment la transposition de certains gestes dans l'habillage et la toilette (par exemple une meilleure assurance à se mettre debout, à se pencher à côté de l'évier). E3 m'a rapporté

l'observation de résultats au fur et à mesure, malgré une phase d'abstention du fait que la plupart des patients ne pratiquent pas l'équitation.

Sur les premiers mois en centre de rééducation, E3 pense que le chien ou le cheval en séances agirait sur l'intégration du membre supérieur pour les AVQ, l'équilibre, la sensibilité profonde, et la transposition pour les transferts (fauteuil, voiture, toilette, habillage). E3 ajoute également que l'animal donne envie au patient de faire, d'essayer malgré des échecs. Il permet alors aux personnes de se rendre compte de leurs capacités à faire tels gestes ou à être endurant dans telle posture, grâce à la répétition des séances.

Le suivi de la récupération s'établit par des bilans d'ergothérapies classiques propre au centre de rééducation. Cependant, E3 précise l'intérêt de créer un bilan de TAA fait maison, malgré une difficulté à sa mise en place sur le plan temporel.

La présence de l'animal en rééducation apporterait de nombreux avantages : un contact plus facile, une meilleure intégration dans la rééducation... Toutefois, des limites ont été énoncées : allergie ou peur des animaux, patient trachéotomisé (poussière, microbe), centre équestre à distance du centre de rééducation...

Enfin, pour E3, les animaux principaux utilisés sont le chien voire le cheval. Elle pense qu'il est possible de diversifier avec d'autres animaux tels que les mini-fermes. Elle fait écho à un foyer de vie qui possède des moutons, et qui fait partie de l'association regroupant plusieurs structures dont son centre de rééducation.

### **Synthèse de P1 :**

Durant ces 4 mois en établissement SMR, avec deux séances d'ergothérapie de 30-45 minutes par semaine, P1 exprime s'être senti un peu perdu. Les moyens utilisés par l'ergothérapeute ont été principalement des jeux de précision, de dextérité et de logique. Dès le premier mois, P1 a senti une amélioration. Au niveau des évaluations, il exprime être aller à son domicile, en présence de l'ergothérapeute et de l'orthophoniste, qui ont évalué ses déplacements et ses capacités en cuisine. En fin de séjour, des jeux chronométrés (voitures dans un parking, puzzle) ont été réalisés.

Concernant l'intégration de l'animal en centre de rééducation, P1 a pointé l'ambiance spéciale vécue durant la période du COVID avec les recommandations strictes associées. En parallèle, il partage son expérience sur la connaissance de chevaux et de chats en maison de retraite, où il rapporte l'effet de sociabilisation, de compagnie supplémentaire auprès des personnes âgées qui n'avaient pas de visites de leur entourage. Malgré l'absence de signes

physiques pour P1, il exprime avoir rencontré des personnes en FR ou en déambulateur pour qui l'animal aurait pu aider.

Les limites à son intégration seraient le risque d'attachement (selon le temps de séjour), car l'animal ne vit pas éternellement ; ainsi que le choix de l'animal utilisé. Pour P1, le chien apporterait des bénéfices au niveau présence et confiance. En effet, il pointe qu'en vue des conditions où sont les patients en structure fonctionnelle, ils seraient plus réceptifs aux animaux.

Enfin, P1 termine son entretien sur leur présence en maison de retraite, à l'hôpital, dans un centre pour des enfants cancéreux, en se questionnant sur pourquoi il n'y aurait pas d'animaux autorisés en centre de rééducation. Pour lui, c'est dans l'ère du temps, c'est quelque chose qu'il faut exploiter ou du moins proposer.

### **Synthèse de P2 :**

P2 a commencé sa rééducation en ergothérapie avec une séance hebdomadaire en phase aigüe, puis deux à trois séances de 30 minutes par semaine en phase subaiguë. Les moyens utilisés étaient des exercices basiques (cube, reconnaissance de formes, écriture à la main et au clavier, petites tâches de la vie quotidienne). P2 a eu de grandes difficultés à leur réalisation, notamment par l'utilisation unique de sa main droite. Au fil des séances, il exprime avoir réappris tous les gestes du quotidien (cuisiner, faire ses lacets...) avec des mini-jeux.

P2 témoigne avoir eu une récupération spontanée en phase aigüe, notamment par son jeune âge et par l'intensité de la rééducation. Après six mois, il ressentait des paliers où redoubler d'efforts était nécessaire ; jusqu'à arriver à la phase chronique où ce n'était presque plus perceptible. C'est en retournant à domicile, que P2 a réellement pris conscience des résultats.

Concernant l'intégration de l'animal durant les premiers mois, P2 met en avant l'aspect moral et psychologique. Pour lui, en tant que personne avec ou sans accident grave, on cherche à avoir une oreille à l'écoute pour partager nos souffrances sans réponse en retour. P2 ajoute également le sentiment de solitude ressenti à l'hôpital malgré le faible passage des soignants et de quelques séances de rééducation. L'animal pourrait contribuer à ses besoins. De plus, P2 ajoute que le chien peut : guider des personnes qui n'ont pas une bonne vision, installer une rigueur, voire stimuler la mémoire par les rituels instaurés en séances.

Pour évaluer la récupération, son ergothérapeute a réalisé un bilan d'entrée incomplet face aux atteintes motrices, et un à la sortie d'hospitalisation. Une très grande amélioration entre ces deux moments a été constatée.

À chypre, P2 précise l'absence d'intégration ou même l'évocation des animaux en rééducation comme en médecine. Il pointe la pertinence de creuser autour de la psychologie

relationnelle entre l'humain et l'animal. En effet, P2 énonce l'aspect psychologique, le gain au niveau de l'autonomie dans les déplacements, la diversité des exercices proposés, le possible gain dans la récupération, ainsi qu'une présence durant les temps morts pendant leur journée à l'hôpital.

Des limites à cette intégration restent tout de même présentes. Il est important de prendre en compte le nombre de patients en centre de rééducation, dont certains sont allergiques à la bave, aux poils d'animaux. Il y a également l'entourage (étonnement ; enfants qui souhaitent jouer avec l'animal ; perçu comme sale, nuisible, dérangeant), ainsi que le fait que l'animal ne peut pas remplacer l'ergothérapeute qui dirige la séance.

### **Synthèse de M1 :**

Pendant son internat en Italie, M1 a découvert l'intégration des chevaux dans un centre équestre à l'intérieur de l'hôpital dans le cadre d'une rééducation auprès d'enfants et d'adultes neurologiques. Une équipe pluridisciplinaire dont un ergothérapeute y était associé.

Au niveau de la prise de charge de l'AVC, M1 a mis en avant deux-trois mois d'hospitalisation complète, allant jusqu'à six mois pour les patients les plus graves. Par la suite, deux rappels réguliers étaient réalisés, ainsi que des reprises en hôpital de jour. Au sein du centre de rééducation conventionnelle, l'ergothérapeute travaillait autour des gestes et des outils de la vie quotidienne, l'apprentissage avec des techniques compensatoires... Concernant les évaluations, on retrouvait principalement l'IADL et l'ADL, ainsi que des bilans moteurs, cognitifs... Dans le cadre de la TAA, M1 met en avant la présence de petites évaluations faites autour du chien, du lapin et du cochon d'inde utilisées par une infirmière en centre de rééducation en Sologne.

En parallèle, M1 pointe une faible valorisation de l'ergothérapie en France, ainsi qu'un moindre accès des patients au traitement ergothérapeutique notamment par un débordement de ces professionnels en établissement SMR, ou leur faible effectif en libéral. Cela pourrait impacter notamment la récupération de certains patients pendant leur rééducation.

En effet, elle pointe la rapidité de la récupération du patient pendant le temps aigu, mais également dans l'année qui suit l'AVC si les stimulations sont adéquates. M1 fait alors référence à l'environnement non médicalisé (en énonçant le mécontentement des patients d'être amenés à droite et à gauche pour des soins) et les stimuli qu'apporte le cheval (par les sabots, le pansage, l'utilisation du matériel d'équitation...). Pour M1, le cheval présente de nombreuses caractéristiques qui se prêtent à la rééducation des patients neurologiques, pouvant apporter un

gain de temps dans la rééducation. Le travail peut être réalisé sur ou autour du cheval, où celui-ci est considéré comme un partenaire.

En parallèle, elle fait le lien avec l'ergothérapie (pansage, gestes relatifs à la motricité fine, les transferts...), où son intégration est possible à partir du moment où il suffit d'avoir des idées et une bonne connaissance de son métier. Elle ajoute, qu'au Canada, une ergothérapeute donne des cours sur l'utilisation du cheval en ergothérapie, et effectue en parallèle des recherches auprès d'enfants atteints d'un trouble du spectre autistique.

Au travers de son expérience, M1 a observé d'excellents résultats autour de la prise en charge de l'AVC. Après une dizaine de séances d'hippothérapie, en collaboration avec Léa Meyers, kinésithérapeute, des améliorations importantes ont eu lieu sur une série de gestes du quotidien (se raser, amener une cuillère à la bouche) pour un patient avec une hémiparésie sévère. En parallèle, M1 appuie des résultats plus rapides en une séance d'hippothérapie que sur trois séances de kinésithérapie en cabinet.

Pour M1, les avantages sont : la valeur psycho-émotionnelle, la confiance et l'image de soi, la fierté de s'occuper d'un animal plus gros que soi, la réassurance, la transposition sur des actes du quotidien (je donne à manger au cheval / je mange; le passage de ma jambe par-dessus l'encolure du cheval me permet de le faire par-dessus le fauteuil de douche ou le lit ; grâce au montoir je peux monter et descendre les escaliers ; en descendant du cheval je travaille ma peur du vide) ainsi que l'effet de la relation à l'humain par le cheval. A contrario, les limites énoncées sont la localisation du centre et l'ouverture des équipes.

D'un point de vue administratif et réglementaire, il est important de bien construire son projet, et que les praticiens soient formés. En parallèle, il est possible d'établir un partenariat avec un centre équestre, et/ou de travailler en équipe avec un hippothérapeute expérimenté.

Enfin, M1 pointe l'importance de prendre en compte les spécificités et les craintes de chaque patient. Mais également de respecter l'environnement de vie et de la nature de l'animal pour que le plaisir soit partagé tant pour le patient que pour ce dernier.

## **Partie 4. Discussion**

### **1. Mise en lieu des données recueillies.**

#### **1.1. Analyse des résultats par rapport à l'enquête exploratoire**

Lors de la comparaison des résultats obtenus sur l'ensemble des entretiens et sur ceux de l'enquête exploratoire, on retrouve les mêmes concepts énoncés par les interrogés qui sont l'engagement des patients, les rôles sociaux, un impact sur la performance et la volition.

Les patients interrogés de l'enquête exploratoire et des entretiens ont pointé en commun l'impact positif sur les plans émotionnel et sécuritaire face à l'AVC ; ainsi que la connaissance de la TAA par la télévision ou par leur présence dans les maisons de retraite.

Dans cette même enquête, une majorité des patients ont travaillé les transferts en ergothérapie suivis de la préhension. Tandis que pour les entretiens, il s'agissait plutôt de la motricité fine, et pour P1 une stimulation cognitive en plus. On a pu voir que ces domaines ont été travaillés par l'ensemble des ergothérapeutes, et plus spécifiquement E2 pour l'aspect cognitif, et E3 au niveau des transferts. De plus, j'ai été agréablement surprise de voir que les anciens patients interrogés répondaient positivement à l'intégration de l'animal en séances.

Parmi les réponses d'ergothérapeutes de l'enquête exploratoire, on retrouve les notions de réceptivité à l'animal, de motivation, de valorisation, de perception des capacités qui ont été énoncées par celles des entretiens et du médecin rééducateur.

Afin de faciliter l'interprétation des résultats selon les trois concepts théoriques, un tableau regroupant les verbatims selon cette matrice a été réalisé (Annexe XI).

## 1.2. Lien avec le modèle de l'occupation humaine

Les interrogés ont rapporté de nombreuses ressources faisant référence aux notions du MOH. Le chien comme le cheval font partie intégrante de l'environnement de l'individu qui devient patient à son entrée en hospitalisation.

Premièrement, le lieu d'intervention (parc, centre équestre) ou la simple présence de l'animal au plateau technique apporte un cadre moins médicalisé. Les études de Normandeau (2008) et de Sahin (2018) appuient ces propos. De plus, l'expérience des patients interrogés corrèle avec les propos de Beiger (2011) sur les périodes d'hospitalisation rendus plus acceptable face à l'intégration de l'animal.

Deuxièmement, les soutiens émotionnel et psychologique sont démontrés par de nombreux participants. En effet :

- L'étude de Muñoz-Lasa et al (2012) expose la réduction du sentiment de solitude grâce aux activités avec le chien, également énoncé par P2 durant son hospitalisation.
- Une diminution de l'apathie par les séances de rééducation accompagnées du chien (E2). L'étude de PunLSDóttir et al (2020) appuie ces propos auprès de patients neurologiques, dont certains à la suite d'un AVC durant des séances de thérapie assistée par le cheval.
- Par ailleurs, l'impact sur l'humeur (E2), le versant affectif (E1) sont retrouvés dans les études suivantes : Pohl et al, 2018 ; Machova et al, 2019 ; Hamilton-Bruce et al, 2023...

Le matériel utilisé associé (laisse, licol, selle, montoir, brosse...) ou non à l'animal (cônes, balle, plan bobath, jeux de société...) apporte également une diversité dans les moyens thérapeutiques.

Ce nouvel environnement rend propice à un changement de comportement et des pensées du patient. En effet, l'animal contribue indirectement au processus volitionnel du patient, qui va prendre conscience de ces capacités, se sentir en confiance, et participer davantage aux séances. E2 et E1 énoncent la notion de valeurs par le rapprochement à leur propre animal de compagnie, ou par simple appréciation de l'animal en lui-même, conduisant les patients à réaliser la séance pour lui et non pour leur propre intérêt. À la suite d'un AVC, les personnes hospitalisées se retrouvent avec une perte de rôles sociaux énoncée par l'ensemble des participants (propriétaire d'animaux, étudiant, employé, patient). L'étude de Hamilton-Bruce (2023) y fait écho en disant qu'à la suite d'un AVC, les personnes ressentent des perturbations majeures dans leur vie, décrivant une rupture avec la personne qu'ils étaient et des inquiétudes relatives aux capacités à assumer leurs rôles antérieurs. On retrouve également une modification des habitudes de vie (temporaire ou permanente selon l'étendue de la lésion cérébrale et la réorganisation cérébrale) qui laissent parfois un sentiment désagréable ou de solitude. En effet, en hospitalisation complète, les personnes se retrouvent loin de leur domicile et n'effectuent plus de nombreuses activités (gestion des médicaments, réalisation de la toilette et de l'habillage, faire le ménage, préparer les repas...) qui sont substituées par les employés du centre de rééducation.

Les séquelles de l'AVC d'origine physique ou cognitive énoncées par les participants ont mis en avant de grandes difficultés dans la réalisation de certaines AVQ. Sachant que l'animal est un être-vivant, le patient va devoir développer sa communication non-verbale et mobiliser ses habiletés physiques comme cognitives pour réaliser les tâches demandées. En effet, il a été pointé durant les entretiens :

- Une amélioration de l'équilibre (E3 et M1) appuyée dans les études de Lee (2014), Silva (2021) et Mattila-Rautiainen (2023) par exemple.
- Une meilleure réalisation des transferts dans le quotidien (M1, E3) dont cette notion de transfert du poids est retrouvée dans les études sur le cheval en séances (Sahin et al, 2018 ; Barré et al, 2018 ; Didier et al, 2022).
- Une meilleure endurance (E3) corrélée avec l'étude de Normandeau (2008).
- La connaissance et l'utilisation du matériel canin énoncé par E1 permettent le travail autour des praxies. L'institut français du cheval et de l'équitation (IFCE) a pointé l'action de



l'équithérapie pour aider des enfants dyspraxiques. Pour cela, chaque séance se coupait en deux avec une première partie à côté du cheval pour développer les gestes efficaces. Puis une deuxième partie à cheval pour travailler la gestion du corps dans l'espace (IFCE, 2022).

- L'action de l'animal au niveau de la motricité fine (M1, E1 à E3) rejoint les propos de l'étude de Machová en 2019 qui intègre même la notion de motricité fine et globale.
- Une amélioration de la mémoire que l'on retrouve dans les axes de travail de E2 et dans la suggestion de P2 corrèle avec l'étude de Pohl (2018).
- L'étude de Muñoz-Lasa (2012) évoque que les chiens favorisent la communication et l'interaction que l'on retrouve dans les dires des ergothérapeutes interrogées.

De part de nombreux critères (attrait du patient envers l'animal, rôle de propriétaire d'un animal, intensité de la rééducation...) permettant de favoriser au maximum la réorganisation cérébrale durant la phase subaiguë du parcours de rééducation, les ergothérapeutes et le médecin rééducateur ont démontré que l'animal en séance a permis un meilleur engagement du patient. Les études de Pohl (2018), Colline (2020) et d'Oliveira (2021) rejoignent cette observation. En devenant plus acteur de sa prise en charge, il améliore ses capacités et optimise ainsi sa performance occupationnelle.

En séances, les ergothérapeutes demandent aux patients de s'occuper d'un autre être-vivant, dont le cheval qui physiquement est plus imposant. Cette responsabilité (énoncé par Velde et al, 2005) a permis aux patients de se sentir valorisés en réussissant les tâches. Au fil des séances, il a été énoncé par les ergothérapeutes et le médecin rééducateur une meilleure perception de leurs capacités et de leur évolution malgré leur situation de handicap ; cela met en avant la notion d'identité. L'étude de PunLSDóttir (2020) rajoute que des patients neurologiques (dont certains avaient eu un AVC) ont affirmé que « *l'équitation offrait à la fois plaisir et bénéfice, et qu'ils avaient le sentiment d'obtenir une identité dont ils étaient fiers : ils n'étaient pas des patients, ils étaient des cavaliers* » (PunLSDóttir, 2020). Ce gain moral et psychologique au travers du discours de M1 et P2 (observés par Beinotti en 2013, et Machová en 2019) génère de la fierté et une meilleure confiance en soi donnant envie au patient d'en faire plus. Benaim, C. recommande toute prise en charge psychothérapeutique permettant au patient ayant eu un AVC de mieux gérer son invalidité. Ceci corrèle avec l'étude de Perrenou (2005) sur l'importance d'améliorer cette confiance sur leur propre capacité posturale afin de minimiser les limitations faites par les patients dans leur AVQ par peur de chuter. Cette information fait d'ailleurs écho avec E3 qui parle de moindre appréhension.

Cette valorisation augmente la participation du patient, qui va alors travailler davantage avec l'ergothérapeute, et acquérir de nouvelles compétences. Il pourra alors faire le lien avec ses habitudes de vie et retransposer ses acquis sur ses AVQ.

### 1.3. Lien avec la plasticité cérébrale

Durant les entretiens, on retrouve certaines informations relatives à la plasticité cérébrale. Tout d'abord, P2 nous a partagé que sa récupération a été favorisée par son jeune âge, que l'on retrouve dans la notion de plasticité développementale. Il énonce également l'intensité de la rééducation que l'on intègre à la plasticité liée à l'expérience. Cette dernière est énoncée par les dires de M1 sur la pertinence de la séance en abordant l'environnement non médicalisé et l'optimisation de la performance par rapport aux séances kinésithérapiques conventionnelles. Le critère de pertinence énoncé par les études de Pohl (2018) et d'André (2005) rejoint les propos des ergothérapeutes sur l'attrait de l'animal perçu par les patients. De plus, les patients interrogés répondent positivement à l'intégration de l'animal en établissement SMR pour la prise en charge de l'AVC.

E2 parle plutôt de motivation qui génère plus de résultats. Ezygain appuie ces propos en disant que celle-ci en plus de l'environnement dans lequel se déroule la rééducation post-AVC favorisent la réorganisation cérébrale. E2 et E1 apportent également la notion de répétition. Au début d'hospitalisation, P2 faisait référent à la difficulté à réaliser les séances, « c'était très laborieux au départ, très très lent ». En effet, l'efficacité de la plasticité cérébrale post-lésionnelle est influencée par différents facteurs tels que la localisation de la lésion ou sa survenue (Gressens, 2015). Ces propos sont appuyés par l'étude de Muñoz-Lasa en 2012 qui rapporte l'efficacité de la TAA en fonction de l'âge du patient, et de la durée de l'intervention.

Au fil des séances d'ergothérapie conventionnelle pour les patients, ou de TAA pour les autres professionnels, une récupération des signes cliniques de l'AVC a été observée.

L'étude de Perennou (2005) a montré que les patients avec un entraînement sur le maintien de la position debout sur une plateforme mobile soumise à des perturbations ont bénéficié d'une meilleure récupération. De plus, des programmes de rééducation « pas à pas » d'un adulte hémiplégique pointent le travail du contrôle du tronc par maintien ou changement de posture en position assise. À cheval, l'individu est en perpétuel déséquilibre, ce qui fait écho avec les retours de M1 et de E3 sur une amélioration de l'équilibre et du tonus postural de leurs patients.

Généralement l'efficacité de la plasticité cérébrale est optimale les trois premiers mois de rééducation. P1 rejoint cette observation en exprimant avoir eu une amélioration dès le

premier mois. P2 y fait également écho en parlant de récupération spontanée, suivi de paliers après 6 mois avant d'arriver à un plateau en phase chronique. En effet, la revue générale de Yelnik (2022) appuie ces propos en précisant qu'il y a encore beaucoup de progrès possible au-delà des 6 mois si la rééducation est maintenue. Cette même revue énonce également que la durée quotidienne nécessaire en ergothérapie serait de 45 à 60 minutes pour optimiser la plasticité cérébrale. Cependant, il est très difficile en vue de l'emploi du temps des ergothérapeutes et du nombre important de patients dans la structure de parvenir à cette durée. En moyenne, les séances décrites dans les entretiens sont de 30 minutes, même pour les séances de TAA avec le chien.

P2 rapporte un sentiment de solitude, corrélé avec les propos de P1. Ils font écho avec l'étude de Hamilton-Bruce (2023) qui met en avant la méconnaissance des professionnels de santé sur les impacts sociaux et émotionnels de l'AVC, alors que les émotions des patients peuvent entraver la récupération malgré un large éventail d'interventions paramédicales.

#### 1.4.Lien avec le cadre thérapeutique

Les notions de ce concept ont été dans l'ensemble citées indirectement. En effet, il a été mis en avant que les séances avec le chien en ergothérapie puissent être réalisées en autonomie ou en collaboration avec un autre professionnel (d'une profession différente ou similaire). Toutefois, on distingue des moyens thérapeutiques, un fonctionnement institutionnel différents. Cela s'entend en partie en raison du statut de l'ergothérapeute. En effet, deux travaillent quotidiennement dans la structure, en dehors des séances de TAA, tandis que la troisième intervient occasionnellement dans ce centre de rééducation avec son chien. Ces éléments ne peuvent pas être comparables entre E3 et M1 qui pratiquent la thérapie équine en raison d'une différence de profession.

L'animal le plus utilisé en ergothérapie est le chien. L'étude de Sahin (2018) appuie le choix de cet animal pour de nombreux ergothérapeutes, pouvant faire partie du processus d'apprentissage des tâches quotidiennes. En parallèle, il pointe que les chevaux auprès de cette même profession se sont révélés efficaces pour les personnes physiquement handicapées, ce que l'on a pu observer par la pratique de E3 et M1 auprès de notre population cible.

On retrouve une hétérogénéité dans la durée et la fréquence des séances de TAA en ergothérapie, qui corrélerent avec des études scientifiques (Colline, 2020 ; Devaure, 2021...). E1 parle également de préparation en amont des séances que l'on retrouve dans l'étude de Boyer-Labrousche (2020). Néanmoins, le faible nombre de séances annuelles n'empêche pas

l'amélioration de certaines capacités. La notion de rituels énoncée par E2, P1 rejoignent les propos de Potel (2019) et de Grangeat Lupieri (2021).

Lors des entretiens, seulement une ergothérapeute sur les trois montre les bénéfices de la TAA sur les AVQ, dont ceux-ci s'observent également dans le discours du médecin rééducateur. Après réflexion, les similitudes se rapportaient uniquement aux séances de thérapie équine. Les gestes réalisés durant les séances devaient être moins significatifs par rapport aux AVQ durant les séances avec le chien par rapport à ceux réalisés en hippothérapie. La revue systémique de Rodriguez-Martinez de 2021 expose cette hypothèse en précisant que l'animal le plus utilisé dans la prise en charge de l'AVC est le cheval. L'étude de Muñoz-Lasa (2012) s'y rapproche également en exprimant que l'efficacité de la TAA dépendait du type d'animal utilisé, du contexte environnemental ainsi que d'autres variables.

Concernant le matériel abordé, je retrouve les principaux énoncés dans ma matrice théorique, mais je m'attendais à entendre l'utilisation de matériel spécifique en équitation, comme ça été évoqué dans les précédents propos de Léa Meyer ou de Jessie Ansoerge. Par ailleurs, il n'a pas été mis en évidence l'utilisation d'un cheval mécanique pendant les entretiens. Ce dernier aurait pu être un moyen alternatif en vue des difficultés énoncées autour des protocoles d'hygiène et de sécurité associées à l'intégration de l'animal auprès d'une population pouvant être fragile. Parmi les stimulations cognitives énoncées par Beiger (2022) dans son livre, on retrouve le parcours moteur et les exercices de dressage pointés par les ergothérapeutes E1 et E2. Simon N. (2011) parlait également de stimulation indirecte au travers de jeux personnalisés, dont E2 a fait écho durant son entretien.

L'encadrement en thérapie équine se rapproche de celle émise par Blandine Bruyat (2024). L'étude de Hamilton-Bruce pointe les exigences en matière de santé et de sécurité quant à l'intégration du chien sur le lieu de travail, notamment lors des défis posés par exemple durant l'épidémie de COVID-19. Cette dernière information fait écho avec l'expérience vécu par P1. La notion de sécurité est retrouvée par les dires de E3 concernant la présence du chien. On retrouve de nombreuses limites énoncées par les participants dans le tableau adapté par Robert Kohler sur les risques à la mise en place de la TAA (Annexe XII) (Zimmer-Baue, 2021).

Par ailleurs, les séances de zoothérapie ne s'improvisent pas. Il a été mis en avant par des participants et appuyé par des sources bibliographiques (Belin, 2000 ; Beiger, 2011 ; Sarica, 2017), qu'il est important que l'intervenant soit formé en parallèle de la formation de l'animal (Machová, 2019).

Bien que P2 l'ait abordé, aucune information n'a été donnée concernant la détention d'une responsabilité de l'intervenant ou de son animal que l'on retrouve dans les documents de France compétence et dans l'étude de Molard et al (2022).

D'un point de vue évaluatif, E1 exprime une non-valorisation de cette pratique en raison du remplissage du PMSI en établissement SMR. Il n'existe à ce jour aucun libellé propre à la TAA. En effet, la seule référence où on la retrouve est inscrite dans le libellé du code ZFR+073 des actes de prises en charge relatifs aux relations avec autrui, recensés au sein du catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR, 2023) (Annexe XIII) où les séances sont décrites uniquement comme collectives.

En parallèle, pour qu'il y ait les bénéfices apportés par la TAA, il est primordial de prendre en compte le bien-être de l'animal que M1 et E2 partagent dans leur entretien respectif. Les règles de sécurité et de respect de l'animal énoncé par Jessie Ansorge (2011) fait écho aux propos de E2 et de M1 pendant leurs entretiens. En parallèle, M. Beiger (2022) rejoint les dires de E2 sur l'importance d'être doté d'un sens de l'observation envers son animal pour déceler toute émotion ou comportement qui peuvent être inadaptés ; ainsi que sur son bien-être émis par M1. Ces éléments sont retrouvés dans le livre de Zimmer-Baue (2021), qui propose une transposition de la pyramide de Maslow en regroupant les 3 besoins du chien : individuels (utilisé, activité), sociaux (confiance, relation sans dominance, interaction avec congénères de son espèce, statut d'appartenance...), et biologiques (se nourrir, éliminer, se reposer, se sentir en sécurité...) (Annexe XIV).

#### 1.5. Lien avec la question de départ

Au travers du bilan de l'existant et de l'étude, je peux apporter des éléments de réponse à ma question de départ qui était : « *Quelle est la place de la TAA dans la récupération des signes moteurs et cognitifs d'un patient post-AVC en ergothérapie ?* ». Il a été démontré que l'animal en ergothérapie pouvait intervenir auprès des patients victimes d'un AVC en phase subaiguë et en phase chronique du parcours du rééducation. Son intégration durant les séances avec l'ergothérapeute permettrait de pouvoir stimuler les fonctions mnésiques, attentionnelles et exécutives. Sur le plan moteur, il apporte des bénéfices sur l'équilibre statique et dynamique, la force, la mobilité du membre supérieur dont particulièrement la motricité fine, ainsi que la coordination. De plus, la douleur énoncée par l'étude de Ghanmi et al (2022) sur le pronostic de récupération fait écho avec le souhait de E1 d'établir un projet là-dessus. Sachant que ces signes cliniques retentissent négativement sur le quotidien de ces individus, ma question de recherche est donc : « *L'intégration du cheval et du chien en ergothérapie peut-elle améliorer*

*la performance occupationnelle de patients victimes d'un AVC en phase subaiguë du parcours de rééducation ? »*

2. Éléments de réponses à la question de recherche

L'ajout d'une médiation supplémentaire dans le parcours de rééducation apporte une diversité à la prise en charge, et très souvent apprécié par les patients. En effet, les personnes ayant un attrait pour l'animal perçoivent cette pratique comme une activité significative. Ils vivent leur rééducation différemment, s'investissent davantage, permettant ainsi de stimuler indirectement la réorganisation cérébrale. Sachant que la plasticité cérébrale est la plus importante les trois premiers mois à la suite de l'AVC, la phase subaiguë du parcours de rééducation est la période la plus appropriée ; elle va en effet permettre d'exploiter au maximum les capacités du patient, dans un environnement non médicalisé.

Selon la définition des travaux de Jules Loss, la zoothérapie est une technique avec laquelle un intervenant dûment formé travaille pour maintenir ou améliorer la performance d'un patient sur une ou plusieurs fonctions cérébrales (Centre l'authentique, s.d). Sur les entretiens des ergothérapeutes et de M1, on retrouve des signes cliniques de l'AVC où le chien ou le cheval ont pu agir. Leur intégration pouvait s'appliquer autant sur des objectifs physiques (transfert, déambulation, motricité fine, équilibre), cognitifs (fonctions exécutives, mémoire, attention...), sensoriels que relationnels... Les bénéfices à partir des séances avec le chien étaient principalement observés au niveau de la motricité fine, des fonctions cognitives et légèrement sur l'équilibre. L'étude d'André et al (2005) pointe la récupération des fonctions de la main comme améliorant les AVQ.

En parallèle, l'étude de Pohl auprès de patients post-AVC en phase chronique montre un impact de l'hippothérapie sur les AVQ, notamment monter les escaliers, se tenir debout dans la baignoire sans appui, que l'on retrouve dans les observations de E3 à la même phase, mais également par M1 en phase subaiguë. En effet, le patient va devoir être capable de réajuster sa posture en permanence, ce qui permet d'agir sur la verticalisation, le schéma corporel ainsi que sur le tonus musculaire (Devaure, 2021 ; Meyer 2023). Ces mêmes interrogés y rajoutent la transposition de ces compétences à partir des séances avec le cheval sur des gestes du quotidien (soins personnels, prise de repas), notamment au niveau de l'intégration du membre supérieur et de la réalisation des transferts (toilette, habillage, voiture). L'étude d'André (2005) appuie l'importance de la récupération de l'équilibre pour améliorer l'indépendance fonctionnelle et les AVQ. Parmi les discours des ergothérapeutes et du médecin rééducateur, la TAA semble

améliorer la performance occupationnelle pour certaines tâches durant la phase subaiguë du parcours de rééducation.

E3 observe également cette similitude des actes avec le chien, mais différemment. Il est donc important de noter que l'acquisition des compétences varie selon l'animal. En effet, les bénéfices sur la performance occupationnelle du cheval en ergothérapie sont différents de ceux observés par le chien, et ont surtout été démontrés en phase chronique durant notre entretien malgré des similarités exprimé par M1 en phase subaiguë. Il est donc important de choisir l'animal médiateur selon les objectifs thérapeutiques recherchés.

Enfin, plusieurs critères (ensemble des capacités, premier AVC ou récurrence, temps de prise en charge par les pompiers et l'arrivée en hôpital...) dont je n'ai pas eu accès en totalité ne me permettent pas d'affirmer une efficacité pour tout patient ayant eu un AVC.

### 3. Limites et biais de l'étude

Durant l'élaboration de cette, j'ai rencontré de nombreuses limites empiétant sur la fiabilité de mes résultats.

Premièrement, deux ergothérapeutes interrogées exercent au sein de la même structure, malgré être situées dans un service différent, pouvant ainsi apporter un biais dans l'analyse des résultats. Toutefois, cela m'a apporté aussi des avantages, car j'ai pu obtenir des informations supplémentaires du fait des expériences différentes avec les chiens du service, mais aussi par l'intégration du cheval uniquement pratiquée par E3. Je n'ai trouvé à ce jour aucune ergothérapeute parmi les centaines de contacts effectués qui exerce la rééducation avec le cheval pendant la phase subaiguë de la prise en charge des patients post-AVC. Sachant que des éléments de recherche ont déjà été apportés à la phase chronique, mais en dehors de l'ergothérapie, j'ai tout de même trouvé ça pertinent d'intégrer E3 aux entretiens, me permettant d'avoir un point de vue occupationnel que je n'aurais peut-être pas pu trouver avec M1 ou les patients. Dans l'ensemble, il existe en effet peu d'ergothérapeutes (français notamment) qui pratiquent la TAA auprès de patients victimes d'un AVC, et encore moins ceux en phase subaiguë du parcours de rééducation.

Deuxièmement, l'hétérogénéité dans les populations interrogées. En effet, les ergothérapeutes étaient en effectif plus important que les patients ou le médecin rééducateur. Dans l'idéal, j'aurais souhaité réaliser un focus-group en y intégrant ces trois populations, car à mon sens chacune à leur rôle dans la pertinence et l'intégration de l'animal en centre de rééducation. Face à une disponibilité incompatible de l'ensemble des participants, j'ai décidé de prioriser la diversité à la fiabilité. Par ailleurs, j'aurais aimé entretenir plus particulièrement

des personnes hospitalisés en établissement SMR, afin d'avoir un avis récent et actuel de la pertinence d'intégrer l'animal. Néanmoins, en vue de la réglementation en établissement sanitaire, je n'étais pas autorisée à sélectionner cette population. Je reste toutefois très chanceuse d'avoir eu des volontaires souhaitant partager leur vécu suite à leur AVC, et surtout avec des témoignages enrichissants. De même, concernant le médecin rééducateur, qui en plus d'être en accord sur l'intérêt de cette médiation, la pratique dans son quotidien.

La dernière limite rencontrée concerne la diminution de la spontanéité des participants. En effet, durant les entretiens, j'ai majoritairement utilisé toutes les relances pour toute population confondue, car certaines informations attendues ne venaient pas forcément à premier abord. Cette problématique est possiblement corrélée avec la formulation des questions de la grille d'entretien. Si les résultats n'étaient pas forcément conformes à mes attentes, cela pouvait signifier que les questions posées devaient être trop générales et/ou implicites.

#### 4. Perspectives ultérieures

En effet, l'amélioration de la performance occupationnelle exposée suite à l'analyse des entretiens n'est pas significative d'un point de vue scientifique ou médical. Bien que E2 énonce un bilan d'observation plutôt centré sur la communication verbale et non-verbale, il n'existe à ce jour aucun bilan (validé ou non) permettant de suivre l'évolution des capacités des patients post-AVC en ergothérapie. La difficulté rencontrée face à l'utilisation des autres médiations rend également compliquée la preuve d'une efficacité de l'animal dans la récupération de cette population. Il serait alors pertinent d'approfondir cette problématique en développant un outil évaluatif permettant de mesurer l'impact des séances de TAA en ergothérapie. Pour cela, je vous propose la création de deux échelles (Annexes XV et XVI) ; l'une spécifique aux séances de rééducation associées au chien et l'autre autour du cheval. Elles sont mesurables tout au long du séjour, avec des items propres à l'animal tout en corrélant les capacités générales du patient. Les activités associées à la TAA sont répertoriées en trois catégories : les capacités physiques, les capacités cognitives et l'aspect motivationnel. Le score final correspond à la somme de ces trois scores. Cette liste non-exhaustive d'items tend à se rapprocher des signes cliniques de l'AVC ainsi qu'à certains actes que l'on retrouve dans notre quotidien. Mais, il est possible de l'utiliser pour d'autres affections. Dans cet outil, on retrouve globalement :

- Une grille de cotation variant de 0 à 4 selon l'item choisi.
- La date (au début du séjour, en milieu et en fin d'hospitalisation).



- Ainsi qu'une partie « commentaires » où l'ergothérapeute pourra y noter les observations faites en séances, l'utilisation d'une aide particulière (humaine, technique, indiçage...).

Le but étant d'assurer un suivi de cette médiation durant la prise en charge en ergothérapie, et ainsi distinguer l'évolution propre aux bilans neurologiques standards de l'AVC. Par la suite, la validation d'un support de ce type permettra d'apporter une pertinence de cette proposition d'offres de soins au sein d'un établissement SMR. Il serait alors intéressant de poursuivre cette étude en se questionnant sur « comment étudier la fiabilité et la validation d'un bilan ergothérapeutique autour de la TAA ? ».

## CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la démarche de recherche s'est intéressé à l'AVC, handicap omniprésent en France, et impactant de nombreux domaines de la santé publique. Des outils de rééducation divers et variés ont été préconisés par la HAS en fonction du parcours de rééducation. Néanmoins, la récupération des signes cliniques est majoritairement influencée par la plasticité cérébrale, phénomène neuronal, modulable selon certains critères. Parmi ces derniers, on y retrouve la précocité de prise en charge, la répétition et également la pertinence perçue par le patient à ces séances.

Les personnes victimes d'un AVC voient leur quotidien basculer du jour au lendemain, avec pour certains des changements permanents. Il était très important de donner la parole à des anciens patients durant les entretiens, de recueillir leur ressenti, leur vécu, car ce sont eux les principaux acteurs de leur prise en charge.

L'étude a été menée selon une méthode qualitative, avec des entretiens auprès de trois populations différentes, pionniers de la prise en charge en établissement SMR. Pour répondre à la question de recherche, trois éléments théoriques ont servi de base pour permettre l'interprétation des résultats : le MOH, la plasticité cérébrale et le cadre thérapeutique.

Il a été mis en avant que le chien majoritairement, suivi du cheval, sont les principaux animaux utilisés en France en ergothérapie durant la phase subaiguë. Néanmoins, les séances de thérapie équine sont celles qui ont permis d'affirmer une meilleure performance occupationnelle des patients, notamment dans les actes associés à la prise de repas, à l'habillage, à la toilette et aux transferts. L'intégration de l'un d'entre eux en centre de rééducation nécessite certaines réglementations, notamment au niveau de l'hygiène pour éviter toute mise en danger ou complication auprès de patients pouvant être en état de fragilité. De plus, le cadre thérapeutique est propre à chaque ergothérapeute, à son animal partenaire ainsi qu'à la structure. Il s'associe à l'interaction que suscite l'animal par sa présence, permettant d'instaurer un rituel,

une valorisation, conditionnant le patient à progressivement se réinvestir dans sa rééducation. Selon son évolution, le cadre thérapeutique reste modulable pour ajuster sans cesse les objectifs et perpétuer ce gain de récupération dans le temps.

Cette étude m'a alors conforté dans l'idée d'amener cette médiation en supplément de l'ergothérapie conventionnelle. En effet, elle m'a permis de pointer la TAA encore peu utilisée en service d'ergothérapie durant la phase subaiguë dans un établissement SMR, auprès d'une population ayant été victime d'une lésion acquise cérébrale. Cependant, en vue de l'augmentation du nombre d'AVC d'ici 2030, et le faible nombre de résultats scientifiques mondiaux actuellement existants, il est essentiel à ce que des nouvelles recherches avec une méthodologie plus poussée (nombre important de patients hospitalisés durant la phase subaiguë et bénéficiant de séances régulières de TAA) soient faites, notamment en France.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Allart E., Daveluy W. et Devanne H. (2017). La plasticité cérébrale : définition et mécanismes, *Sauramps médical*. 19-25.
- André, J-M., Paysant, J., Beis, J-M., et Didier, J-P. Inactivité, activité et apprentissage : applications à l'hémiplégie vasculaire. *Innovations thérapeutiques et hémiplégie vasculaire*. Masson. 22-32.
- Azouvi, P. (2005). Traitements de la négligence spatiale unilatérale. *Innovations thérapeutiques et hémiplégie vasculaire*. Masson. 94-101.
- Beiger, F., et Dibou, G. (2022). Grand manuel de zoothérapie (Illustrated édition). *Dunod*.
- Beiger, F., et Jean, A. (2011). Autisme et zoothérapie – communication et apprentissages par la médiation animale. *Dunod*.
- Belin. B. (2000). Animaux au secours du handicap. *L'harmattan*.
- Benaim, C., Bentabet, M., Froger, J., Brun, V. et Péliissier, J. (2005). Dépression et hémiplégie vasculaire. *Innovations thérapeutiques et hémiplégie vasculaire*. Masson. 111-117.
- Brun, V. Fontane, M.P., Dhoms, G., Henrion, G., Codine, P. et Founeau, H. (1994). Méthodologie et intérêt de l'évaluation de l'équilibre postural de l'hémiplégique vasculaire. *Expériences en ergothérapies 7<sup>ème</sup> série*. 139-146
- De Morand, A. (2014). Pratique de la rééducation neurologique. 2<sup>ème</sup> édition. *Elsevier Masson*.
- Didier, P. (2022). Les bienfaits de l'animal à tout âge : rôles et fonctions de l'animal en psychothérapie. *Dunod*.
- Ducourneau, S. (2019). Evaluation écologique en ergothérapie : rôles et caractérisations des stratégies cognitives dans la performance occupationnelle. *Expériences en ergothérapie. 32<sup>ème</sup> série*. 225-230.
- Dudognon, P., Daviet, J-C., Salle, J-Y., Munoz, M., Rebeyrotte-Boulegue, I., Verdie, C. et Stuit, A. (2005). Place de la médecine physique et de réadaptation dans la filière de soin de l'AVC. *Innovations thérapeutiques et hémiplégie vasculaire*. Masson. 12-21.
- Meyer, L. (2023). Hippothérapie, rééducation et réadaptation fonctionnelle assistée par le cheval d'un point de vue kinésithérapique. *ID Edition*.
- Nouvel, F., Calvet, M., Armingaud, P. et al (2000). Prévention et correction de la subluxation gléno-humérale chez le patient hémiplégique : l'écharpe dynamique holst. *Expériences en ergothérapie 13<sup>ème</sup> série*. 202-209.
- Pellisier. J., Perennou, D., Benaim, C. et Armingaud, P. (1999). Négligence spatiale unilatérale et vie quotidienne. *Expériences en ergothérapie 12<sup>ème</sup> série*. 99-113

- Perrenou, D., Decavel, P., Taha, S., Benaim, C., Casillas, J-M., Didier, J-P. et Pélissier, J. (2005). La rééducation posturale après accident vasculaire cérébral. *Innovations thérapeutiques et hémiplégié vasculaire*. Masson. 49-67.
- Quéau, V. (2003). Les thérapies contraintes : approche novatrice en réhabilitation neurologique. *La recherche et expériences en ergothérapie 16<sup>ème</sup> série*. 155-160.
- Rode G., Declémy A., Ciceron C., et Huchon L. (2017). Plasticité cérébrale après AVC. *Sauramps médical*. 142-148.
- Sarica, J. (2017). Zoothérapie, le pouvoir thérapeutique des animaux. *Editions Arthaud*.
- Simon N. (2011). Ergothérapie en gériatrie : quelle place pour la médiation animalière ? *Expériences en ergothérapie 24<sup>ème</sup> série*. 223-228.
- Stantzios, A. et Schneebeli, V. (2012). Il faut poser un cadre au patient ! Le cadre thérapeutique. *Santé mentale*. N°172.
- Walder F. (1994). Traitement sensori-moteur d'hémiplégiques adultes : introduction au concept johnstone et à l'application des attelles gonflables. *Expériences en ergothérapie 7<sup>ème</sup> série*. 174-182
- Zimmer-Baue. C, Auffret. F, Johler. R. (2019). Pratiquer la médiation animale dans le secteur social et médico-social (ESF éditeur). *Collection les guides directions*.

## SITOGRAPHIE

30 millions d'Amis. (2016). *96% des Français convaincus des bienfaits de la zoothérapie*. Consulté 4 juillet 2023, à l'adresse <https://www.30millionsdamis.fr/actualites/article/10083-96-des-francais-convaincus-des-bienfaits-de-la-zootherapie/>

Académie professionnelle d'équitation western. (s.d). Un diplôme d'enseignant : pour quoi faire ? *La formation APEW*. Consulté 10 février 2024, à l'adresse <http://apew.e-monsie.com/pages/rejoindre-l-association-1.html>

Alito, A., Tisano, A., Salavatore Calabrò, R., Aliberti, B., Gemelli, G et Portaro, S. (2023). What About the Hippotherapy Benefit-cost Ratio in Everyday Clinical Practice? The Physician Point of View. *Innovations in clinical Neuroscience*. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10306377/>

Allain, S., Naouri, D., et De Peretti, C. (2022). En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes. DREES, *Études et Résultats*, 1219. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/en-france-les-avc-sont-plus-frequents-plus>

Aliceenulis. (2017). Le petit chien Jeannot. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse <http://aliceenulis.eklablog.com/le-petit-chien-jeannot-a128212958>

AMELI. (2023). Accident vasculaire cérébral. *Pathologie—Data pathologies*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho\\_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho\\_niv2=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral](https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho_niv2=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral)

AMELI. (2023). Accident vasculaire cérébral aigu. *Data pathologies*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho\\_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho\\_niv2=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral&refine.patho\\_niv3=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral%20aigu](https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho_niv2=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral&refine.patho_niv3=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral%20aigu)

AMELI. (2023). *Comprendre l'AVC et l'AIT*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-comprendre>

AMELI. (2023). Séquelle d'accident vasculaire cérébral. *Pathologie—Data pathologies*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho\\_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho\\_niv2=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral&refine.patho\\_niv3=S%C3%A9quelle%20d%27accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral](https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20cardio-neurovasculaires&refine.patho_niv2=Accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral&refine.patho_niv3=S%C3%A9quelle%20d%27accident%20vasculaire%20c%C3%A9r%C3%A9bral)

- AMELI. (2023). Traitement de l'AVC. *Accident vasculaire cérébral*. Consulté 17 juillet 2023, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accident-vasculaire-cerebral-avc/avc-traitement>
- An, H.-J., et Park, S.-J. (2021). Effects of Animal-Assisted Therapy on Gait Performance, Respiratory Function, and Psychological Variables in Patients Post-Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5818. Consulté 27 octobre 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph18115818>
- Andryuschchenko-Basquin, I. et Chelly, S. (2017). Le rôle d'un animal dans le processus thérapeutique : quel « profil » pour quel objectif ? *Psychothérapies 2017/2 (Vol. 37)*. 71-79. Consulté 7 octobre 2023, à l'adresse [https://www.4pattestendresse.fr/wp-content/uploads/2018/02/Andryushchenko\\_1.pdf](https://www.4pattestendresse.fr/wp-content/uploads/2018/02/Andryushchenko_1.pdf)
- ANFE (2021). Le modèle de l'occupation humaine et ses outils validés d'entretien, d'évaluation, d'analyse. Consulté 7 octobre 2023, à l'adresse [https://www.anfemigal.fr/datas/Progs/220081\\_cm03.pdf](https://www.anfemigal.fr/datas/Progs/220081_cm03.pdf)
- Ansorge, J. (2011). La médiation équine comme outil thérapeutique. *Le journal des psychologues*. N°286. 52-55. Editions Martin Média. Consulté 6 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-3-page-52.htm>
- APMnews. (2007). L'ergothérapie efficace pour améliorer les activités de la vie quotidienne après un AVC. *Dépêche*. Consulté 17 juillet 2023, à l'adresse <https://www.apmnews.com/freestory/10/171207/l-ergotherapie-efficace-pour-ameliorer-les-activites-de-la-vie-quotidienne-apres-un-avc>
- Apollon-Roy, D., Miéville, C., & Poissant, L. (2021). Portrait des pratiques évaluatives des ergothérapeutes en réadaptation post-AVC. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 7(2), Article 2. Consulté 20 juillet 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.13096/rfre.v7n2.194>
- Association française de thérapie assistée par l'animal. (2023). Définition de la thérapie assistée par l'animal. *La thérapie assistée par l'animal – zoothérapie – définition*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://aftaa.fr/la-therapie/definition/>
- Aubard, I. (2003). Mais en quoi le cheval peut devenir un médiateur thérapeutique. *Les médiations dans le soin*. Consulté 26 octobre 2023, à l'adresse [http://ancien.serpsy.org/piste\\_recherche/mediations/cheval\\_isa.html](http://ancien.serpsy.org/piste_recherche/mediations/cheval_isa.html)
- Azcoformations. (s.d). Choisir sa formation en médiation animale en France. *Devenir zoothérapeute*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [https://www.azcoformations.fr/formation\\_mediation\\_animale\\_france.IB.htm](https://www.azcoformations.fr/formation_mediation_animale_france.IB.htm)
- Barré, B. (2018). Atelier d'ergothérapie au Haras national d'Hennebont. *Equi-meeting médiation*. Consulté 9 février, à l'adresse <https://www.ifce.fr/document/programme-equi-meeting-mediation-2018/>
- Berardi, A. Naples, G., Ernesto, M., Fabbrini, G., Conte, A., Ferrazzano, G., Viselli, F. et Galeoto, G. (2022). L'efficacité de l'intervention de thérapie équine sur les activités de la

- vie quotidienne, la qualité de vie, l'humeur, l'équilibre et la démarche chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. *Healthcare*. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/3/561>
- Bernatchez, A. (2021). L'utilisation thérapeutique de l'animal auprès de l'enfant. *Zoothérapie Québec*. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://zootherapiequebec.ca/wp-content/uploads/2021/07/Lutilisation-animal-aupre%CC%80s-de-lenfant.pdf>
- Bobin, C., Bessette, L., Carius, M., et Beucher, C. (2022). Etat des lieux des pratiques de médiation équine en France et cadre juridique applicable. *Médiation équine : état des lieux des pratiques et cadre juridique*. Consulté 28 octobre 2023, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/etat-des-lieux-des-pratiques-de-mediation-equine-en-france-et-cadre-juridique-applicable>
- Boldig, Catherine et Butala, Nitin. (2021). Pet Therapy as a Nonpharmacological Treatment Option for Neurological Disorders: A Review of the Literature. *Cureus*. Consulté 6 février 2024, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367777/>
- Boyer-Labrouche, Annie. (2021). Pratiquer l'art-thérapie. *Les Ateliers du praticien*. Consulté 15 novembre 2023, à l'adresse <https://univ-scholarvox-com.ezpum.scdi-montpellier.fr/book/88920919>
- Bracher M. (2000). Therapeutic Horse Riding : What Has This to Do with Occupational Therapists ? *British Journal of Occupational Therapy*. Consulté 9 octobre 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1177/03080226000630060>
- Bunketorp-Käll, L., Pekna, M., Pekny, M., Samuelsson, H., Blomstrand, C. et Nilsson, M. (2020). Motor Function in the Late Phase After Stroke: Stroke Survivors' Perspective. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 362-369. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.5535/arm.20060>
- Canadian Association of Occupational Therapists. (s.d). L'ergothérapie et l'accident vasculaire cérébrale. Consulté le 20 juillet 2023, à l'adresse <https://caot.ca/document/4119/Stroke%20-%20FS.pdf>
- CANIDEA (2017). Un peu d'Histoire. *Qui sommes-nous ?* Consulté 7 octobre 2023, à l'adresse <http://www.canidea.fr/un-peu-d-histoire/>
- CANIDEA. (2017). La réglementation sur les chiens de médiation. *Qui sommes-nous ?* Consulté 5 juillet 2023, à l'adresse <http://www.canidea.fr/lois-et-reglementation/la-reglementation-sur-les-chiens-de-mediation/>
- Carlos, S, Carolina, A, et al. (2021). Effectiveness of hippotherapy and therapeutic horseback riding on balance in hemiparetic patients after stroke. *Fisioterapia em Movimento*. Consulté 9 octobre 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34201>
- Champaud, M. (2020). Ergothérapie en santé mentale : les modèles conceptuels pour appuyer l'identité professionnelle. *Mémoire d'initiation à la recherche*. Consulté 27 octobre 2023, à l'adresse [https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/e474d445-3b0f-4d92-bd08-cdfcca271666/file:content/Me\\_2020LYO1E702.pdf](https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/e474d445-3b0f-4d92-bd08-cdfcca271666/file:content/Me_2020LYO1E702.pdf)

- Cheng, X. et Xin Zhen, K. (2023). The effects of equine assisted activities on executive function in children aged 7-8 years: a randomized controlled trial. *Brain et comportement*. Consulté 7 février 2024, à l'adresse <https://madbarn.com/research/the-effects-of-equine-assisted-activities-on-execution-function-in-children-aged-7-8-years-a-randomized-controlled-trial/>
- Chevalier, C, Belot, R-A., R et Mellier D. (2018). Autisme et médiation thérapeutique avec le cheval monté à cru. Amplification de la qualité paternelle du holding et éclosion d'un moi-corporel. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Volume 67, Issue 1, January 2019, 25-33. Consulté 9 octobre 2023, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/1268067/autisme-et-mediation-therapeutique-avec-le-cheval->
- Clément N., Damien B., Laure C., et Mathias D. (2019). Influence des modalités de prises en charge de l'AVC sur la durée d'hospitalisation. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*. Consulté 20 juillet 2023 à l'adresse, <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/242-influence-des-modalites-de-prises-en-charge-de-l-accident-vasculaire-cerebral-avc-sur-la-duree-d-hospitalisation.pdf>
- Colline, J., Ziviani, J., Driscoll, C., Teoh, A-L., Min Chua, J. et Cawdell-Smith, J. (2020). Canine assisted occupational therapy for children on the Autism Spectrum: A Pilot Randomised Control Trial. *Journal autisme developmental disorder*. Consulté 12 février 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04483-7>
- Conrath, P. et Ouazzani, M. (2021). L'animal et le soin psychique : un objet thérapeutique vivant. *Le journal des psychologues*. N°385. Editions Martin Média. Consulté 4 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-3-page-12.htm>
- Centre de ressources multihandicap. (2010). L'équitation à visée thérapeutique. Consulté 7 octobre 2023, à l'adresse <https://www.crmh.fr/wp-content/uploads/2022/08/equitherapie.pdf>
- COCHRANE. (2022). L'ergothérapie pour les troubles cognitifs chez les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral. *Cochrane Evidence Synthesis and Methods*. Consulté 15 octobre 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006430.pub3>
- Centre l'Authentique. (s. d.). La zoothérapie. Consulté 18 mai 2024, à l'adresse <https://www.authenticite.qc.ca/modeDIntervention/zootherapie.html>
- Centre nationale de la recherche scientifique. (2020). Les inégalités sociales de santé dans les récupérations post-AVC. *Actualités*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse <https://www.inshs.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/les-inegalites-sociales-de-sante-dans-les-recuperations-post-avc>
- Corbeau, D. (2014). Un médiateur nommé cheval. *Journal des psychologues*. N°319. 43-47. Editions Martin Média. Consulté 7 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-6-page-43.htm>



- Cross, C. (2019). The effects of animal-assisted therapy on participation in rehabilitation in a patient post-stroke : A case study. *University of Tennessee at Chattanooga*. Consulté 5 juillet 2023, à l'adresse <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1197&context=honors-theses>
- Dehem, S. et Lejeune, T. (2024). Nouvelles technologiques de récupération motrice. Congrès EMPR.
- Direction générale de l'offre de soins. (2019). L'accident vasculaire cérébral. *Ministère de la Santé et de la Prévention*. Consulté 5 juillet 2023, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/l-accident-vasculaire-cerebral>
- Diagne, N-S, Ndao, A-K, et al. (2013). Postural balance and fall risk after stroke in patients alive at home. *Journal de réadaptation médicale*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrm.2013.09.002>
- Dominguez-Romero, J., Molina-Aroca, A. et al. (2019). Effectiveness of Mechanical Horse-Riding Simulators on Postural Balance in Neurological Rehabilitation Systematic Review and Meta-Analysis. *Environmental research and public health*. Consulté 9 octobre 2023, à l'adresse 10.3390/ijerph17010165
- DRAAF PACA. (2023). L'attestation de Connaissances pour les Animaux de Compagnie d'Espèces Domestiques. *Formations capacitaires*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse <http://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/acaced-attestation-de-connaissances-pour-les-animaux-de-compagnie-d-especes-r245.html>
- Droz-Mendelzweig, Marion. (2010). La plasticité cérébrale de Cajal à Kandel: Cheminement d'une notion constitutive du sujet cérébral. *Revue d'histoire des sciences*. 331-367. Editions Armand Colin. Consulté 5 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-des-sciences-2010-2-page-331.htm>
- Equiphoria. (2020). Ils témoignent. *Thérapie personnalisée* Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://www.equiphoria.com/therapie-cheval/temoignages>
- Equiphoria. (2022). Publication protocole AVC. *Brain Science*. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://www.equiphoria.com/r-and-d/scientific-dissemination-and-communication/publication-protocole-avc-dans-brain-science>
- Ergopsy. (2015). Fonctions du cadre. *Moyens thérapeutiques*. Consulté 4 octobre 2023, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/cadre-therapeutique-fonctions-du-cadre-c46-93.html>
- Ezygain. (2024). La plasticité cérébrale après un AVC: l'espoir d'une récupération fonctionnelle. Consulté 14 avril 2024, à l'adresse <https://www.ezygain.com/fr/horizon/articles/plasticite-cerebrale-post-avc>
- Fédération des fabricants d'aliments pour chiens, chats, oiseaux. (2022). Les chiffres de la population animale en France. *Chiffre clés*. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://www.facco.fr/chiffres-cles/les-chiffres-de-la-population-animale/>

- Fondation Adrienne-et-Pierre-Sommer (2018). Médiation animale et handicap. *Les cahiers de la fondation*. Consulté 13 octobre 2023 à l'adresse, <https://fondation-apsommer.org/wp-content/uploads/2018/01/Fondation-Adrienne-et-Pierre-Sommer-Cahier-n%C2%B02-m%C3%A9diation-animale-et-handicaps.pdf>
- France AVC. (2021). *La vie quotidienne après l'AVC*. Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse <https://www.franceavc.com/uploads/files/5b3b22c3a3607.pdf>
- France AVC. (2021). *L'hémiplégie post-AVC*. Consulté le 28 septembre 2023, à l'adresse <https://www.franceavc.com/uploads/files/5b3b22c3a3607.pdf>
- France compétence. (2022). Chargé de projet en médiation par l'animal. *Répertoire national des certifications professionnelles*. Consulté 6 février 2024, à l'adresse <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/31943/>
- Gocheva, V, Hung-Georgiadis, M, et Hediger, K. (2017). Effects of animal-assisted therapy on concentration and attention span in patients with acquired brain injury : A randomized controlled trial. *Neuropsychology* 2018. 54-64. Consulté 19 octobre 2023, à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1037/neu0000398>
- Ghanmi, M., Moncer, R., Emna, T., Mariem, G., Ouanes, W., et Sonia, J. (2022). Caractéristiques et prise en charge de la douleur post accident vasculaire cérébral. *Revue Neurologique*, n°178, P103-S104. Consulté 6 octobre 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2022.02.363>
- Grangeat Lupieri, F. (2021). Entre contrainte et liberté, le rôle du cadre thérapeutique pluridisciplinaire dans le soin en psychiatrie adulte. *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Psychomotricien*. Consulté 15 novembre 2023, à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296096/document>
- Gremm, L. (2023). La médiation animale à travers les âges. *Loengremm*. Consulté 13 juillet 2023, à l'adresse <https://www.loengremm.fr/about-4>
- Gressen, P. (2015). Protéger le cerveau en comprenant et mobilisant ses capacités de plasticité. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*. 98-101. Consulté 10 février 2024, à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1016/j.motcer.2015.04.002>
- Hameury, L., et Rossetti, L. (2021). Une approche complémentaire dans le trouble de stress post-traumatique chez l'enfant : la médiation équine thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.04.011>
- Hameury, Delavous, L-P., Teste, B., et Leroy, C. (2010). Equine-assisted therapy and autism. *Annales Medico-Psychologiques*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [10.1016/j.amp.2009.12.019](https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.12.019)
- Hamilton-Bruce, A., Young, J., Nottle, C., Hazel, S., et al. (2023). Developing and Planning a Protocol for Implementing Health Promoting Animal Assisted Interventions (AAI) in a Tertiary Health Setting. *Environmental research and public health*. Consulté 12 avril 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph20186780>

- Hassan, S. (2020). Thérapie animale assistée. *Éducation Santé*. Consulté 28 février 2023, à l'adresse <https://educationsante.be/therapie-animale-assistee/>
- HAS. (2012). AVC : Méthodes de rééducation de la fonction motrice chez l'adulte. *Recommandations de bonnes pratiques*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1334330/fr/accident-vasculaire-cerebral-methodes-de-reeducation-de-la-fonction-motrice-chez-l-adulte)
- HAS. (2005). AVC : Prise en charge paramédicale dans une unité de soins. *Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*. Consulté 29 septembre 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272446/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-prise-en-charge-paramedicale-dans-une-unite-de-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272446/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-prise-en-charge-paramedicale-dans-une-unite-de-soins)
- HAS. (2020). Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. *Outil d'amélioration des pratiques professionnelles*. Consulté 29 septembre 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3200362/fr/parcours-de-reeducation-readaptation-des-patients-apres-la-phase-initiale-de-l-avc](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3200362/fr/parcours-de-reeducation-readaptation-des-patients-apres-la-phase-initiale-de-l-avc)
- HAS. (2019). Pertinence des parcours de rééducation réadaptation après la phase initiale de l'AVC. *Pertinence des soins*. Consulté 20 juillet 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app\\_260\\_note\\_de\\_problematique\\_ssr\\_avc\\_cd\\_2019\\_05\\_22\\_vfinale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf)
- HAS. (2019). *Post-AVC : Quatre messages-clés pour une rééducation optimale*. Consulté le 28 septembre 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3100943/fr/post-avc-quatre-messages-cles-pour-une-reeducation-optimale](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3100943/fr/post-avc-quatre-messages-cles-pour-une-reeducation-optimale)
- HAS. (2010). Prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). *Recommandation de bonne pratique*. Consulté 11 juillet 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse](https://www.has-sante.fr/jcms/c_830203/fr/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse)
- Heffernan, K. (2016). The effect of an equine assisted therapy (EAT) programme on children's occupational performance – a pilot study. *Irish Journal of Occupational Therapy*. 28-39. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJOT-02-2017-0005/full/html>
- Herault V. (2023). L'ergothérapie au bénéfice de la construction de l'identité occupationnelle des personnes Bénéficiaires de la Protection Internationale. *Mémoire d'initiation à la recherche*. Institut de formation La Musse. Consulté 3 février 2024, à l'adresse <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/08/MEMOIRE-IFELM-2023-HERAULT-ERGOTHERAPIE-MODELE-DE-LOCCUPATION-HUMAINE-IDENTITE-OCCUPATIONNELLE-BENEFICAIRES-DE-LA-PROTECTION-INTERNATIONALE.pdf>
- Hill, J., Ziviani, J., Driscoll, C., Teoh, A-L, Chua, J-M, et Cawdell-Smith, J.(2020). Canine Assisted Occupational Therapy for Children on the Autism Spectrum A Pilot Randomised

- Control Trial. *Journal de l'autisme et des troubles du développement*. Consulté 27 juillet 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04483-7>
- Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild (2022). Dossier de presse, projet booster : une 1ère mondiale. *Patient & Proche*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse [https://www.frothschild.fr/sites/default/files/2023-01/Dossier%20de%20presse\\_AVC\\_20%20oct%202022.pdf](https://www.frothschild.fr/sites/default/files/2023-01/Dossier%20de%20presse_AVC_20%20oct%202022.pdf)
- Hôpitaux paris sud. (2017). Conséquences et retentissements suite à un AVC. *AVC Paris Sud*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/consequences-retentissements-suite-a-avc/>
- Hôpitaux paris sud. (2017). Rôle de l'ergothérapeute. *AVC Paris Sud*. Consulté 20 juillet 2023, à l'adresse <https://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/avcparissud/role-de-lergotherapeute/>
- Huang J. (2021). Apraxie. *Le manuel MSD*. Consulté 13 octobre 2023, à l'adresse [https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/apraxie#:~:text=L'apraxie%20est%20l'incapacit%C3%A9,l'imagerie%20c%C3%A9r%C3%A9brale%20\(p](https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/apraxie#:~:text=L'apraxie%20est%20l'incapacit%C3%A9,l'imagerie%20c%C3%A9r%C3%A9brale%20(p)
- Huang J. (2023). Agnosie. *Le manuel MSD*. Consulté 31 janvier 2024, à l'adresse [https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/agnosie#:~:text=L'agnosie%20se%20caract%C3%A9rise%20par,l'imagerie%20c%C3%A9r%C3%A9brale%20\(p](https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/fonction-et-dysfonctionnement-des-lobes-c%C3%A9r%C3%A9braux/agnosie#:~:text=L'agnosie%20se%20caract%C3%A9rise%20par,l'imagerie%20c%C3%A9r%C3%A9brale%20(p)
- IMA RUN. (2021). Historique de la zoothérapie. *Un peu d'histoire*. Consulté 13 juillet 2023, à l'adresse <https://www.imarun-zootherapie.com/page-vierge-2>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 23-34. Consulté 17 janvier 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm?l=&contenu=article>
- INICEA. (s.d). Clinique SMR Post-AVC. *Spécialités*. Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse <https://www.inicea.fr/articles/specialite/post-avc>
- INSERM. (2019). La science pour la santé, accident vasculaire cérébral. *Dossier*. Consulté 4 juillet 2023, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
- Institut Agatée. (s. d.). Le titre RNCP de Chargé de Projet en Médiation par l'animal. Consulté 19 mars 2024, à l'adresse <https://www.agatea.org/noc/mediation-animale-noc/noc-cpma/>
- IPSOS. (2020). Les Français et leurs animaux de compagnie. *Actualités*. Consulté 13 juillet 2023, à l'adresse <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-leurs-animaux-de-compagnie>
- Jacquin-Courtois, S. (2022). L'enjeu cognitif post-AVC : focus sur les troubles du langage et les troubles dysexécutifs. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*. 604-611. Consulté

4 octobre 2023, à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/lenjeu-cognitif-post-avc-focus-sur-les-troubles-du-langage-et-les-troubles-dysexecutifs/>

- Jeanne Mercier, C. (2021). La médiation équine : réinsertion psychosociale des personnes détenues. *Journal des psychologues*. N°385. 33-37. Editions Martin Média. Consulté 4 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-3-page-33.htm>
- Kim, Y.-N., & Lee, D.-K. (2015). Effects of horse-riding exercise on balance, gait, and activities of daily living in stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(3), 607. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1589/jpts.27.607>
- Kitzinger, J., Markova, I. et Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ? *Bulletin de psychologie*. Consulté 18 février 2024, à l'adresse <https://shs.hal.science/halshs-00533472/document>
- Kjellström, T., Norrving, B., & Shatchkute, A. (2007). Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*, 23, 231-241. Consulté 15 octobres 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.1159/000097646>
- Kwakkel, G., Stinéar, C., Essers, B. et al. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation consensus-based definition and guiding framework. *European stroke journal*. Consulté 7 février 2024, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37548025/>
- Lacotte, M. et Roques, M. (2018). A'dos de cheval : délinquance juvénile et médiation équine. *Revue Psychothérapies*. Vol 38. 105-117. Editions Médecine & Hygiène. Consulté 4 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2018-2-page-105.htm>
- Layadi, K., Meziane, M., Remaoune, M., Midoun, N. et Hamonet, C. (2008). Assessment of functional prognosis in hemiplegic stroke victims. *Journal de réadaptation médicale*. 97-101. Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0242648X08000674>
- Le Bocq, C., Blanchard, A., Gellez, M-C, et Schill, A. (2013). Rééducation motrice par l'équitation ; à propos d'une expérience chez quatre enfants présentant des lésions cérébrales acquises. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. Consulté 15 octobre 2023, à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.775>
- Légifrance. (2020). *Article L311-3—Code de l'action sociale et des familles*. Consulté 5 juillet 2023, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721294](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721294)
- Légifrance. (2010). *Article L214-3—Code rural et de la pêche maritime*. Consulté 5 juillet 2023, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022200239](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022200239)
- Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M. et al. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies*. 2012/2 (Vol 32). 115-123. Consulté 30 octobres 2023, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-2-page-115.htm>

- Lehotkay, R. (2021). Zoothérapie : le thérapeute fait-il partie du jeu ? *Le journal des psychologues*. 14-19. Editions Martin Média. Consulté 5 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-3-page-14.htm>
- Leśniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniów, J. et Członkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. Consulté 28 octobre 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18852488/>
- Li, J. et Sánchez-García, R. (2023). Interventions assistées par les chevaux pour les vétérans souffrant du trouble de stress posttraumatique : une revue systématique. *Front psychiatry*. Consulté 9 février, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38025432/>
- Lundqvist, M., Sjodahl, R., Théodorsson, E. et Levin, L-A. (2017). Patient benefit of dog-assisted interventions in health care a systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*. Consulté 15 octobre 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28693538/>
- Machová, K., Procházková, R., Říha, M., & Svobodová, I. (2019). The Effect of Animal-Assisted Therapy on the State of Patients' Health After a Stroke: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3272. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph16183272>
- Martin, S. (2013). La médiation animale : accompagner la personne âgée autrement. *Empan* 2013/3 (N°91). Edition érès. 118-121. Consulté 5 février 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.3917/spub.086.0561>
- Masson, E. (2002). Rééducation des accidentés vasculaires cérébraux. *Bilan et prise en charge*. EM-Consulte. Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/10270/reeducation-des-accidentés-vasculaires-cerebraux-b>
- Mathieu-Blondet, A., Malet, A., Devy, R., Causeret, M., Rouquette, A. et Fanello, S. (2008). Evaluation de la prise en charge des patients atteints d'accident vasculaire cérébral dans un centre hospitalier. *Santé publique*. N°6. 561-574. Consulté 5 février 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.3917/spub.086.0561>
- Mattila-Rautiainen, S., Venojärvi, M., Rautiainen, H. et Keski-Valkama, A. (2023). The impact on physical performance, pain and psychological wellbeing of chronic low back pain patients during 12-weeks of equine-facilitated therapy intervention. *Frontiers in veterinary science*. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.3389/fvets.2023.1085768>
- Medeiros De Bustos, E., Ohannessian, R., Bouamra, B., & Moulin, T. (2020). Télémédecine et accident vasculaire cérébral : « Rôle de la télémédecine dans les accidents vasculaires cérébraux ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(8), 826-838. Consulté 4 juillet 2023 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.07.038>
- Mermet, L. (2012). Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *Le Journal des psychologues*. N° 303. 68-71. Éditions Martin Média. Consulté 7 février, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2012-10-page-68.htm>



- Ministère du travail, de la Santé et des solidarités. (2019). L'accident vasculaire cérébral. *Soins et maladies*. Consulté 5 juillet 2023 à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/l-accident-vasculaire-cerebral>
- Molard, A. (2022). Cheval comme tu nous tiens ! *Thérapie psychomotrice et recherche*. N°186. 138-148. Editions syndicat national d'union des psychomotriciens. Consulté 6 février 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-therapie-psychomotrice-et-recherches-2019-2-page-138.htm>
- Mon kiné et moi (2019). La rééducation après un AVC. Consulté 3 septembre 2023 à l'adresse, <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2019/06/fiche-pratique-reeducation-apres-avc-042019.pdf>
- Monnin, D et Winteler, B. (2017). Functional repetitive exercises seem to improve abilities by stroke patients. *Kinesithérapie revue*. Consulté 10 février 2024, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/1125718/article/les-exercices-fonctionnels-repetitifs-semblent-ame>
- Mos, J., Ecot, P. et Yvon-Galloux, C. (2020). Activités assistées par le cheval à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie. *Equipédia*. Consulté 4 janvier 2024, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/activites-assistees-par-le-cheval-pour-personnes-agees>
- MSD (2021). Les faits en bref : Accident vasculaire cérébral. *Le manuel MSD pour le grand public*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/les-faits-en-bref-troubles-du-cerveau,-de-la-moelle-%C3%A9pini%C3%A8re-et-des-nerfs/accident-vasculaire-c%C3%A9r%C3%A9bral-avc/accident-vasculaire-c%C3%A9r%C3%A9bral?query=AVC>
- Najac, S. (2013). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation *Revue des sciences de l'éducation*. Consulté 17 janvier 2024, à l'adresse <https://id.erudit.org/iderudit/1016748ar>
- Nazou, Robin. (2015). L'élaboration d'un cadre contenant en psychomotricité : l'importance de la contenance et du cadre thérapeutique dans l'accompagnement de l'instabilité psychomotrice. *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Psychomotricien*. Consulté 15 novembre 2023, à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187936/document>
- Nestrige, C., Com-Ruelle, L. et Bricard, D. (2019). Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*. Consulté 16 septembre 2023, à l'adresse <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/082-analyse-sequentielle-et-determinants-des-parcours-de-soins-en-phase-post-aigue-d-un-accident-vasculaire-cerebral-avc.pdf>
- Nocerini, L. (2005). La thérapie assistée par l'animal, quand les effets bénéfiques que peut avoir la relation Homme/Animal sont utilisés de façon thérapeutique. *Forum* 228. P28-P32.

- Consulté 20 juillet 2023 à l'adresse [https://www.forum.lu/wp-content/uploads/2015/11/5060\\_228\\_Nocerini.pdf](https://www.forum.lu/wp-content/uploads/2015/11/5060_228_Nocerini.pdf)
- Normandeau M. et Rondeau L. (2008). Utilisation du chien de réadaptation en ergothérapie et en physiothérapie. Consulté 26 octobre 2023, à l'adresse <http://www.aqipa.org/aqipa/files/ae/aeb14bd3-e411-4941-ac32-721bf80026da.pdf>
- OCDE. (2021). *Panorama de la santé 2021. Santé*. Consulté 4 juillet 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>
- Oliveira Figueiredoun, M., Luiza Alegrettib, A. et Magalhãesun, L. (2021). Canine-assisted occupational therapy : a scoping review of the Brazilian literature. *Terapia ocupacional*. Consulté 12 février 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2087>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie et les AVC*. Consulté 17 juillet 2023, à l'adresse <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/6-lergothérapie-et-les-accidents-vasculaires-cerebraux-avc-.html>
- Pálsdóttir, A-M., Gudmundsson, M. et Grahn, P. (2020). Equine-Assisted Intervention to Improve Perceived Value of Everyday Occupations and Quality of Life in People with Lifelong Neurological Disorders: A Prospective Controlled Study. *Int J Environ Res Public Health*. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32260047/>
- Pariel-Madjlessi, S., Pouillon, M., Robcis, I., Sebban, C., Frémont, P. et Belmin, J. (2005). La dépression : une complication méconnue de l'accident vasculaire cérébral chez les sujets âgées. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 7-16. Consulté 28 octobre 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15814322/>
- Petruseviciene, D., & Krisciūnas, A. (2008). Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 44(3), 216-224. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18413989/>
- Pohl, P., Carlsson, G., Bunketorp Käll, L., Nilsson, M., & Blomstrand, C. (2018). Experiences from a multimodal rhythm and music-based rehabilitation program in late phase of stroke recovery—A qualitative study. *PloS One*, 13(9), e0204215. Consulté 8 octobre 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204215>
- Potel Baranes Catherine. (2019). La question du cadre thérapeutique. *Être psychomotricien*. 357-381. Consulté 30 octobre 2023, à l'adresse <https://www-cairn-info.ezpum.scdi-montpellier.fr/etre-psychomotricien--9782749264264-page-357.htm>
- Pradat-Diehl, P., Poncet, F., Migeot, H. et Taillefer, C. (2010). Conséquences dans la vie quotidienne des troubles de la représentation corporelle. *Revue de neuropsychologie*. 231-234. Consulté 7 février 2024, à l'adresse <https://www-cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-231.htm>
- Réseau de prévention des infections associées aux soins. (2016). Prévention du risque infectieux et médiation/présence animal en établissements médico-sociaux et établissements de santé. Consulté 27 octobre 2023, à



l'adresse <https://www.preventioninfection.fr/document/prevention-du-risque-infectieux-et-mediation-presence-animale-en-etablissements-medico-sociaux-et-etablissements-de-sante/>

Richardson, K., Mackenzie, L., Lovarini, M., & Dickson, C. (2022). Occupational therapy incorporating dogs for autistic children and young people : Parent perspectives. *British Journal of Occupational Therapy*, 85(11), 859-868. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1177/03080226221086217>

Rodríguez-Martínez, M. D. C., De la Plana Maestre, A., Armenta-Peinado, J. A., Barbancho, M. Á., & García-Casares, N. (2021). Evidence of Animal-Assisted Therapy in Neurological Diseases in Adults : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12882. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.3390/ijerph182412882>

Rondeau, L., Corriveau, H., Bier, N., Camden, C., Champagne, N. et Dion, C. (2010). Effectiveness of a rehabilitation dog in fostering gait retraining for adults with a recent stroke: a multiple single-case study. *Neurorehabilitation*. Consulté 12 février 2024, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20871145/>

Safestroke. (2021). Translation of the Stroke Action Plan for Europe : Reaching wider audiences. *Stroke alliance for europe*. Consulté 7 juillet 2023, à l'adresse <https://www.safestroke.eu/2021/06/27/translation-of-the-stroke-action-plan-for-europe-reaching-wider-audiences/>

Sahin, S., Kose, B. et Zarif, M. (2018). Animal-Assisted Therapy in Occupational Therapy. *Occupational Therapy- Therapeutic and Creative Use of Activity: IntechOpen*. Consulté 26 octobre 2023, à l'adresse [https://www.researchgate.net/publication/329091286\\_Animal-Assisted\\_Therapy\\_in\\_Occupational\\_Therapy](https://www.researchgate.net/publication/329091286_Animal-Assisted_Therapy_in_Occupational_Therapy)

Salvador E. Portugal. (2021). Rééducation des AVC—Sujets spéciaux. *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Consulté 17 juillet 2023, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/r%C3%A9ducation/r%C3%A9ducation-des-accidents-vasculaires-c%C3%A9r%C3%A9braux>

Santé publique France. (2019). *Accident vasculaire cérébral*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>

Schnitzler, A., Erbault, M, Solomiac, A, Sainte-Croix, D., May-Michelangeli, L. et Grenier, C. (2018). Impact de la rééducation à la phase subaigüe d'un AVC en France en 2016. *BEH* 29. Consulté 16 novembre 2023, à l'adresse [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/pdf/2018\\_29\\_2.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/29/pdf/2018_29_2.pdf)

Sek ying, C, Chow Choi, K, Wh Chan, C., Tf Lee, D., Wk Chan, A., Lk Cheung, J., Wai Tang, S., Shan Chan, P. et Taylor6Piliae, R. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke A randomized controlled trial.

- Clinical interventions in Aging*. Consulté 27 juillet 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27789938/>
- SFNV. (2020). *Livre blanc 2020 « Comment améliorer la prise en charge des AVC en France ? »* SFNV. Consulté 28 septembre 2023, à l'adresse <https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/single-post/livre-blanc-2020-comment-améliorer-la-prise-en-charge-des-avc-en-france>
- SFNV. (2018). Nous sommes tous concernés. *Campagne Presse SFNV 2018—AVC*. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/avc-nous-sommes-tous-concernes>
- SFNV. (2019). *Plus de 15 ans de progrès, communiqué de presse*. Consulté le 3 juillet 2023 à l'adresse <https://www.accidentvasculairecerebral.fr/de-15-ans-de-progres>
- SFNV. (2022). Communiqué de presse. Consulté 3 juillet 2023, à l'adresse <https://www.accidentvasculairecerebral.fr/copie-de-5-mesures-pr%C3%A9ventives>
- Silva, S. B. C. A., Hruschka, A. C. C. B., Moraes, A. G., Leal, J. C., Silva, M. L. da, & Paz, L. P. da S. (2021). Effectiveness of hippotherapy and therapeutic horseback riding on balance in hemiparetic patients after stroke. *Fisioterapia Em Movimento*, 34, e34201. <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34201>
- Statistica. (2016). *Lieux publics : Accueil d'animaux pour apporter du réconfort*. (2016). Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://fr.statista.com/statistiques/587891/opinion-possesseurs-chats-chiens-lieux-pertinents-accueil-animaux-reconfort-diminution-stress-france/>
- Statistica. (2021). *Pets as therapeutically beneficial France*. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://www.statista.com/statistics/767386/improvement-of-your-well-being-by-having-a-pet-france/>
- Statistica. (2016). *Pet therapy France*. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://www.statista.com/statistics/764952/opinion-of-the-owners-of-domestic-animals-on-pet-therapy-in-france/>
- Statistica. (2022). *Thème : Les Français et les animaux de compagnie*. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <https://fr.statista.com/themes/3183/les-francais-et-les-animaux-de-compagnie/>
- Stefanini, M. C., Martino, A., Allori, P., Galeotti, F., & Tani, F. (2015). The use of Animal-Assisted Therapy in adolescents with acute mental disorders : A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(1), 42-46. Consulté 26 février 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.01.001>
- Stergiou, A., Mattila-Rautiainen, S., Varvarousis, D., Méropi Tzoufi, M., Plyta, P., Beris, A. et Ploumis, A. (2023). The efficacy of Equine Assisted Therapy intervention in gross motor function, performance, and spasticity in children with Cerebral Palsy. *Front veterinary Science*. Consulté 10 février 2024, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37649564/>

- Sung, Y-H., Kim, C-J., Yu, B-K. et Kim, K-M. (2013). A hippotherapy simulator is effective to shift weight bearing toward the affected side during gait in patients with stroke. *Neurorehabilitation* 33. P407-412. Consulté 4 novembre 2023, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23949070/>
- Sureau, P. (2012). Accident vasculaire cérébral et ergothérapie : pour une certaine éthique de la recherche paramédicale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Consulté 30 octobre 2023, à l'adresse <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.328>
- Trivellin, E. (2008). Une activité de thérapie à médiation au centre hospitalier de Mulhouse. *Les médiations dans le soin*. Consulté 26 octobre 2023, à l'adresse [http://ancien.serpsy.org/piste\\_recherche/mediations/DOG.html](http://ancien.serpsy.org/piste_recherche/mediations/DOG.html)
- Tulay Koca, T. et Ataseven, H. (2016). What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *North clin Istanbul*. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28058377/>
- Tzu-Ting, C., Hsieh, T-L., Chen, M-L., Tseng, W-T., Hung, C-F, et Chen, C-R. (2021). Animal-Assisted Therapy in Middle-Aged and Older Patients With Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry*. Consulté 21 octobre 2023, à l'adresse <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.713623>
- ULaval. (2018). Modèle de l'occupation humaine. 5e édition. *Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 3 février 2024, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Urbanski, Marika., Monfumat, Carmen et al. (2017). Les difficultés après un AVC : les changements cognitifs et comportementaux. *Collection prévention / information / éducation*. Consulté 16 novembre 2023, à l'adresse [https://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCK/livretapresavc\\_2017\\_web.pdf](https://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCK/livretapresavc_2017_web.pdf)
- Vaillant-Ciszewicz, A.-J., Rossi, R., Quaderi, A., & Palazzolo, J. (2017). Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.06.004>
- Velde, B., Cipriani, J. et Fisher, G. (2005). Opinions des résidents et des thérapeutes sur la thérapie assistée par les animaux : implications pour la pratique de l'ergothérapie. *Journal australien d'ergothérapie*. 43-50. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1630.2004.00442.x>
- Viruega, H., Imbernon, C., Chausson, N., Altarcha, T. Aghasaryan, M., Soumah, D. Lescieux, E., Flamand-Roze, C., Simon, O., Bédin, A. et Smadja, D. (2022). Neurorééducation par hippothérapie sur les séquelles neurofonctionnelles de l'AVC : effet sur l'indépendance fonctionnelle des patients, leurs capacités sensorimotrices/cognitives et leur qualité de vie, ainsi que sur la qualité de vie de leurs soignants – un protocole d'étude. *Cerveau les sciences*. Consulté 10 février 2024, à l'adresse <https://doi.org/10.3390/brainsci12050619>
- Wicker, L. (2018). *Les origines*. Consulté 13 juillet 2023, à l'adresse <https://www.wicker-psychologue-zoothérapie.com/les-origines>

Woimant, F., Mahagne, M-H., Benon, F., Auchère, B., Bénichou, D. (2013). Troubles de l'humeur, fatigue, dépression. *France AVC*. Consulté 27 octobre 2023, à l'adresse <https://franceavc.com/uploads/files/5b3b229d63255.pdf>

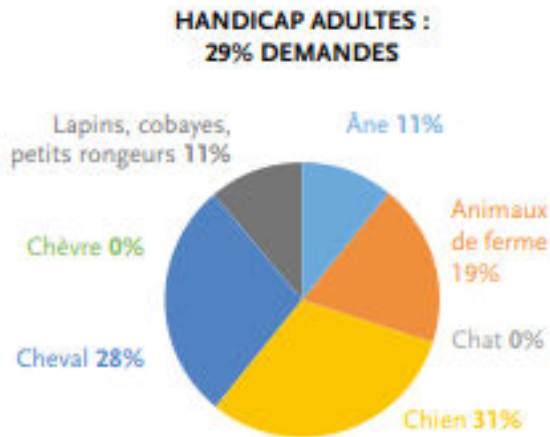
Yelnik, A. (2022). Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*. Volume 206, issue 5. 594-603. Consulté 14 avril 2024, à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407922001169>

## VIDEOGRAPHIE

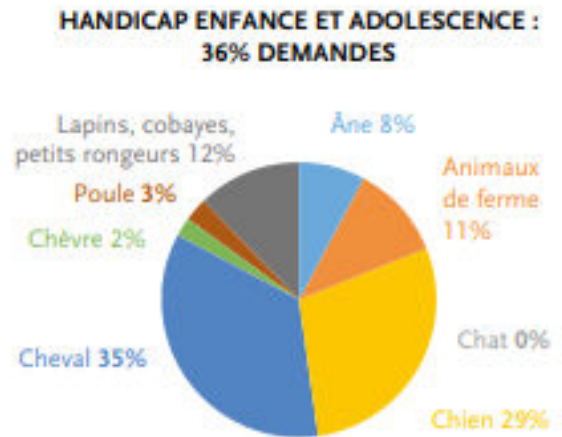
- Bruyat, Blandine. (2024). Intérêt de la médiation équine dans la rééducation motrice. *Chevaux & Psycho*. Institut de formation en équithérapie. Visionné le 8 février 2024, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=jUGum1U8DQc>
- Buchet B., Duboscq M. (2019). Le monde de Jamy – Qu'est-ce que l'hippothérapie. *France télévision*. Visionné 26 octobre 2023, à l'adresse [https://www.youtube.com/watch?v=\\_uf94NQRrvY](https://www.youtube.com/watch?v=_uf94NQRrvY)
- Caussarieu, B. (2022). L'équithérapie et handicap invisible. *Webconférence institut français du cheval et de l'équitation*. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=9ZAGoSC3Pjk&list=WL&index=11>
- CHU Montpellier. (2014). La thérapie à médiation animale : un soin pas comme les autres. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse [https://www.youtube.com/watch?v=5YqiNw1dr\\_M&list=WL&index=1](https://www.youtube.com/watch?v=5YqiNw1dr_M&list=WL&index=1)
- Debusschère, M. et Surma, U. (2019). La médiation animale avec des chiens au centre hospitalier Théophile Roussel. Visionné 26 octobre 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=vRF0UifirDA&list=WL&index=2&t=10s>
- Devaure, M. et Baillet, H. (2021). Le simulateur équestre, une nouvelle méthode de rééducation motrice. *Webconférence institut français du cheval et de l'équitation*. Visionné 26 octobre à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=jN35WrHkYPA&list=WL&index=8>
- Edmond, N. (2022). Identité et frontières de la médiation équine. *Webconférence institut français du cheval et de l'équitation*. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse [https://www.youtube.com/watch?v=1G\\_WDSMOC8&list=WL&index=2&t=11s](https://www.youtube.com/watch?v=1G_WDSMOC8&list=WL&index=2&t=11s)
- France Diversité Média. (2019). L'équithérapie soigner grâce à l'équitation. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=ilKuuVCro8g>
- France 2. (2016). Des animaux au secours de l'homme. *Envoyé spécial*. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=HE4Ko5nARME&list=WL&index=1&t=65s>
- France 5. (2023). Vaincre l'AVC. *Enquête de santé*. Visionné 11 novembre 2023 sur Canalplus. <https://www.france.tv/france-5/enquete-de-sante/5359065-vaincre-l-avc.html>
- Ségal, D. et Rabeisen, D. (2023). Equithérapie pour femmes victimes de violences sexuelles. *France 3*. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=uMXHKGuEc5o>
- Yvon Galloux, C. (2019). Médiation avec les équidés : qui, quoi, pour qui, pourquoi. *Webconférence institut français du cheval et de l'équitation*. Visionné 28 octobre 2023, à l'adresse <https://www.youtube.com/watch?v=qnXWvLokTHk&list=WL&index=10>

## ANNEXES

Annexe I: Répartition des animaux médiateurs selon le type de population (Fondation Adrienne-et-Pierre-Sommer, 2018)

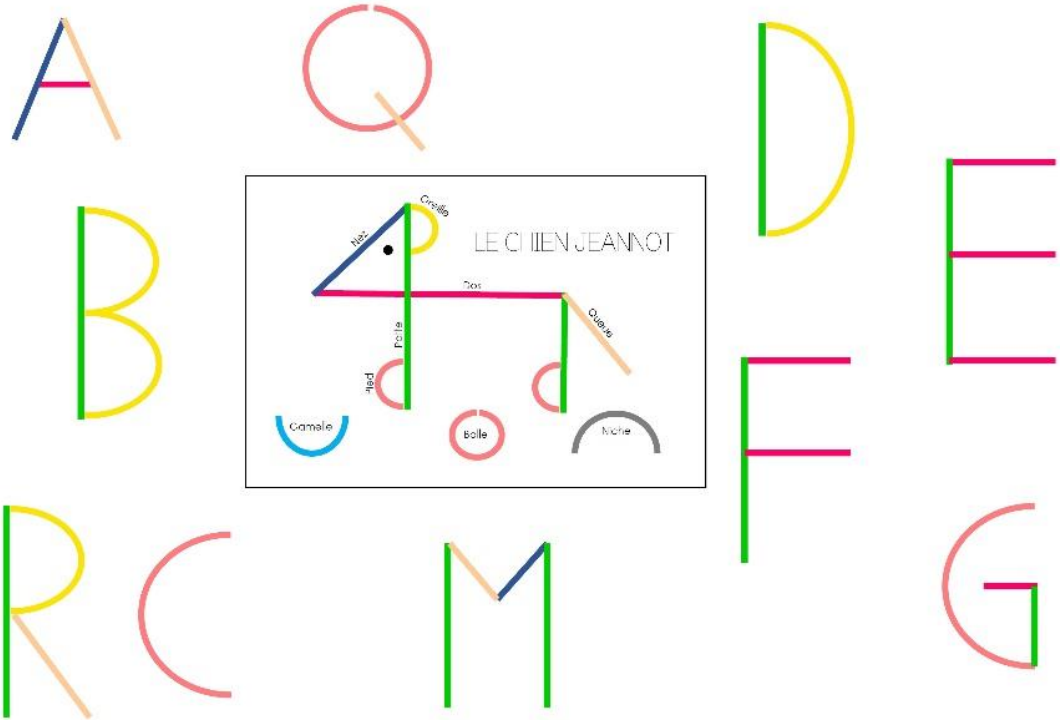


- Animaux associés aux programmes concernant les personnes adultes en situation de handicap (29%). Les « petits animaux » de type rongeurs, lapins, etc. (11%) n'interviennent que rarement seuls. Ils sont majoritairement intégrés aux pratiques de médiation canine.



- Animaux associés aux programmes concernant les enfants et adolescents en situation de handicap (36%). Comme pour les adultes, les « petits animaux » (12%) sont majoritairement associés aux activités de médiation canine.

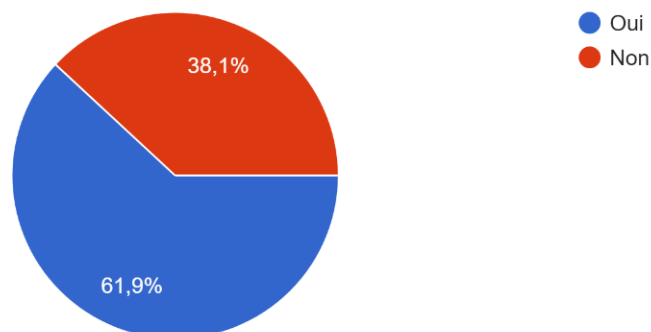
Annexe II : Représentation des 9 tracés fondamentaux de la méthode de Jeannot (Aliceenulis)



### Annexe III : Questions et réponses obtenues de l'enquête exploratoire.

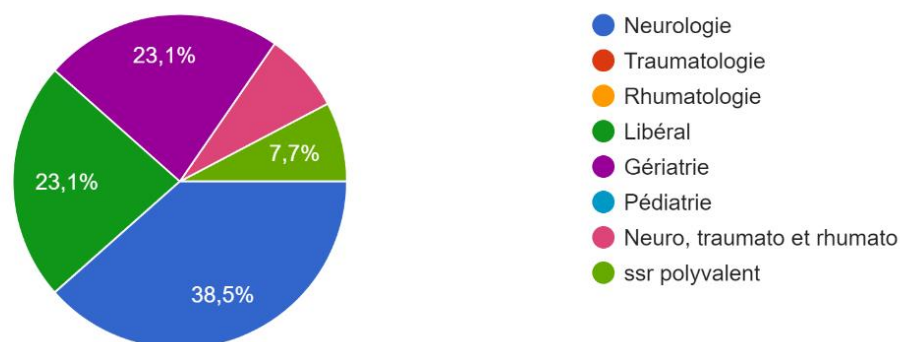
Etes-vous un ergothérapeute ?

21 réponses



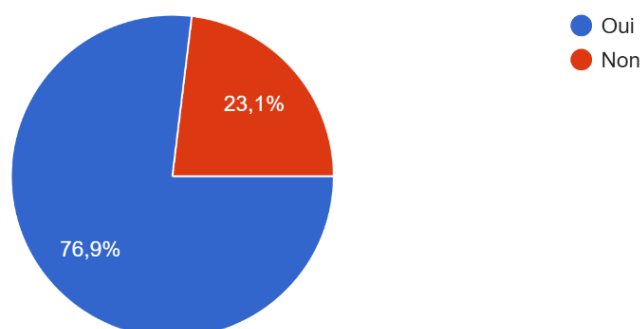
En tant qu'ergothérapeute, dans quel domaine d'intervention travaillez-vous actuellement ?

13 réponses



Avez-vous ou travaillez-vous actuellement auprès de patients qui sont victimes d'un AVC ?

13 réponses





### Quels étaient vos axes de prise en charge en ergothérapie ?

10 réponses

Retrouver de l'autonomie pour le retour à domicile

Rééducation des fonctions motrices, attribution de matériel adapté, adaptation de l'environnement

SSR : rééducation et réadaptation en vue d'un retour à domicile

EHPAD : réadaptation et confort pour le patient et les soignants + stimulation des capacités résiduelles

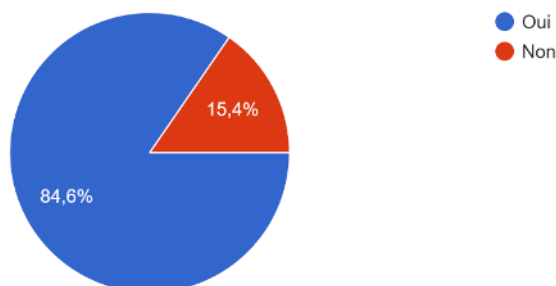
Tout dépend des atteintes à la suite de l'AVC mais dans un premier temps intervention au niveau du positionnement lit et fauteuil, puis des objectifs axés sur la récupération motrice et la réadaptation pour envisager un retour à domicile en sécurité (vad, intégration de la famille dans la rééducation...)

Axes occupationnelle, AVQ

Amélioration de la commande motrice, de la sensibilité, de la fonctionnalité du MS; participation aux transferts et AVQ; Négligence, mémoire et attention, etc.

### Connaissez-vous la thérapie assistée par l'animal (également appelée zoothérapie) avant de remplir ce questionnaire ?

13 réponses



### Si OUI, comment avez-vous connu cette pratique ?

13 réponses

En me tenant informée des nouvelles pratiques en ergothérapie il y a quelques années

non

Via l'association Hand'chiens quand j'étais toute petite puis j'ai appris à la découvrir et l'aimer encore plus en grandissant. J'ai voulu faire de la médiation animale avant même d'entrer en école d'ergothérapie et aujourd'hui je pratique cette médiation dans mon métier.

Reportages

En stage de 3eme année où on collaborait avec des équithérapeutes

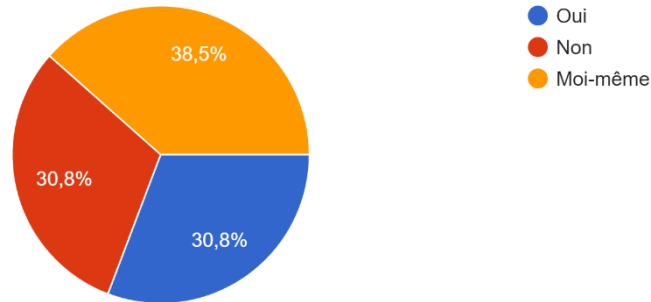
Mémoire effectué sur la médiation animale

Sensibilisation durant les études et participation à un focus groupe sur le sujet.

lors d'un stage en EHpad et en IME

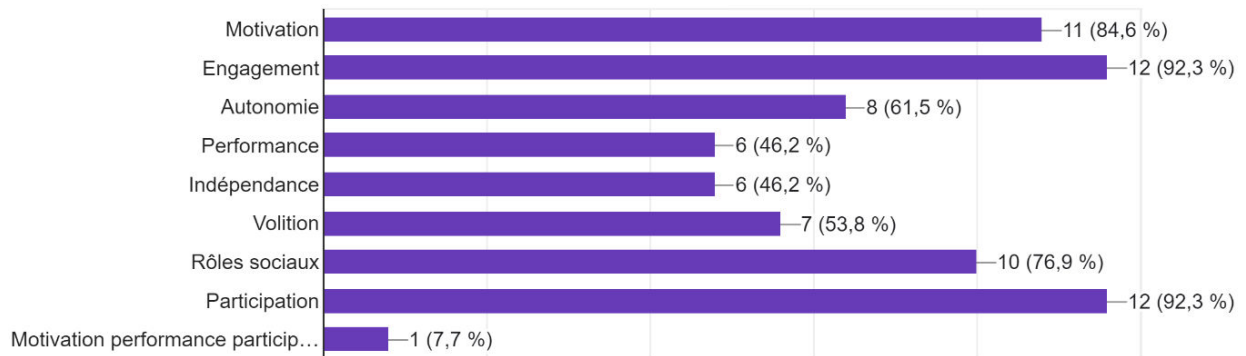
### Connaissez-vous quelqu'un qui pratique la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie ?

13 réponses



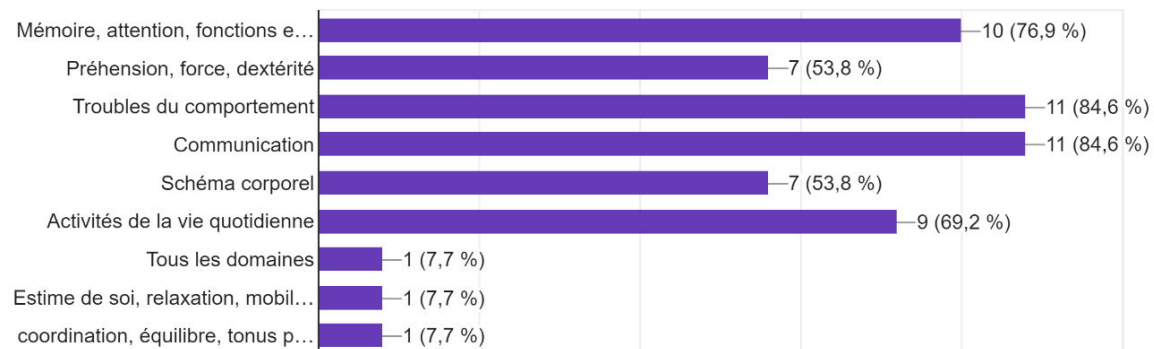
### Selon-vous, sur quels concepts ergothérapiques, la thérapie assistée par l'animal peut-elle avoir un impact ?

13 réponses



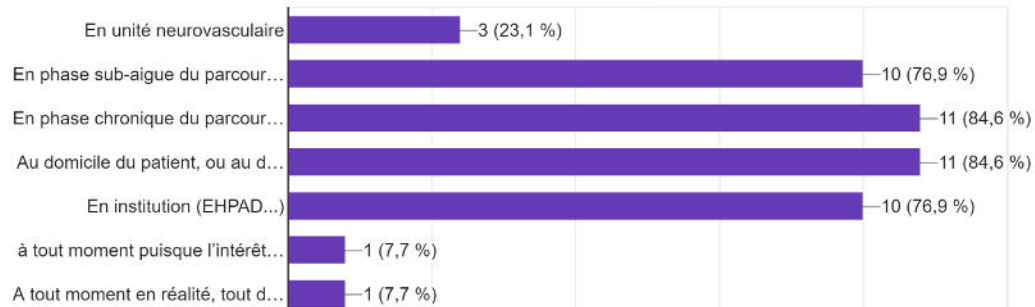
### Selon vous, sur quels domaines d'actions, la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie peut-elle intervenir ?

13 réponses



Selon-vous, à quel moment de la prise en charge d'un patient post-AVC, la thérapie assistée par l'animal pourrait-elle être mise en place ?

13 réponses



Pensez-vous que l'utilisation de la thérapie assistée par l'animal, en ergothérapie, serait pertinente à intégrer en plus de la prise en charge conventionnelle d'un patient post-AVC ? Si oui ou non, pourquoi ?

13 réponses

Aider à passer la phase de deuil et garder la motivation

Ni oui ni non, je ne sais pas vraiment ce que ça pourrait apporter de plus mais en même temps chez certaines personnes ça pourrait les rendre actif dans leur rééducation et les remotiver durant cette période qui peut être difficile car loin de chez eux pendant un certain temps

Oui absolument. La TAA est un plus dans la prise en soin donc elle ne peut que apporter du positif (sous réserve que la personne y soit réceptive : pas phobique etc...). Cela peut permettre d'atteindre les objectifs thérapeutiques plus facilement, dans la bonne humeur et le plaisir.

Oui, pour les patients qui sont réceptifs à cette thérapie, l'animal peut être un vrai soutien émotionnel (surtout en tout début de parcours), il permet aussi de revaloriser la personne (en s'occupant de l'animal, le patient peut se rendre compte qu'il est encore capable de faire des choses). De manière générale, la rééducation est plus agréable et motivante avec un animal.

Oui si la personne a un attrait pour les animaux, si cela permet d'engager ou de réengager la personne

**Enquête exploratoire auprès de personnes qui ont été victimes d'un accident vasculaire cérébral.**

Connaissez-vous la thérapie assistée par l'animal, également appelée zoothérapie ? Oui/Non.

Si oui, comment avez-vous connu cette pratique ?

8 réponses

Vu en ehpad pour résidents déments.

.non

Oui. J'en ai entendu mais j'en ai jamais rencontré. Bien dommage car les animaux apaise les malades.

Oui, par la télévision.

non

Oui, j'ai vu un reportage à la télé dessus.

Oui, pour des enfants avec des chevaux.

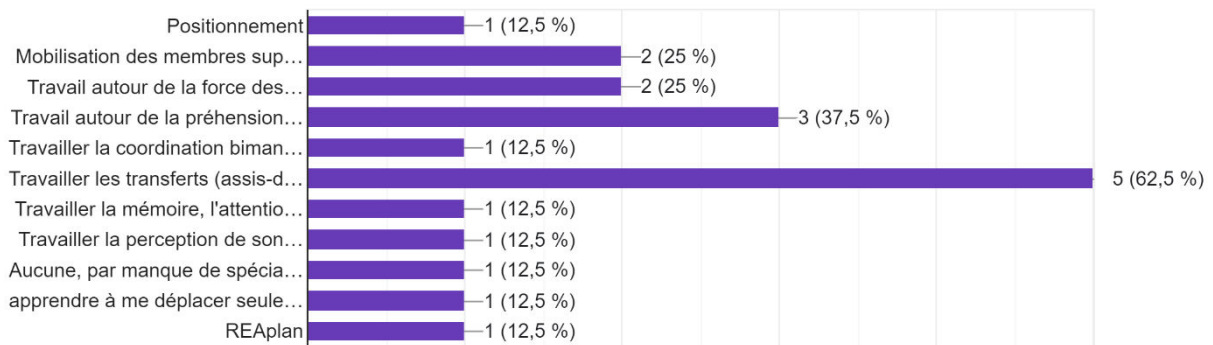
Quelles difficultés dans votre quotidien avez-vous rencontrées à la suite de votre accident vasculaire cérébral (habillage, toilette, alimentation, déplacements...) ?

8 réponses

Déplacements
Déplacement
Toilette, repas, déplacements
Hospitalisé en établissement de rééducation.
habillage, toilette, alimentation, déplacements
Des difficultés pour faire le moindre geste, toute la moitié du corps ne répondait plus. J'étais assistée pour tout.
Moi je pouvais marcher, mais mon bras ne fonctionnait plus. J'avais beaucoup de difficultés pour m'habiller, et pour manger (pour couper la viande ou manger un yaourt).

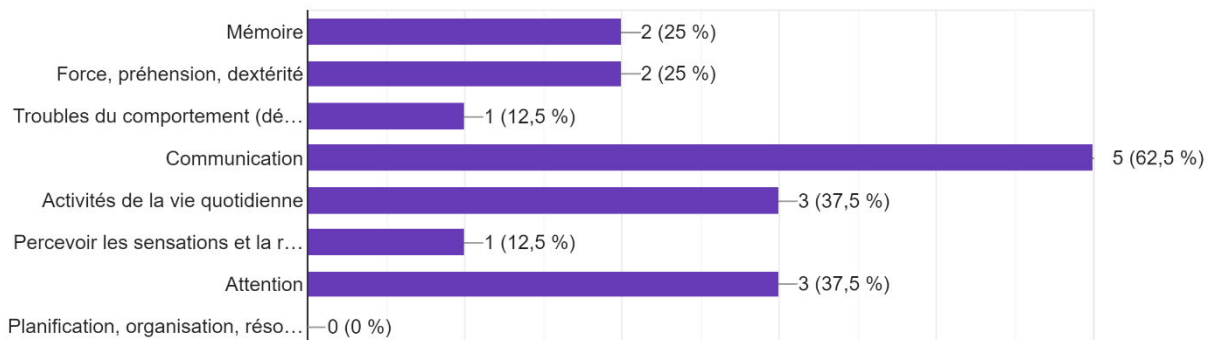
Quels types de prises en charge avez-vous bénéficié en ergothérapie ?

8 réponses



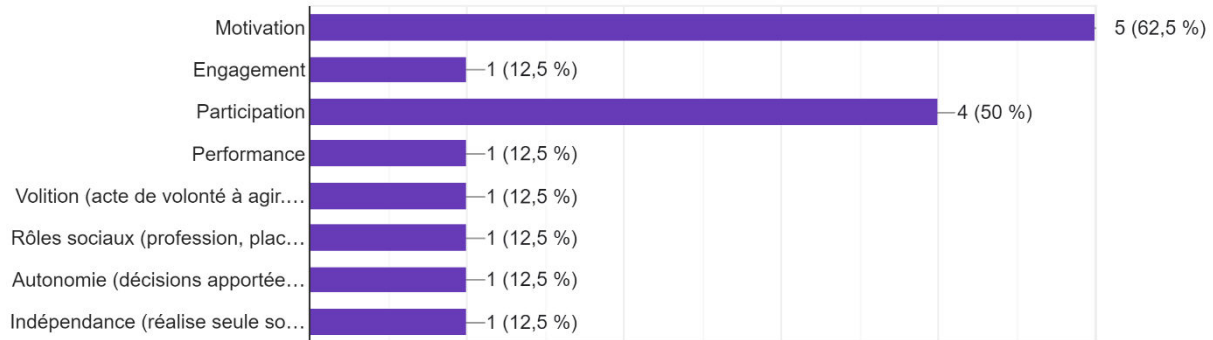
Selon-vous, la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie pourrait intervenir dans :

8 réponses



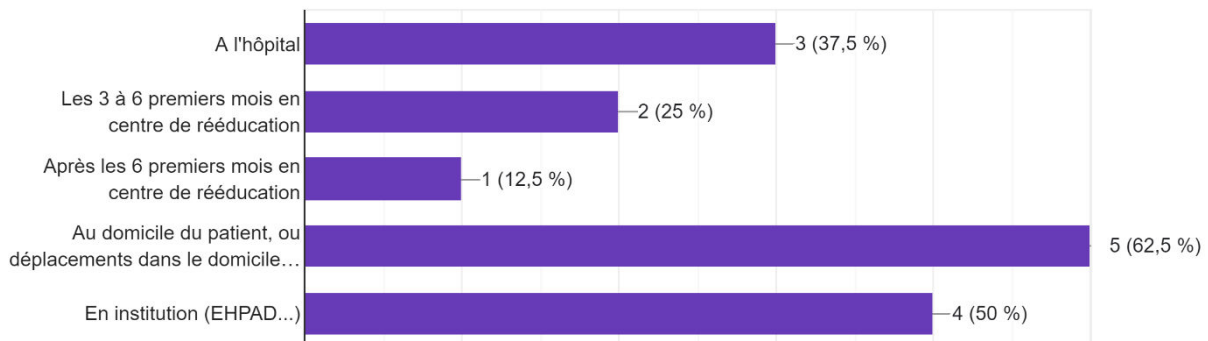
Selon vous, sur quoi la thérapie assistée par l'animal peut-elle avoir un impact en ergothérapie ?

8 réponses



Selon vous, à quel moment de la prise en charge de l'AVC, la thérapie assistée par l'animal devrait être mise en place ?

8 réponses



Pensez-vous que l'utilisation de la thérapie assistée par l'animal aurait été / serait pertinente en plus de la prise en charge de l'AVC, en ergothérapie ? OUI/NON.

Pourquoi ?

8 réponses

Oui

Oui l animal à porte la convicene en soi et ne porte pas de jugement

Oui, les animaux rassurent la personne. Ils se sentent en sécurité, et leur maladie pèse beaucoup moins.

Oui, le contact avec l'animal attire toujours l'attention de la personne et demande bien souvent des caresses ce qui fait réagir la personne.

oui selon la mobilité de la personne

oui, ça amènerait de la joie dans l'hôpital

Oui pourquoi pas, mais j'ai du mal à réaliser comment ça peut être mis en place. Qui va s'occuper de l'animal etc...

Annexe IV : Schéma illustrant la dynamique du modèle de l'occupation humaine.

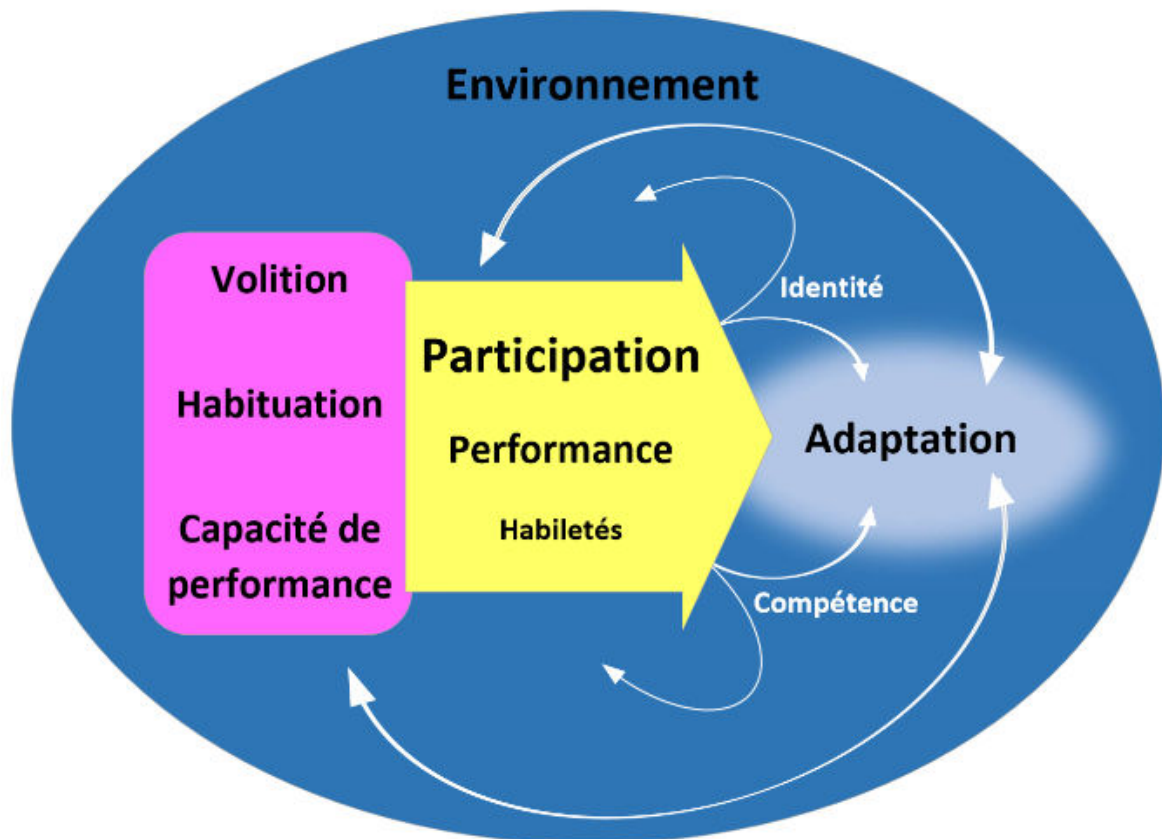


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).  
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).  
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

## Annexe V : Grille d'entretien

### **Question signalétique :**

Pouvez-vous vous présenter et raconter brièvement votre parcours ? Pour ceux qui pratiquent la thérapie assistée par l'animal depuis combien de temps avez-vous intégré cette pratique au service d'ergothérapie en neurologie ?

### **Questions ouvertes :**

Q1	<p>[<i>professionnel</i>] Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de la rééducation en ergothérapie (avec ou sans l'animal), auprès de patients victimes récemment d'un AVC ?</p> <p>[<i>patient</i>] Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de votre rééducation en ergothérapie (avec ou sans la présence d'un animal) ?</p> <p><u>Relance</u> : Quels moyens ont été utilisés pendant vos séances en ergothérapie ?</p>
Q2	<p>Avez-vous observé une amélioration fonctionnelle des déficits en ergothérapie (avec ou sans séances avec l'animal) ?</p> <p><u>Relance</u> : Au bout de combien de temps observez-vous les premiers bienfaits par rapport aux AVQ ?</p>
Q3	<p>Selon vous, l'intégration de l'animal durant les premiers mois en service d'ergothérapie peut-il apporter des bénéfices dans la réalisation des AVQ de patients post-AVC ?</p> <p><u>Relance</u> : Comment l'animal en séances peut-il avoir des répercussions sur la réalisation des AVQ ?</p>
Q4	<p>[<i>professionnel</i>] En ergothérapie, comment mesurez-vous la récupération des signes (moteurs, sensoriels, cognitifs ...) ?</p> <p>[<i>patient</i>] Quelles évaluations ont été utilisées en ergothérapie pour mesurer la récupération (motrice, sensorielle, cognitive...) ?</p> <p><u>Relance</u> : Existe-t-il des évaluations spécifiques à la TAA ?</p>
Q5	<p>Selon vous, quels sont les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?</p> <p><u>Relance</u> : Au sein de votre structure, il y a-t-il certaines recommandations administratives ou réglementaires dont vous devez appliquer en ergothérapie avec ou sans la présence d'un animal ?</p>

**Question de fin :** Il y a-t-il des éléments supplémentaires en lien avec mon sujet ou votre expérience dont vous souhaitez me faire part ? Avez-vous des questions ? Souhaitez-vous être tenu au courant de la suite de l'étude ?

Annexe VI : Matrice théorique

Variables théoriques	Critères		Indicateurs	Indices	Q°
MOH de Kielhofner (Renée R. Taylor, 2017)	<u>être</u>	Volition	Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Récupérer le maximum de fonctions.</li> <li>- Acquérir un geste fonctionnel, et utiliser le bras négligé dans les AVQ.</li> <li>- Réaliser ces occupations avec le plus d'autonomie et d'indépendance.</li> <li>- Les séances avec l'animal ont de l'importance pour le patient.</li> <li>- Retourner à domicile.</li> </ul>	1,3
			Centres d'intérêts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités significatives pour la personne.</li> <li>- Aime ou possède un animal, pratique l'équitation...</li> <li>- Plaisir et satisfaction durant les séances avec l'animal.</li> </ul>	1,3
			Déterminants personnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sentir plus à l'aise pour réaliser les activités avec l'animal.</li> <li>- Conscience ou inconscience de ses capacités / incapacités et progrès.</li> <li>- Satisfaction des séances, sentiment d'efficacité dans les AVQ.</li> <li>- Pouvoir d'agir.</li> </ul>	3
		Habituation	Habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances régulières avec l'animal.</li> <li>- Planning de rééducation.</li> </ul>	1
			Rôles sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anciens rôles (propriétaire d'un animal, parent, éleveur...)</li> <li>- Sentiment de responsabilité en prenant soin de l'animal.</li> <li>- Nouveaux rôles (patient, cavalier et apprenant).</li> </ul>	2,3
		Capacité de rendement	Composantes objectives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités limitées face aux troubles (moteurs, cognitifs...)</li> <li>- Hâbleries : motrices, sensorielles, cognitives, sociales...</li> </ul>	2,3
			Composantes subjectives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier/exprimer ses émotions positives (bien-être, joie...)</li> <li>- Identifier les émotions négatives (peur, anxiété...)</li> <li>- Identifier la fatigue et les douleurs.</li> </ul>	



<b>Agir</b>	Habilités	Habilités motrices	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble de la préhension (prises fine et grossière, dextérité, force).</li> <li>- Perte ou modification du tonus (spasticité...).</li> <li>- Trouble de l'équilibre postural (assis/debout).</li> <li>- Perturbation du schéma corporel...</li> </ul>	2,3
		Habilités opératoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation, planification, résolution de problèmes...</li> <li>- Capacités attentionnelles et mnésiques.</li> <li>- Coordination bimanuelle.</li> <li>- Orientation spatio-temporelle.</li> <li>- Praxie.</li> </ul>	
		Habilités d'interaction et de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tryptique entre patient – intervenant – animal.</li> <li>- Création d'une relation thérapeutique entre patient-animal.</li> <li>- Communication non-verbale animal-ergothérapeute.</li> <li>- Cohérence des propos, désinhibition, trouble phasique...</li> <li>- Interaction avec le thérapeute facilitée par l'animal.</li> </ul>	
	Performance	Réalise l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitation notamment par l'hémiplégie et l'héminégligence</li> <li>- Capacité à réaliser ses occupations avec les séquelles restantes.</li> </ul>	2,3
	Participation	Engagement effectif dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels spécifiques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'animal apporte un aspect ludique qui ne donne pas le sentiment de faire de la rééducation.</li> <li>- Sentiment de liberté du fait du retrait des accessoires fonctionnels (FR...)</li> <li>- Participation du patient en chambre durant les prises en soin par l'équipe soignante.</li> </ul>	2,3
	Adaptation	Adaptation future à de nouvelles occupations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accepter le changement sur les capacités antérieures à l'AVC.</li> <li>- Transfert des apprentissages effectués sur l'animal vers les AVQ.</li> <li>- Réaliser les AVQ avec les capacités préservées et récupérées.</li> </ul>	2,3
	Identité	Amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite (re)devenir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estime de soi.</li> <li>- Nouveaux rôles sociaux dont ils sont fiers (ex : cavalier).</li> <li>- Connaissances des capacités antérieures à l'AVC et celles actuelles.</li> </ul>	

	Compétence	Capacité à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferts des compétences sur l'animal vers des situations écologiques.</li> <li>- Épanouissement dans les activités significatives.</li> <li>- Gain de performance, d'autonomie et d'indépendance.</li> <li>- Gérer la fatigue et les douleurs.</li> </ul>	2,3
	Environnement	Physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lieux (salle d'ergothérapie, en chambre, carrière, manège...).</li> <li>- Matériels pédagogiques ou non (licol, brosse, tapis...).</li> <li>- Intégration d'un ou plusieurs animaux.</li> <li>- Aide technique (AT) (FR, déambulateur, montoir...)</li> <li>- Environnements facilitateurs et obstacles.</li> </ul>	1,3,5
		Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances en collectives ou en individuelles.</li> <li>- Présence de l'animal et de l'intervenant.</li> <li>- Possibilité de la présence d'aidants...</li> <li>- Environnement sécurisant/apaisant apporté par l'animal.</li> <li>- Environnements facilitateurs et obstacles.</li> </ul>	1,3,5
		Occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement des séances de TAA.</li> <li>- Séances de rééducation en lien avec les intérêts, rôles, cultures...</li> </ul>	1,3,5

<b>Variables théoriques</b>	<b>CRITERES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>INDICES</b>	<b>Q°</b>
Plasticité cérébrale  (Allart et al. 2017)	Phénomènes d'apparition	Plasticité post-lésionnelle	- Survient spontanément à la suite de l'AVC. - S'apparente à la plasticité liée à l'expérience.	2,3
		Plasticité lié à l'expérience	- S'accroît durant la rééducation. - Mouvements continus et répétés sur/en présence de l'animal sur une séance, et à long terme (séances régulières). - Variable selon l'intensité, la spécificité, la pertinence de la séance. - Nouvelles compétences / comportements acquis. - Optimise la performance (motrice, cognitive, perceptuelle).	
		Plasticité développementale	L'animal, partie de l'environnement, favorise la maturation de réseaux neuronaux de certaines fonctions (vision, langage).	
(Rode et al. 2017)	Composantes au cours de la récupération	Récupération vraie	- Amélioration des capacités motrices, cognitives... - Optimale les 3 premiers mois de rééducation, puis récupération lente. - Variable selon : l'étendue, la localisation, la nature de la lésion, l'âge...	2,3
		Compensation	- Sur sollicitation du membre sain (plasticité mal-adaptative). - Sous-utilisation du membre déficitaire. - L'animal peut favoriser l'utilisation du membre hémiparétique (stimulation sensori-motrice) afin d'éviter la négligence de celui-ci.	

<b>Variables théoriques</b>	<b>CRITERES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>INDICES</b>	<b>Q°</b>
Cadre thérapeutique (Potel, 2019)	Espace	Concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre de rééducation (plateau technique, chambre, dans une autre salle, jardin...).</li> <li>- Chez l'intervenant externe (centre équestre, forêt...).</li> <li>- Favoriser un lieu chaleureux et sécurisant.</li> <li>- Position du matériel et de l'intervenant du côté négligeant.</li> </ul>	1,5
	Matériel	Choix des objets (jeux, tissus, matières, couleur...) autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matériels de l'animal (laisse, harnais, licol, selle, brosse, jouets, friandises, surfaix de voltige, tapis de monte à cru...)</li> <li>- AT (cadre de marche, FR, montoir...).</li> <li>- Matériels de rééducation (pince, élastique, cerceau, plot, ballon, activités personnalisés en lien avec l'animal tels que le memory...)</li> <li>- Jeux d'échange de ballon, d'adresse et de direction, passage de petits obstacles...</li> <li>- Utilisation de l'animal ou d'un simulateur mécanique équestre.</li> <li>- Utilisation de différentes montées (simple, latéral, amazon...) et allures (pas, trot...)</li> </ul> (Meyer, 2023).	1,5
	Temps	Durée suffisante et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances et horaires réguliers (en semaines, mois).</li> <li>- Une à plusieurs fois par semaine / mois.</li> <li>- Durée modulable de la séance en fonction de l'animal et du patient (fatigue, crainte...)</li> </ul> (Barré, 2018).	1
	Encadrement	Peut travailler seul, en équipe, en coanimation. Un travail pluridisciplinaire est d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien de départ (définir : besoins, difficultés autour des occupations, phobie, allergie, acceptation d'intégrer l'animal ou non en séances).</li> <li>- Ergothérapeute en collaboration avec un intervenant externe, ou un professionnel de santé de la structure.</li> <li>- Séances individuelles ou en groupe.</li> <li>- Groupes ouvert ou fermé (mêmes patients / animaux).</li> <li>- Animal qui agit / juste assis à côté du patient pendant la séance.</li> <li>- Accompagnement de l'intervenant en TAA à côté, devant, derrière, à une certaine distance du patient (tenir une double laisse), ou en montée double.</li> </ul>	1,5

	Fonctionnement institutionnel	<p>Le cadre s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séance d'ergothérapie sur prescription médicale.</li> <li>- Respect des lois relatives à l'institution (secret professionnel, détention d'informations relatives au suivi de la prise en charge, consentement, risques liés à l'animal = infections, allergies...).</li> <li>- Détenir une responsabilité civile ou administrative.</li> <li>- Le chien peut être assuré par la structure (Trivellin, 2008).</li> <li>- Possible financement sous la demande de l'ergothérapeute par sa structure (acte CSARR).</li> <li>- Aides financières (AEEH, PCH, complémentaires santé, assurance) si prescription médicale, bilan du professionnel sur l'intérêt de la médiation et un devis (Meyer, 2023).</li> <li>- Rédaction du projet d'intervention personnalisé du patient, et des bilans (observer le suivi du patient).</li> <li>- Prescription médicale ; certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'hippothérapie.</li> <li>- Type de contrat.</li> <li>- Convention entre l'établissement et l'intervenant.</li> </ul>	1,5
--	-------------------------------	---	---	-----

Annexe VII : Lettre d'information

Mme MARTINEZ Malvina  
Etudiante de troisième année  
Institut de formation en ergothérapie de Montpellier  
Malvina.martinez@ifemontpellier.fr

Objet : Lettre d'information destinée aux participants pour un entretien réalisé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche.

Thème : L'intégration de l'animal dans la prise en charge en ergothérapie de patients post-AVC en centre de rééducation.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche auquel je vous propose d'y participer. Après lecture, je reste à votre disposition pour tout éclaircissement.

**DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE:**

Cette étude se déroulera sous forme d'entretien réalisé par appel téléphonique ou par visioconférence selon vos disponibilités entre le 15 mars et le 30 avril. La durée de l'entretien dure en moyenne 30 minutes, mais est modulable en fonction de vos réponses. En effet, vous serez amené à partager votre expérience et votre point de vue autour de 5 questions ouvertes en lien avec ma thématique de mémoire.

Toute information recueillie, par enregistrement audio, sera traitée et fera l'objet d'une retranscription informatique de façon confidentielle. Conformément à l'article L 1122-1 de Code de la Santé Publique (loi de mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

**FRAIS :**

Votre collaboration à cette étude n'entraîne pas de participation financière de votre part.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette information. Si vous êtes toujours volontaire pour participer à cette recherche, je vous invite à signer le formulaire de consentement ci-joint.

## Annexe VIII : Formulaire de consentement

☎ 04 67 10 79 99  
🌐 [www.ergotherapieimontpellier.com](http://www.ergotherapieimontpellier.com)  
✉ [secretariat@ergotherapieimontpellier.com](mailto:secretariat@ergotherapieimontpellier.com)  
📍 Parc Euromédecine 1672 rue Saint Priest 34090 Montpellier



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

Je soussigné(e)....., accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Melle MARTINEZ Malvina, élève de troisième année de l'institut de formation en ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de M THOUZELLIER Jérôme, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont clairement été expliqués dans la lettre d'information.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées de manière confidentielle, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

Le,

*Signature de l'étudiante      Signature du maître de mémoire      Signature de la personne*



## Annexe IX : Retranscription des entretiens

### Entretien E1

**Moi** : Alors tout d'abord, merci de participer à ce mémoire d'initiation à la recherche. Parce que ce n'est pas facile de trouver des personnes dans cette thématique-là.

**E1** : C'est avec plaisir.

**Moi** : Je vous explique brièvement le déroulement de cet entretien. Il va durer 30 minutes en fonction de vos réponses bien évidemment. Donc enfaite, au global, il y a cinq questions qui seront en lien avec ma thématique de mémoire. Et, l'objectif est de vraiment venir recueillir votre expérience, votre point de vue sur ces questions-là. Cet entretien va être enregistré, et sera retranscrit sous format anonyme, c'est pour ça que je vous ai demandé de remplir un document de consentement. Est-ce qu'avant que l'on commence, vous avez des questions en particulier ? Ou est-ce que l'on peut y aller...

**E1** Non. On peut y aller.

**Moi** : Ok super. Alors, la première question est assez générale. Est-ce que vous pouvez vous présenter, et raconter brièvement votre parcours ? Et du coup, pour vous aussi, qui pratique la thérapie assistée par l'animal, depuis combien de temps vous l'avez intégré en service d'ergothérapie en neurologie.

**E1** : Alors moi ce n'est pas forcément en neurologie. Je suis ergothérapeute, je suis diplômée depuis 2008, et donc je travaille à X au centre de rééducation depuis 2008.

**Moi** : D'accord.

**E1** : Heu... Donc moi, ma spécificité, elle est plutôt sur les patients brûlés et amputés. Après, on a un établissement, fin pour reprendre... on est un établissement de 100 lits en hospitalisation complète avec 60 lits dédiés au locomoteur (on retrouve tout ce qui est : orthopédie, rhumatologie, brûlé et amputé). Après, on a 40 lits de neurologie (donc là tout type : AVC, blessés médullaires, TC). Et après on a un service d'hospitalisation de jours avec une quarantaine de places, et donc là il y a loco et neuro.

**Moi** : D'accord.

**E1** : Donc moi ma spécificité, je travaille à temps pleins, et j'interviens sur le pôle locomoteur, et plus spécifié chez les patients brûlés et chez les patients amputés. Voilà... la médiation animale, alors enfaite en 2018, a été écrit un projet enfaite d'activités associées à l'animal, où l'idée était d'intégrer deux chiens d'assistantes dit d'accompagnement social au centre. Donc heu, enfaite, on a écrit ce projet avec l'association handchiens, donc enfaite le projet a abouti, et donc deux chiens sont arrivés. Donc là, heu... en 2019, j'ai été formé en tant que référent secondaire, donc enfaite les deux chiens ont chacun deux référents principaux. Le référent principal est celui qui emmène le chien le soir, il suit les horaires de son référent. Et enfaite, le référent principal est garant du bien-être du chien. Et en plus, bien évidemment il peut travailler avec lui. Quand on est référent secondaire, on est... c'est plutôt de l'utiliser dans notre pratique professionnelle.

**Moi** : D'accord je vois.

**E1** : Donc enfaite, j'ai été formé en 2019. Et là en 2023, je suis devenue référente principale d'un autre chien « P » qui est juste arrivé en novembre 2023. Et là je suis référente principale de P. Parce qu'enfaite sur les deux chiens, il y en a un qui a 9 ans, qui commençait à prendre de l'âge,



un petit peu à vieillir. L'idée est qu'il vient un peu moins souvent pour qu'il aille à la retraite, et que P puisse prendre le relais. Donc voilà...

**Moi** : Ok je vois. Et est-ce que vous pouvez m'expliquer le déroulement de la rééducation en service d'ergothérapie avec votre animal quand vous êtes auprès de patients ayant été victimes récemment d'un AVC ?

**E1** : Alors enfaite, nous P est là par demi-journée avec différents professionnels. Donc vu que là, elle n'est pas très longtemps, elle est souvent en ergothérapie, car je suis sa référente principale. Et donc enfaite, déjà P, elle est dans le service, enfaite, elle est détachée. Autant, quand on est dans les couloirs elle est en laisse, mais quand elle est dans le service je la détache. Et c'est vrai déjà, même quand on ne lui demande rien, elle a un très bon relationnel. C'est-à-dire que dès que les patients arrivent, immédiatement, elle va leur dire bonjour. Donc, elle va les voir, elle se met près d'eux, enfaite, elle cherche le contact. Souvent, c'est très apprécié des patients, donc enfaite, soit les patients réagissent à la caresse, et elle, elle voit qu'il y a une attirance, et là elle va chercher son jouet, enfaite, pour voir si le patient veut avec elle, jouer un petit peu, ou quelqu'un verra que les patients n'y portent pas trop attention, elle ne va pas continuer, elle va laisser quoi.

**Moi** : D'accord ok...

**E1** : Et après, on peut faire des activités où là on utilise le chien pour travailler avec le patient, donc là ce sont des séances préparées. On fait beaucoup de brossage enfaite. Donc, là on fait monter P soit sur le plan Bobath, c'est mieux elle est plus à l'aise que les petites tables. Et là c'est le patient a la capacité à se mettre debout, et enfaite il doit brosser le chien.

**Moi** : D'accord.

**E1** : Sachant que c'est un chien, le chien il bouge, le chien il est plus ou moins loin du bord, parce que ce n'est pas toujours évident, ce n'est pas comme un exercice où on peut le mettre comme on veut sur la table. Le chien on ne le mettra pas forcément comme on veut, c'est au patient de s'adapter au chien aussi. On fait ça... on fait aussi... Si le patient ne peut pas se mettre debout, ou c'est encore trop difficile, du coup on fait monter le chien sur la table, et là le patient reste sur le fauteuil, et euh... le chien se couche, et le patient brosse le chien. Du coup, c'est intéressant car ça fait travailler l'aspect moteur, l'aspect sensoriel et aussi cognitif parce que le chien, je pense à ceux qui notamment à des patients héminégligents il ne faut pas que brosse que la tête du chien. Donc voilà... après le chien, répond à une cinquantaine d'ordres donc enfaite moi j'explique au patient les ordres du chien. Donc d'une séance sur l'autre c'est intéressant que le patient se souvienne des ordres qu'il faut donner au chien.

**Moi** : Ok, oui.

**E1** : Donc autant sur le brossage, les ordres il y en a quelques-uns. Mais sur le lancer de balle, il y a vraiment plusieurs ordres. Il y a le « P, assis », « apporte », « donne ». Parfois, les patients il faut vraiment qu'ils retiennent sinon elle ne le fera pas. Voilà... On fait aussi de la marche en laisse, donc voilà... L'autre jour, j'ai une collègue qui est allée promener le chien avec un patient dans le parc. C'est le patient qui avait le chien en laisse, donc voilà je lui explique qu'il faut qu'il le tienne avec sa main gauche, évidemment si c'est possible. S'il a une hémiplegie gauche, on va s'adapter, on va la mettre à droite, il n'y a pas de soucis. Et que le chien marche à gauche. Et là je lui ai donné une pochette où dedans où il y a des croquettes si besoin pour la rappeler, et là où il y a aussi le sac à crotte. Et là le chien avec fait sa crotte. Donc, là, il faut

ramasser. Il s'agissait d'un patient apraxique, ce n'est pas si simple que ça (rire), mais il s'est très bien débrouillé. Mais voilà, c'est des petites situations comme ça... Voilà.

**Moi** : Est-ce qu'il y a d'autres moyens que vous utilisez hormis ceux que vous m'avez cités durant vos séances ?

**E1** : Heu... c'est-à-dire...

**Moi** : Heu... des moyens que ça soit... comme là vous avez parlé de la laisse, du plan bobath, du lancer de balle.

**E1** : Lancer de balle... on fait aussi le jeu de la croquette. Enfaite, on a trois cônes, dans un des cônes, on cache une croquette, le patient doit prendre déjà la croquette... donc forcément prendre la croquette ce n'est pas aussi facile que ça, mettre dans un cône et mélanger. Et enfaite le chien doit trouver le cône où il y a la croquette. Donc enfaite ce qui est intéressant, déjà il y a la gestuelle pour le patient, et c'est l'interaction avec le chien. Voilà, ça détourne un peu leur attention.

**Moi** : D'accord... Est-ce que vous avez pu observer une amélioration fonctionnelle des déficits avec les séances avec l'animal ?

**E1** : Amélioration fonctionnelle je ne sais pas. Mais, mon idée était de faire un atelier, enfaite, que je puisse faire sur 4 séances, et enfaite pour voir l'évolution sur 4 séances.

**Moi** : D'accord.

**E1** : Là pour l'instant, le chien on l'utilise ponctuellement, comme... fin... c'est un moyen de rééducation. Comme on utiliserait un exercice, là on fait l'exercice avec le chien. Il faudrait que ça soit un exercice que l'on fasse quatre fois la même chose pour qu'on puisse voir une évolution. Par contre au niveau relationnel et au niveau affect, fin voilà, c'est vrai que les patients aiment beaucoup, ça ils expriment régulièrement... ça ils aiment bien quoi. Donc, c'est plutôt sur le versant affectif où on sent une différence quoi.

**Moi** : Du coup, vous n'avez pas vu pour l'instant des bienfaits en lien avec les activités de la vie quotidienne

**E1** : Pour pouvoir voir un bienfait enfaite, faudrait qu'on ait des éléments de comparaison, et il faudrait que l'on fasse plusieurs fois la même chose. Hors pour l'instant, il faudrait que l'on le développe, ça fait partie des projets. Mais pour l'instant, c'est vrai qu'on reste plus sur... aujourd'hui on va faire un exercice avec le chien, ça reste ponctuel. Après, là c'est en cours, parce que j'ai une étudiante aussi qui fait son mémoire sur la médiation animale et les parkinsoniens. Et donc là, elle va sur deux semaines, faire des séances avec les patients... deux fois par semaine et c'est avec les mêmes patientes. Et là on verra une meilleure évolution. Il y aura un suivi enfaite.

**Moi** : Ok je vois. Et heu... Selon-vous est-ce que l'intégration de l'animal durant les premiers mois en service d'ergothérapie ça peut apporter des bénéfices dans la réalisation des activités de la vie quotidienne pour les patients qui ont eu un AVC ?

**E1** : Heu... oui très certainement. Fin déjà, sur le côté émotionnel enfaite. Quand le patient arrive « oh moi aussi j'ai un chien », donc c'est vrai que du coup le patient va plus parler, il va plus se confier, donc on va pouvoir aller plus facilement sur la sphère du privé, quoi. On va pouvoir rebondir sur ce qu'il va nous dire quoi. Mais...

**Moi** : D'accord ok je vois. Et heu...

**E1** : Heu...

**Moi** : Oui je vous écoute (rire)

**E1** : Après j'allais dire, de voir avec lui ce qu'il faisait avec son chien , et beh là on va essayer dans la mesure du possible, de pouvoir refaire ce qu'il faisait avant quoi.

**Moi** : Ok, d'accord, je vois... Et par rapport à la récupération des séquelles, comment vous les mesurez au niveau moteur, sensoriel, cognitif avec l'animal ?

**E1** : Alors enfaite, on a nos bilans ergothérapeutiques classiques, et pour l'instant on n'a pas de bilans qui sont propres à cette activité. Enfaite, l'activité avec l'animal, ce n'est pas une activité qui est forcément valorisée. Nous en centre de rééducation, on doit remplir un PMSI, ce sont des actes codés. Je ne sais pas si tu connais ?

**Moi** : Oui oui.

**E1** : Enfaite, c'est une activité qui n'est pas valorisée enfaite. Donc après, voilà, comme je dis il faudrait que l'on puisse faire un bilan au début de la séance avec le chien, qu'on fasse un suivi sur plusieurs séances, et qu'on refasse un bilan avec la fin. Sachant, qu'en principe, les patients ils ne font pas que de la médiation animale... En ergothérapie, ils travaillent sur d'autres choses aussi tu vois. Ce n'est pas évident, c'est un ensemble tu vois.

**Moi** : Pour ma dernière question, quels sont selon vous les avantages et les limites rencontrés, heu... lorsqu'on intègre l'animal en service d'ergothérapie en neurologie, et du coup avec des patients post-AVC ?

**E1** : Heu... l'avantage, beh déjà ça favorise la relation enfaite. Le patient va plus facilement se confier. Heu... après, l'avantage c'est que tu peux diversifier tes activités, et c'est vrai que ça change les exercices que l'on peut parfois leur proposer. Donc voilà... Et après les limites... le chien connaît une cinquantaine d'ordres, ce qui est déjà pas mal. Après, on ne peut pas tout faire avec le chien. Donc voilà... Mais après c'est intéressant aussi quand on a des patients tristes, qui pleurent beaucoup, hein, ça arrive souvent dans les premiers temps. Et c'est vrai qu'avoir ce petit moment de réconfort avec le chien, ça arrive très très souvent. On nous demande souvent pour ça.

**Moi** : D'accord je vois. Est-ce que vous avez certaines recommandations administratives ou réglementaires dont vous devez appliquer en ergothérapie avec la présence de l'animal au sein de votre structure ?

**E1** : Oui effectivement. On a été le premier centre, heu... on est un établissement sanitaire. On est le premier centre à accueillir des chiens d'assistance. Souvent enfaite, les chiens d'assistance on les retrouve beaucoup dans les secteurs médico-sociales, donc type maison de retraite, IME, des choses comme ça. Sauf que forcément, on n'a pas les mêmes règles au niveau de l'hygiène etc. Du coup, on a écrit le projet, heu... d'abord ils ont demandé l'aval aux autorités. On a un infirmier hygiéniste aussi qui a validé le projet, et il y a des zones où le chien n'a pas le droit d'y accéder, par exemple au restaurant, à l'infirmerie. En ergothérapie, elle ne rentre pas dans la cuisine thérapeutique. Elle ne cherche pas à rentrer, car elle s'est qu'elle n'a pas le droit donc heu... elle n'y rentre pas. Quand il y a des pansements, évidemment il n'y a pas le chien. S'il y a le chien, il faut penser à savoir comment s'y prendre, fin voilà. La piscine évidemment. Quoi que, la piscine on l'a fait une fois. Donc... le chien n'est pas allé dans l'eau (rire). On avait demandé comment on pouvait faire, donc on a vu avec l'infirmier hygiéniste, et enfaite, il nous a dit ce qu'il fallait faire, et du coup on la fait, et ça a fait une bonne séance pour le patient.

**Moi** : D'accord ok super.

**E1** : Donc au cas par cas, on voit avec l'infirmier hygiéniste. Après, si ce n'est pas possible ce n'est pas possible. Fin... Évidemment. On cherche à trouver des solutions, des compromis.

**Moi** : Ok... Est-ce qu'il y a des éléments supplémentaires en lien avec mon thème de mémoire, ou de par votre expérience dont vous souhaitez me faire part ?

**E1** : Heu... alors moi... Je ne sais pas si tu as échangé avec d'autres personnes, mais nous c'est vrai que P vient d'une association où elle a été formée. Elle a été, enfaite... l'association handichien, achète des chiots à un éleveur autour de deux mois. Après, les chiens vont en famille d'accueil où là ils ont vraiment toute une éducation qui est faite.

**Moi** : Hum hum.

**E1** : Puis, à partir du 18 mois, ils sont repris par les centres de formation, il y en a plusieurs en France. Et là enfaite ils finalisent la formation du chien, et ils voient dans quel domaine ils peuvent mettre le chien. En fonction de ce qu'ils proposent, ils cherchent où est-ce qu'il sera le plus adapté. Après à partir de 2 ans, ils peuvent être remis à des bénéficiaires.

**Moi** : D'accord.

**E1** : Après, je sais que j'ai souvent été contacté, car il y a des personnes qui ont leur propre chien, et donc qu'ils veulent travailler avec eux dans la structure. Nous non, ce sont des chiens qui ont déjà été éduqués, et ça c'est vrai que c'est vraiment un plus quoi...

**Moi** : Et oui.

**E1** : Fin c'est vrai qu'ils obéissent très bien, et on a un bon suivi. Là par exemple, P est arrivé en mois de novembre. Et là, il y a l'éducatrice qui vient cette semaine pour faire un petit point, s'il y a un soucis on peut les contacter, fin voilà quoi... Après je ne sais pas avec les autres personnes avec qui tu as pu échanger, par quel biais ils ont eu leur chien.

**Moi** : C'est vrai que c'est un peu comme ce que vous avez dit. C'est soit en fonction de la structure, qui... sous la forme d'une association. Ou alors c'est leur propre chien et ils font des interventions internes et externes à une structure. C'est souvent les deux types de personnes que l'on retrouve.

**E1** : Ouai...

**Moi** : Ok, est-ce que vous avez d'autres questions ?

**E1** : Non. Après, effectivement, il y a plein de projets, fin moi, je sais que mon projet est de justement monter cet atelier, qu'il soit un peu plus rigoureux, et où on puisse mieux évaluer ce que peut apporter le chien enfaite. Heu... après j'aimerais bien qu'on intervienne un petit peu plus sur la douleur et notamment sur les réflexions de pansements. Donc, là il y a un gros boulot à faire au niveau de l'hygiène, voir comment on peut se placer, pour pas qu'il y ait d'interaction. Donc j'aimerais bien développer ce projet un petit peu plus ça au sein du centre.

**Moi** : C'est un beau projet, parce que c'est vrai que la douleur impacte beaucoup la rééducation et la récupération.

**E1** : Après c'est vrai que nous... en gros l'idée, c'est de proposer au patient un panel. Par exemple, là on fait des injections de toxines. Donc, aux patients on leur propose : on peut faire de l'hypnose, on peut leur proposer toutes les relaxations, et puis parfois on propose le chien. Et ça, certains patients choisissent le chien, parce que c'est ce qui va les relaxer, et donc enfaite l'idée est de pouvoir proposer aux patients un panel de possibilités, et enfaite c'est eux qui choisissent quoi.

**Moi** : D'accord je ne savais pas, je trouve ça super intéressant.

**E1** : Mais c'est vrai que le chien est très souvent demandé. Fin c'est incroyable... Après il y a un bénéfice sur les patients, mais aussi sur les professionnels.

**Moi** : Oui ! Effectivement...

**E1** : Les professionnels qui la croisent « Oh !!! ». Elle a plein de surnoms « grosse patate », « Labrador chocolat », « Mme chocolat » fin voilà. Et très régulièrement, je crois que ça m'arrive tous les jours, on dit bonjour au chien, mais on ne me dit pas bonjour.

**Moi** : Oui (rire).

**E1** : Ce n'est pas forcément volontaire de la part de la personne, mais c'est vrai que le chien est content, et c'est que P, quand tu la vois, elle bouge la queue, tu vois qu'elle est contente enfaite, heu, elle adore ça qu'on la caresse un peu... plutôt sur l'arrière-train, car la tête elle n'aime pas trop.

**Moi** : (rire).

**E1** : Mais tu vois, du coup pour les professionnels « ah tu vois elle est contente », ça lui donne un retour. Et ça, il y a un impact très positif. Quand on a fait le renouvellement pour le chien, on a fait le projet d'écriture pour P, on a fait un film où on a demandé aux patients et aux professionnels... ils devaient leur dire en un mot ce que le chien leur a apporté. Et c'est vrai que pour les professionnels, le premier mot qui est revenu, c'est « apaisement » a plus de 30%. Et chez les patients, les mots qui nous ont été plus dits sont la « joie » et le « bonheur ». Voilà...

**Moi** : D'accord.

**E1** : Après, c'est clair que c'est un bénéfice, qui n'est pas forcément pas facile à évaluer, mais encore la semaine dernière une patiente qui nous dit « oh c'est vraiment super ce que vous faites, machin, avec les chiens ». Régulièrement, un patient qui a eu un examen qui ne sait pas bien passé, qui pleure, qui vient dans le service parce qu'il veut voir le chien, car il a besoin d'être réconforté. Fin c'est plein de petites d'anecdotes quoi, et qui montre vraiment l'intérêt du chien.

**Moi** : Totalement... En tout cas, je vous remercie beaucoup d'avoir donné du temps et votre l'expérience. Parce que comme je vous l'ai déjà dit, cette thématique n'est pas encore bien reconnue, ou même juste connu tout court (rire).

**E1** : Oui c'est sur (rire).

**Moi** : Et donc du coup merci pour ça. Et puis, si vous voulez être tenu au courant, vous n'hésitez pas à m'envoyer un message ou à me répondre là positivement, comme ça je vous ferais le retour du mémoire.

**E1** : Oui pourquoi pas (rire).

**Moi** : Je vous souhaite une très belle continuation. Aurevoir.

**E1** : Merci beaucoup, toi aussi. Aurevoir.

## Entretien E2

**Moi** : Dans un premier temps, déjà merci.

**E2** : De rien (rire)

**Moi** : Parce que participer dans ce mémoire, surtout dans ce type de thématique là, c'est assez compliqué de chercher des ergothérapeutes qui y correspondent.

**E2** : Oui, tout à fait.

**Moi** : Dans un second temps, je vais vous expliquer un petit peu brièvement le déroulement de l'entretien. En général, ça va dépendre de vos questions, fin de vos réponses, mais ça dure vraiment 30 minutes maximum.

**E2** : Ok.

**Moi** : Car ça se base sur 5 questions qui seront du coup en lien avec ma thématique de mémoire auquel l'objectif est de venir recueillir votre expérience et votre point de vue par rapport à ces questions-là.

**E2** : Ok.

**Moi** : Tout cet entretien va être enregistré et sera retranscrit intégralement sur mon mémoire, c'est pour ça que j'ai demandé à l'avance de venir remplir un document de consentement. Mais ça sera tout ça sous forme anonyme. Est-ce que vous avez des questions ou est-ce que nous pouvons commencer ?

**E2** : Oui c'est bon pas de question.

**Moi** : Allez super. Du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter et raconter brièvement vos parcours Et du coup par rapport à la neurologie, quand est-ce, fin depuis combien de temps vous avez intégré la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie en neurologie.

**E2** : Ok, alors moi je suis X, je suis ergothérapeute depuis 2018 de l'école les Mureaux, moi je, euh, j'ai eu pas mal d'expériences professionnelles un peu dans tous les milieux. Mais eux après heu, j'ai eu, heu, mon chien par l'association française de la thérapie assistée par l'animal (AFTAA). J'ai intégré l'association qui m'a formé à la thérapie par l'animal et qui m'a confié un chien de travail, qui restera toute sa vie avec moi, et euh, ce chien je l'ai depuis 2020. Donc, j'interviens avec lui depuis quatre ans maintenant, et, heu, j'interviens vraiment dans plusieurs populations : foyer d'accueil, des MAS, des EHPAD, des IME, j'interviens en SMR en addictologie et en SSR en centre de rééducation. Donc voilà, j'ai eu d'autres expériences professionnelles avec le chien mais sur d'autres services, mais ça c'est la majorité de mon travail. Je travaille aussi en SMR en addictologie sans mon chien, il y a des jours où je travaille avec, et des jours sans. Voilà un petit peu pour mon parcours. Pour les patients neuro, donc c'est souvent dans le centre de rééducation où j'interviens où il peut y avoir des atteintes neurologiques comme les AVC, les choses comme ça, donc vraiment ça va être de la rééducation par le biais du chien en complément des autres professionnels (ergothérapeute, kinésithérapeute, ophtalmo euh je dis n'importe quoi orthophoniste etc (rire).

**Moi** : D'accord ok très bien merci (rire). Est-ce que vous pouvez m'expliquer le déroulement de la rééducation du coup en service d'ergothérapie avec l'animal quand vous êtes auprès de patients récemment victimes d'un AVC ?

**E2** : Alors déjà j'interviens de manière assez spécifique, c'est-à-dire que moi je viens 1 fois par semaine dans le centre, et je vois donc les personnes qui vont avoir du mal à accrocher aux soins classiques entre guillemets (de l'ergothérapie, kinésithérapie, du sport adapté...) ; ou pour

qui, il y a comment dire, un gros, en tout cas des signes de dépression actifs, ou fin voilà, une difficulté à adhérer aux soins, avec peu de motivation pour les séances, avec beaucoup d'absences, donc je vais avoir des profils un peu apathiques avec des difficultés à la motivation.

**Moi** : Hum hum.

**E2** : Et donc, l'idée c'est de pouvoir les voir, le projet dure quatre mois, heu, donc après souvent des fois ils ne restent pas quatre mois, mais dans l'idée je les voir tout le long de leur séjour, à part s'ils étaient déjà là avant de j'arrive. Et l'idée, c'est de vraiment les accompagner en plus de leur suivi, pour amener un aspect un petit peu motivationnel dans les séances d'ergothérapie. Cela peut être des séances soit individuelles en salle de rééducation classique avec le chien, soit de la rééducation individuelle mais avec une autre professionnelle (un kinésithérapeute, une autre ergothérapeute, un ophtalm un orthophoniste (rire) etc pour travailler quelque chose de spécifique, ou ça peut être un petit groupe de deux, trois personnes en fonction des problématiques et des objectifs à atteindre.

**Moi** : Ok d'accord. Et par rapport à vos séances, quels moyens vous utilisez pendant ?

**E2** : Alors, les moyens sont très vastes et variés(rire). Tout dépend de l'objectif, mais on peut utiliser le chien de manière directe (c'est-à-dire avec l'utilisation du chien entre guillemets) c'est-à-dire par des activités qui sont liées au chien : le brossage, le fait d'aller promener le chien, de tenir la laisse, des activités directes où l'on pose des choses sur le chien, ou, fin voilà. Ou de manière indirecte, où là, le chien ne va pas forcément être actif, soit on va faire des choses autour du chien, c'est-à-dire que si tu veux travailler des fonctions cognitives, par exemple sur l'inhibition, des choses comme ça, on va cacher des croquettes ou essayer de ne pas réveiller le chien. Donc il y a pleins de choses comme ça, où le chien n'est pas forcément actif, après les médias sont très vastes et variés, on peut utiliser énormément de choses. Il y a beaucoup aussi de jeux de société que je peux transformer avec le fait de rajouter des pièces en croquette, pour interagir directement avec le chien. Cela peut être des parcours moteur globaux comme de la motricité très fine, ça peut être travailler l'héminégligence, fin il y a plein de choses, ça dépend vraiment de l'objectif que l'on souhaite travailler.

**Moi** : Ok d'accord. Et justement quant au fils des séances, est-ce que vous avez observé une amélioration fonctionnelle des déficits avec les séances avec l'animal ?

**E2** : Oui, alors, l'aspect motivationnel revient énormément. Les personnes souvent vont le faire pour le chien, et pas pour elles. Ce qui fait que la motivation à revenir en séances, alors bien entendu il y a des motifs un peu de, il y a des limites en tout cas à ça. Il faut que les personnes aiment les chiens, qu'elles aient une bonne approche. Et l'idée c'est de vraiment d'amener cette motivation qui va pouvoir permettre à la personne à se réinvestir dans la rééducation, et donc en effet d'avoir des résultats. L'idée est aussi de retrouver du plaisir à faire et pour potentiellement que ça puisse s'observer également dans les séances sans le chien.

**Moi** : Ok d'accord. Et au bout de combien de temps, vous avez observé des bienfaits, notamment par rapport aux activités de la vie quotidienne ?

**E2** : Heu, alors, pour la vie quotidienne c'est assez précis. Alors déjà je vais faire plutôt global. Déjà je vais faire sur l'humeur, rien que sur l'humeur, dès les premières séances, on voit tout de suite une amélioration. Pour la vie quotidienne, il faut quand même que les habitudes se remettent en place, qu'il y ait un transfert des acquis avec les autres professionnels, heu, je dirais en tout cas qu'il faut au minimum, après c'est très variable en fonction de chaque

individu, mais environ 5 séances pour voir un début d'amélioration. Je pense que c'est nécessaire. Mais en tout cas le projet global de mon intervention, en tout cas dans l'évaluation que l'on a fait par l'association, après ça n'est pas forcément possible de partout. Mais ces séances hebdomadaires c'est quatre mois, ça donne vraiment de la matière pour évaluer les objectifs. Et donc à la mi-projet, c'est-à-dire deux mois, c'est huit séances, au bout de huit séances, on voit vraiment des axes d'améliorations, on peut changer les groupes, on peut avoir de nouveaux objectifs. Ça nous aide vraiment à mettre des choses en place, donc après tout dépend de la personne et de son temps de séjour.

**Moi** : Ok d'accord... merci. Du coup, selon vous, par rapport à cette question-là, mais l'intégration de l'animal durant les premiers mois en service d'ergothérapie, ça peut vraiment apporter des bénéfices dans la réalisation des actes de la vie quotidienne pour les patients qui ont eu un AVC ?

**E2** : Ah oui. En-tout-cas, ça rejoint un peu votre question, mais c'est vraiment un aspect motivationnel énorme, et qui font qu'il y a de nouvelles habitudes de vie qui se mettent en route. Il y a l'autonomie qui revient assez facilement, parce qu'au final, le fait de prendre soin du chien dans ce que l'on va pouvoir proposer, dans les rituels que l'on va mettre en place, il y a des choses qui vont aussi se mettre en place et qui vont permettre aux personnes aussi de retrouver des gestes du quotidien.

**Moi** : Ok d'accord... Et comment l'animal en séances il peut avoir une répercussion justement sur ces activités de la vie quotidienne ? Hormis le côté motivationnel.

**E2** : Alors attendez, la question c'est comment le chien peut avoir des répercussions c'est ça ?

**Moi** : C'est ça sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, en dehors du coup de l'aspect motivationnel que vous mettez en avant.

**E2** : Alors euh... je ne suis pas sûre de comprendre la question, heu, mais en tout cas, le fait que l'animal ne puisse pas, alors là ouai c'est l'aspect motivationnel, je ne suis pas sûre de comprendre la question (rire).

**Moi** : Pour vous, c'est vraiment l'aspect motivationnel qui fait que l'animal a une répercussion sur les activités de la vie quotidienne ?

**E2** : Alors en fait l'aspect motivationnel va regrouper plein de chose. Cela va être de voir un animal, d'avoir un être vivant, c'est beaucoup plus stimulant pour la personne d'avoir quelque chose de vivant qui va interagir à ce qu'elle fait ou ce qu'elle ne fait pas. C'est assez large, assez varié, ce qui fait que je vois qu'il y a vraiment, euh comment dire euh, l'utilisation du chien par ce média-là, en tout cas-là, on arrive à saisir des choses plus facilement et plus rapidement. Je pense que l'aspect motivationnel est assez large (rire)

**Moi** : Ok, pas de soucis (rire). Du coup, pour revenir du fait que vous parlez d'évaluations. Comment vous mesurez la récupération des séquelles qu'elles soient motrices, sensorielles, cognitives ?

**E2** : Alors ça dépend, mais alors pour la structure sur laquelle je parle, elles ne sont pas faites pas moi, ce sont par les thérapeutes qui les suivent au quotidien, et du coup, on fait un partenariat des évaluations début, mi et fin de projet pour voir et pour mesurer l'évaluation de ça. Moi je je j'amène en plus, on va dire, une observation des séances avec des améliorations que je peux voir, et que je peux mesurer par les mêmes activités, avec les difficultés éventuelles. Mais, les évaluations ont fait par les thérapeutes qui les suivent dans la structure.



**Moi** : Il n'existe pas d'évaluations spécifiques à la thérapie assistée par l'animal ?

**E2** : Alors il y a en tout cas une évaluation qui n'est pas normée. Il s'agit d'une évaluation d'observation avec une grille d'observation. Ce n'est pas forcément que pour les neurologiques, mais c'est pour tout ce qui va être : observation du contact avec l'animal, avec les interactions, les regards, ça dépend des problématiques de chacun, donc euh, c'est plutôt une grille d'observation, mais elles ne sont pas normées

**Moi** : Ok je comprends. Et, euh, pour vous quels sont les avantages et les limites que l'on rencontre quand on intègre l'animal en service d'ergothérapie en centre de rééducation, et donc du coup ici neurologique ?

**E2** : Les limites comme je disais déjà tout-à-l'heure, c'est le choix des personnes, des patients, qui va être assez limité, car il faut qu'ils aient un attrait pour l'animal, qui ne vont pas mettre en danger l'animal, il y a aussi la limite de l'animal, et ici du chien à l'occurrence, où certains animaux parfois vont avoir des difficultés à rencontrer en relation avec certaines personnes, il faut aussi l'accepter. Ça ne m'est jamais arrivé, mais c'est une limite aussi à prendre en compte. Et après il y aura aussi toute la limite de venir qu'une fois par semaine qui fait, en fait je pense générale qu'il faut avoir en tête, c'est que comme la motivation du chien, il est possible aussi d'avoir des résultats assez conséquents, mais que la mise en place dans le milieu écologique, que ça soit en chambre du patient, dans son quotidien cela peut être difficile à remettre en parallèle de ce qu'il a fait en séances. Donc, vu qu'il n'y a plus la motivation du chien, ça risque de redescendre, et c'est assez difficile de pouvoir ramener à un fonctionnement, en tout cas à la personne autonome. Donc, il y a aussi cette limite là à prendre en compte. Après, heu, il y a aussi des patients qui ont des mouvements involontaires, un peu violent, c'est tout à évaluer pour que le chien soit en sécurité, qu'il garde une sphère de bien-être et de bienveillance... Comme je disais, il y a plein d'avantages, en tout cas, alors déjà rien que pour les résidents. La personne, le patient, le bénéficiaire, peu importe comment on l'appelle, qui va être... en-tout-cas on va avoir une sphère motivationnel qui va être assez importante, il va y avoir une sorte de valorisation, il y a aussi le fait d'avoir cette transmission de savoirs, la personne est avec le chien. Il y a la stigmatisation qui s'en va, avec le fait de sortir dehors, de marcher à l'extérieur, ça sera beaucoup plus simple car il y a le chien, et on parle au chien, et il y a un contact qui se fait plus facilement. Il y a vraiment pas mal d'avantages au niveau social, que ce soit sur la rééducation sur tout son ensemble. Et puis il y a après, un avantage pour l'équipe, il y a aussi des personnes, qui, la famille. En-tout-cas, il y a toute une sphère qui se fait dans l'établissement, qui se fait aussi autour du chien, ça amène des conversations qui ne sont pas anxiogènes, ça amène aussi, un, un, une bulle un peu de bien-être dans l'établissement.

**Moi** : D'accord, ok. Et est-ce que vous avez certaines recommandations administratives ou réglementaires que vous devez appliquer en ergothérapie avec la présence de l'animal au sein de la structure de rééducation ?

**E2** : Alors bien sûr le chien doit être formé, ce qui est le cas des chiens de l'association. Les chiens doivent être formés et éduqués depuis leur enfance, à reconnaître tous les bruits de l'établissement, d'être à l'aise en établissement. En-tout-cas, il y a aussi la formation qui est aussi nécessaire pour l'intervenant, donc là nous on fait de la thérapie par l'animal, donc qu'il soit thérapeute (c'est-à-dire qu'il ait le diplôme initial dans le soin). Et après ça va être aussi, de pouvoir voire aussi les signaux du chien, connaître extrêmement bien son chien, pour pouvoir

pour réutiliser ce dont on a envie en séances, et pour travailler les choses spécifiques, avec des signaux, du langage non-verbal pour que le chien puisse comprendre ce qu'il doit faire ou non. Mais aussi connaître quand il en a marre, des signaux un peu d'apaisement. C'est aussi bien connaître son chien pour le mettre en sécurité, et qu'il puisse dire quand il a marre ou quand il est ok pour continuer.

**Moi** : Est-ce que vous avez des éléments supplémentaires que vous voulez me faire part, par rapport à mon sujet de mémoire ou même par rapport à votre expérience là-dessus ?

**E2** : Est-ce que vous pouvez me redire le sujet exact de votre mémoire ?

**Moi** : C'est l'intégration de l'animal, en centre de rééducation, en ergothérapie, et normalement je ne dois pas en dire plus (rire). C'est vraiment en centre de rééducation auprès des patients qui ont été victimes d'un AVC.

**E2** : Ok ça marche, et bien, écouter, globalement, je n'ai pas donc éléments à vous donner, je réfléchis mais je ne crois pas.

**Moi** : Ok, est-ce que vous avez des questions en dehors de ça, ou souhaitez-vous être tenu au courant de la suite de l'étude ?

**E2** : Oui bah voilà, ça m'intéresserait de voir la version finalisée.

**Moi** : Pas de soucis ça sera avec plaisir (rire).

**E2** : Avec plaisir de pouvoir le lire.

**Moi** : Et bien écouter, je prends note, je vous en fait part quand tout ceci sera finalisée. Merci encore, et puis je vous souhaite une très belle continuation pour ce projet là (rire).

**E2** : A vous aussi, et bon courage pour le mémoire (rire).

**Moi** : Merci beaucoup, au revoir.

### Entretien E3

**Moi** : Merci beaucoup, en tout cas, déjà, de vouloir participer. Je vous explique brièvement le déroulement de cet entretien. Il va durer environ 30 minutes sous 5 questions ouvertes. Ça va vraiment dépendre de vos réponses, mais à peu près, ça va durer 30 minutes, mais généralement, ça dure moins. Donc, voilà, ça va dépendre de votre inspiration sur les questions. Le but étant de venir recueillir votre point de vue et votre expérience par rapport à ma thématique de mémoire. Donc, du coup, c'est tout enregistré, retranscrit, c'est pour ça que je vous ai demandé en amont de venir remplir un formulaire de consentement. Est-ce que vous avez des questions en particulier ou pas ?

**E3** : Non, pas spécialement. J'ai moi-même fait mon mémoire il n'y a pas trop longtemps, donc c'est encore assez frais dans ma tête.

**Moi** : Ok, très bien. Du coup, est-ce que dans un premier temps, vous pouvez vous présenter et raconter brièvement votre parcours ? Et du coup, pour la thérapie assistée par l'animal. Depuis combien de temps vous l'avez intégré en ergothérapie et en neurologie ?

**E3** : D'accord. Pour mon parcours professionnel je suis diplômé depuis juin/juillet 2019. Et j'ai tout de suite pris mon poste dans lequel je suis actuellement, donc en service de neurologie en SMR. Et je suis en neurologie depuis ce temps-là. L'équithérapie au sein du centre, en fait, elle est mise en place par un professeur APA, un professeur d'activité physique adaptée. C'est elle qui chapote encore aujourd'hui la prise de rendez-vous, des sessions, et qui communique qu'elle est interlocuteur privilégiée du moniteur d'équitation qui, lui, gère sa partie. Mais ça, ça existe depuis, je dirais, le début des années 2010.

**Moi** : D'accord, ça remonte quand même.

**E3** : Et donc, on met ça en place. Donc, professionnels intégrés, on est le professeur APA, moi, ergothérapeute et une orthoprothésiste. Et généralement, on tourne pour être à deux accompagnants pour quatre à cinq patients, en général.

**Moi** : Ok.

**E3** : Donc, on détermine à l'avance ce qui va selon les disponibilités de chacun. Et c'est nous qui identifions... Alors, on fait passer l'information à nos collègues qu'une session arrive pour identifier, en fait, quel patient pourrait être... pour qui, en fait, l'équithérapie pourrait être intéressant à ce moment-là de sa rééducation.

**Moi** : D'accord, ok.

**E3** : Je réponds peut-être à des questions en avance.

**Moi** : Oui, il y a peut-être des chances par rapport à la prochaine question où je vous demande, en fait, de m'expliquer le déroulement de votre rééducation en service d'ergothérapie avec l'animal par rapport aux patients victimes récemment d'un AVC.

**E3** : AVC, c'est ça ?

**Moi** : Oui.

**E3** : En général... Donc, vous avez déjà vu X, je pense, au téléphone avant moi.

**Moi** : Oui.

**E3** : Ma collègue, parce qu'on a plusieurs chiens au sein du centre. Donc, dans la précocité de la prise en charge, on travaille plus avec les chiens. Et l'équithérapie vient dans un deuxième temps où là, on est plus sur le côté fonctionnel, travail équilibre, sensibilité profonde. On laisse généralement le temps aux patients, en fait, de s'intégrer au centre parce que souvent, plus au

début, ils sont fatigués. Les emplois du temps se chargent petit à petit. Et l'équithérapie vient aussi à un moment donné où, voilà, les objectifs de prise en charge évoluent. Et on n'est plus sur une prise en charge précoce. On n'est plus dans l'optimisation maximale de la prise en charge, mais de permettre aussi aux personnes de faire de la rééducation différemment... En général, on arrive sur du chronique. Et, pour certains, un autre aspect, peut-être trouver un sport adapté qui pourrait leur convenir.

**Moi** : D'accord. OK. Et par rapport aux moyens que vous utilisez avec le cheval pendant vos séances, vous utilisez quoi, du coup ?

**E3** : Alors, du coup, il y a la première partie pansage, on va dire. Donc là, il n'y a rien d'adapté, si ce n'est que les chevaux, on les met à l'extérieur du box pour que ce soit plat et qu'une personne à pied avec des troubles de l'équilibre ou en fauteuil puisse y accéder sans difficulté. Après, le matériel n'est pas forcément adapté pour le pansage. Pour les selles non plus, mais nous, on est là, acteurs aidants quand même en partie. Le moniteur, lui-même adapté, il a des accompagnants éventuels. Et après, par contre, ils ont un montoir, donc en fait, ça ressemble à une petite plateforme avec des escaliers. D'accord. Et pour arriver à peu près à la hauteur, comment on dit, du bassin au niveau de la selle, en fait, pour que l'effort soit le moins important pour monter à cheval. Par contre, on va dans un autre centre. Pardon. Je n'ai pas précisé. On a un centre partenaire. On a un centre partenaire depuis le début, je crois que c'est toujours le même. Et il y a une convention qui est signée entre la structure et ce centre qui nous permet de faire trois à quatre sessions par an, de trois séances en général.

**Moi** : D'accord. OK. Et du coup, par rapport à votre intervention, est-ce que vous avez observé une amélioration fonctionnelle des déficits, des séquelles de, de ces patients avec l'animal ?

**E3** : Sur trois séances, c'est compliqué. Mais on voit moins d'appréhension de faire les choses du quotidien. En fait, le cheval, notamment pour le brossage, je pense à ça, la personne va se mettre debout plus facilement, prendre de l'assurance pour aller devant le cheval puis derrière, alors que le cheval bouge un peu, mais ils vont rester à côté et se tenir. Et en fait, ça va être transposé notamment, je pense, à la toilette et l'habillage dans la salle de bain. Ils ne vont pas avoir peur d'aller se pencher de l'autre côté de l'évier, chercher ce qui leur manque. Il y a moins d'appréhension, on va dire.

**Moi** : D'accord.

**E3** : Un meilleur ressenti peut-être sensitif profond. Mais après, c'est vrai que sur trois séances en général, c'est compliqué d'évaluer ça

**Moi** : Et oui. Et du coup, au bout de combien de temps vous avez observé ces bienfaits-là, les premiers bienfaits par rapport aux actifs de la vie quotidienne ?

**E3** : Attendez, parce qu'on fait... Donc à chaque session, on fait une séance et une séance par semaine. C'est sur trois semaines d'affilée, trois à quatre semaines, suivant si on fait trois ou quatre séances.

**Moi** : OK.

**E3** : Et on voit le résultat déjà au fur et à mesure des séances. Il y a toujours une petite phase d'abstention parce que la plupart des chevaux, ils ne connaissent pas trop. Ils ne montent pas. Mais ça se fait assez vite, en fait. Ça se fait assez vite.

**Moi** : D'accord. Et du coup, ma prochaine question, elle se rejoint un petit peu. Selon vous, est-ce que l'intégration de l'animal, tout confondu, durant les premiers mois en service

d'ergothérapie peut-il apporter des bénéfices dans la réalisation des activités de la vie quotidienne pour les patients post-AVC ?

**E3** : Heu, je dirais oui (rire). Pour forcément les patients qui sont intéressés par l'animal, parce que ceux qui ont horreur de ça forcément on ne pas la leur proposer. Mais pour ceux qui peuvent en bénéficier, oui. Au niveau de l'intégration, que ce soit du membre supérieur, intégration du manque supérieur pour les activités de vie quotidienne. Parce qu'on le travaille avec les chiens, les chevaux, équilibre, sensibilité profonde des membres inférieurs, des membres supérieurs et retransposer pour les transferts, enfin tout, transferts aux fauteuils, transferts en voiture, toilettes, habillage, ce genre de choses.

**Moi** : D'accord. Et comment l'animal en séance, il peut vraiment avoir cette répercussion-là dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ?

**E3** : En général, il permet de faire des activités de la vie quotidienne, parce qu'ils vont avoir envie de faire, parce que l'animal donne envie d'essayer et de tenter, même si on rate, ce n'est pas trop grave. L'animal n'en veut pas aux gens. Mais ils donnent envie de faire et en fait, ils se rendent compte qu'ils peuvent faire ces gestes-là ou tenir autant de temps dans telle posture et en fait, ils sont peut-être un peu plus fatigués au début, mais en fait, la répétition fait qu'ils gagnent. Donc, ils sont plus endurants, ils gagnent en capacité et ils disent, ah bah tiens, je peux faire plus de choses dans ma vie tous les jours. Je peux... Ils se rendent compte de leur capacité, je pense.

**Moi** : D'accord, ok. Et vous, comment est-ce que vous mesurez la récupération des séquelles, qu'elles soient motrices, sensorielles, cognitives ?

**E3** : Avec des bilans. Des bilans validés, en général.

**Moi** : D'accord. C'est des bilans classiques ou c'est des spécifiques à la thérapie à se départir de l'animal ?

**E3** : Non, on n'a pas de bilan spécifique thérapie à l'animal. On reste vraiment sur les bilans d'évaluation continue qu'on a en centre de rééducation, donc moteur, fonctionnel, sensitif, cognitif, même validé, on va dire. On n'a pas de bilan spécifique thérapie à l'animal.

**Moi** : Ok, d'accord.

**E3** : Ce qui serait très intéressant, d'ailleurs, mais non, on n'a pas ça.

**Moi** : Petit à petit, peut-être. Un jour (rire).

**E3** : Il faudra peut-être en créer un maison, voir l'impact, créer des protocoles, mais ça, c'est toute une partie très intéressante, mais qui demande beaucoup de temps... Et du temps (rire).

**Moi** : Et pour vous, quels seraient les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?

**E3** : Avantages ? C'est que le contact avec l'animal, en général, se fait très, très, très facilement. La limite, ça peut être ceux qui sont soit allergiques, soit qui n'ont pas le droit d'être au contact d'un animal parce qu'ils ont, ils sont trachéotomisés, enfin voilà, il ne faut pas qu'il y ait de poussière, de microbes, tout ça. Ou ceux qui ont peur. Là, c'est une limite, du coup, à l'utilisation du chien pour les contracter à venir dans le service, ils savent quel chien qui sera là. Mais en général, c'est plutôt positif parce que, enfin, sur le versant positif, c'est une meilleure intégration de la rééducation.

**Moi** : D'accord.

**E3** : Moi, je vois, j'ai un patient, typiquement, je lui dis, la prochaine séance, on le fera avec le chien. Il arrivait toujours, toujours, toujours en retard, mais un quart d'heure en retard à sa séance. Je lui ai dit qu'il y aurait le chien la prochaine fois et il est venu pile à l'heure, très impatient, de commencer à travailler avec le chien. Et certes, on a fait une heure de travail avec le chien, donc le chien était fatigué à la fin, mais le monsieur a réussi à travailler une heure sans fatigue, sans plainte, sans douleur, voilà.

**Moi** : Ok, d'accord.

**E3** : Et la limite, nous, qu'on a, c'est que le centre est castré à l'extérieur de notre centre de rééducation. Oui. Mais après, ça doit être dans beaucoup d'endroits, je pense.

**Moi** : Et est-ce que, dans votre structure, il y a certaines recommandations administratives ou réglementaires que vous devez appliquer en ergothérapie avec la présence de l'animal ?

**E3** : Oui, oui, oui, oui. En fait, quand on a élaboré le protocole, il y a eu la commission qui a évalué les bénéfices-risques à l'intégration d'un chien, même d'un centre de rééducation où l'hygiène est très protocolisée. Heu, ça a été validé. Les chiens ont eux-mêmes un... Alors cette partie-là, je la connais beaucoup moins, mais X a dû déjà vous répondre, mais il y a un protocole très strict sur comment ils sont éduqués, nettoyés, entretenus, on va dire, dans leur quotidien pour qu'ils puissent intégrer un centre avec des patients en état de fragilité.

**Moi** : D'accord.

**E3** : Pour le cheval, je pense qu'il y en a un. Après, c'est au niveau médical aussi où ils valident ou non l'intégration. Ça, je ne l'ai pas dit, mais on voit en équipe pluridisciplinaire, dont le médecin notamment, qui valide la sortie sur l'extérieur au contact d'un animal. Et en centre, en milieu, bah oui, poussiéreux, où la propreté n'est pas... à l'ordre. Mais le protocole ou en tout cas la réglementation, je ne l'ai pas en tête. Enfin, selon moi, il y en a une. Sinon, on ne pourrait pas se le permettre, je pense.

**Moi** : Oui, je comprends.

**E3** : Mais il faut que je recherche. Du coup, comme c'est ma collègue qui chapote un peu tout ça, je lui laisse cette partie-là.

**Moi** : Eh oui, je comprends (rire). Est-ce qu'il y a des éléments supplémentaires en lien avec mon sujet de mémoire ou par rapport à votre expérience que vous voulez me faire part avant la fin de l'entretien ?

**E3** : Euh... non non, c'est très intéressant (rire). Après, voilà... les animaux principaux qui sont utilisés, c'est effectivement les chiens voire l'équithérapie. Moi je ne sais pas s'il existe d'autres animaux utilisés on va dire en centre de rééducation, ou même centre de vie, en pédiatrie, en lieu de vie adulte. Je ne sais pas quels protocoles peuvent exister, mais je pense qu'on peut diversifier avec d'autres animaux, comme les mini fermes ou des choses comme ça.

**Moi** : Oui, c'est vrai.

**E3** : Ah oui, c'est ça. Bah alors, donc, pardon. Mon centre de rééducation fait partie d'une association qui regroupe plusieurs centres. Donc, nous, le centre de rééducation, il y a aussi des foyers de vie. Et dans un de ces foyers de vie, je sais qu'il y a des moutons sur l'extérieur.

**Moi** : D'accord.

**E3** : Donc, il n'y a pas de thérapie, ils ne sont pas nourris par les résidents. Forcément. Mais ils sont là et ils font un peu de la... comment on dit... euh... de la diversité au sein du centre. Ça fait un peu de l'animation, en fait.

**Moi** : D'accord, ok.

**E3** : Juste sur le versant social, voilà, discuter sur les moutons, autour, à côté... Enfin, voilà. Ok, super. C'est original, ça change un peu. Oui, c'est ça. Ils entretiennent l'extérieur en même temps, donc c'est impeccable.

**Moi** : Ok, super, c'est original, ça change un peu. Est-ce que vous avez des questions ou est-ce que... ou c'est peut-être tenu au courant de la suite de l'étude ?

**E3** : Oui, ça, je veux bien, par contre, avoir vos... votre retour à la fin de votre mémoire, s'il est disponible à la lecture ou...

**Moi** : Oui, ben je vous le partagerai (rire).

**E3** : Oui, je veux bien, c'est gentil.

**Moi** : Ça va, ben pas de soucis. Je vous remercie beaucoup de la disponibilité et d'avoir participé à cet entretien.

**E3** : Ouais, merci beaucoup, en espérant que ça aboutisse. Bon courage pour le mémoire qui se rapproche. Ouais.

**Moi** : Passez une belle journée. Merci à vous également. Au revoir.

## Entretien P1

**Moi :** Alors déjà merci de vouloir participer à mon mémoire d'initiation à la recherche. Ce n'est pas facile de trouver des personnes qui souhaitent partager leur vie privée, leur quotidien. Je vais vous expliquer brièvement le déroulement de l'entretien. Je vous l'ai déjà un peu expliqué par l'écrit, mais je vous le restitue à l'oral vu qu'il y a un enregistrement par la suite. Donc, l'entretien va durer environ 30 minutes, mais ça va dépendre en fonction de vos réponses, ça va peut-être durer plus longtemps, ou plus court, très souvent c'est plus court. Donc, au total il y aura 5 questions en globalité, qui seront en lien avec ma thématique de mémoire. L'objectif c'est vraiment de venir recueillir votre expérience à vous et votre point de vue par rapport à vos questions. Donc, l'entretien en général il sera enregistré, il sera retranscrit à l'écrit c'est pour ça que je vous ai demandé en amont de venir remplir un document de consentement. Est-ce que vous avez des questions ou est-ce que nous pouvons commencer ?

**P1 :** Non pas de soucis, pas de soucis.

**Moi :** Est-ce que vous pouvez vous présenter et expliquer brièvement votre parcours ?

**P1 :** Je suis X, je vais avoir 50 ans cette année. Je suis assistant maternel, je suis auxiliaire de puériculture de formation. Je travaille maintenant depuis 30 ans. Heu... voilà. J'ai eu en 2009 une dissection aortique en avril, et en 2020 j'ai fait un AVC.

**Moi :** D'accord.

**P1 :** Voilà...

**Moi :** Et du coup, quand vous avez eu votre AVC, vous êtes allé en centre de rééducation, est-ce que vous pouvez m'expliquer le déroulement de votre rééducation en ergothérapie ?

**P1 :** Alors heu, j'ai passé environ... quatre mois pratiquement à X en centre de rééducation fonctionnelle, je ne sais plus comment il s'appelle, et donc heu... J'avais des séances en ergothérapie deux fois dans la semaine, à peu près, voilà en autre. J'ai eu aussi le kiné, l'orthophoniste, et des séances de gym, voilà.

**Moi :** D'accord, et par rapport à vos séances, quels moyens utilisaient les ergothérapeutes ?

**P1 :** Beaucoup de jeux. Tout ce qui était : précision, dextérité, des choses comme ça, au niveau des doigts, des membres. Beaucoup de... précision fine, par exemple attraper une balle heu... au vol, des choses comme ça. Qu'est-ce que je faisais encore... des jeux de logique. Heu, soit par écrit, soit au travers d'un jeu en bois, exactement. Et puis des jeux de logique oui. Il s'agissait de séances entre une demi-heure et une quarantaine minutes.

**Moi :** Ok super merci, selon vous, fin déjà dans un premier temps, avant que j'oublie le plus important. Est-ce que vous avez observé une amélioration de vos capacités suite à ses séances en ergothérapie ?

**P1 :** Heu, oui. Parce que quand je suis arrivé, j'étais un peu perdu. Je n'avais pas trop de séquelles au niveau physique, heu... mais j'avais plutôt des séquelles au niveau du cerveau. C'est-à-dire des problèmes de coordination, de mémoire surtout, des problèmes... de coordination on va dire... écrire, j'avais un peu du mal à écrire.

**Moi :** D'accord...Et au bout de combien de temps vous avez observé justement ses premiers bienfaits, notamment par rapport aux activités de la vie quotidienne ?

**P1 :** Oh, dès le premier mois, j'ai déjà senti une amélioration, dès le premier mois. Voilà... après on a poussé les choses un peu plus, heu... Par exemple, j'ai eu à la fin du parcours en centre de rééducation, un test chez moi. Donc, j'ai eu l'ergothérapeute et l'orthophoniste qui



sont venus chez moi, et elles m'ont demandé de faire un gâteau. Par exemple, Donc j'ai dû faire un gâteau au yaourt que j'ai fait chez moi. Donc, je leur ai montré ma maison, comment je me déplaçais dans ma cuisine, comment je faisais la suite logique du gâteau, la préparation du gâteau. Les choses comme ça. Et puis on a cuit, et on l'a ramené et on l'a mangé au centre.

**Moi :** Super... C'est bien de pouvoir le faire à domicile justement, ce n'est pas forcément le cas, on le fait en centre de rééducation, et là on le fait au sein de votre domicile, donc c'est plus approprié.

**P1 :** Ouai.

**Moi :** Ok... Selon vous, est-ce que l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie ça peut apporter des bénéfices par rapport dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, comme des personnes comme vous qui ont eu un AVC ?

**P1 :** Je pense, parce que... moi je n'ai pas eu trop de séquelles physiques. Et, heu, il y a eu des personnes que j'ai côtoyé qui étaient plus jeune que moi, et qui avaient des symptômes vraiment graves, soit qui avait du mal à marcher, soit ils avaient un problème au niveau moteur, dont ils avaient du mal à se déplacer, dont ils étaient soit en fauteuil soit en déambulateur. Je pense que... l'animal peut... que l'animal peut aider... c'est sûr que... fin en plus c'était en période COVID, c'était compliqué d'avoir des visites. Donc, on ne voyait pas trop de monde, les gens qu'on voyait c'étaient des gens qui était masqué, donc on ne voyait pas s'ils souriaient, donc... c'était un peu spécial comme ambiance. C'est vrai, que l'animal ça pourrait aider je pense, ouai.

**Moi :** D'accord. Et selon vous, comment l'animal pourrait avoir une répercussion sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ?

**P1 :** Je, je, je pense que j'ai déjà eu le cas, on va dire, dans une maison de retraite avec des chevaux par exemple, ou des chats qui venaient régulièrement. Et donc les personnes âgées étaient très contentes, soit le chat, soit les chevaux. Je veux dire... ils passent du bon temps avec eux, même si certaines personnes ne parlent pas, ça leur fait une présence de plus quoi. Toutes les personnes n'avaient pas de personnes, de famille proche pour qu'ils viennent les voir régulièrement ? donc ça leur faisait une compagnie supplémentaire.

**Moi :** Oui je vois...D'accord ok.

**P1 :** La sociabilisation, je pense que c'est un plus.

**Moi :** Ah oui ! Est-ce que vous vous souvenez des évaluations, qu'on, qu'ils ont utilisés les ergothérapeutes pour mesurer la récupération de vos séquelles ?

**P1 :** Heu... oui. À la fin on faisait des parties de jeux chronométrés, c'est-à-dire que je devais mettre un puzzle à l'endroit, et j'avais un temps donné pour le faire.

**Moi :** D'accord

**P1 :** Des choses comme ça, heu... dans les choses logiques, c'est pareil, j'avais aussi un petit jeu avec des voitures, il fallait que je trouve la sortie selon le modèle que l'on me donnait, je devais trouver un moyen de faire sortir la voiture du garage, du parking pardon. Quelque chose comme ça.

**Moi :** Rush hour, peut-être le dernier sur les voitures ?

**P1 :** Un truc comme ça ouai, ça me parle.

**Moi :** D'accord je vois. (rire) Et... selon vous, quels sont les avantages et les limites que l'on peut rencontrer lorsqu'on intègre l'animal en ergothérapie dans un centre de rééducation ?

**P1 :** Les limites ? Fin pour moi, je pense que c'est une limite affective parce que, beh heu... un animal c'est comme nous, ça ne vit pas éternellement. Après, ça dépend le temps que la personne passe en rééducation. Les personnes peuvent s'attacher

**Moi :** Ouai.

**P1 :** ça peut perturber les gens. Après heu... je ne vois pas trop... d'autres choses négatives, quoi, d'un point de vue... Après ça dépend de l'animal, si c'est un chien ou chat quoi... après si c'est des chevaux ça peut être différent.

**Moi :** D'accord, ok. Et par rapport aux avantages ?

**P1 :** Comme je l'ai dit tout à l'heure, je pense au niveau présence, et au niveau de confiance, je pense que les humains dans les conditions où ils sont en centre de rééducation sont plus réceptifs aux animaux, quelque chose comme ça, il peut y avoir un lien spécial avec l'animal je pense.

**Moi :** D'accord ok... Est-ce que dans la structure où vous y étiez, il y avait certaines recommandations administratives ou réglementaires que vous devez appliquer, et heu, qui pouvaient être en ergothérapie en particulier ?

**P1 :** C'était pendant le COVID, donc il y avait beaucoup de restrictions. Je ne me souviens pas de choses... On n'avait pas le droit de sortir, on ne pouvait pas rentrer chez nous, heu... Moi pendant le COVID, je devais aller à un mariage, j'étais témoin à un mariage, du coup on m'a refusé mon week-end de sortie.

**Moi :** Et oui...

**P1 :** Quelque chose comme ça, c'était une période particulière, donc heu... Je ne sais pas trop quoi vous dire.

**Moi :** C'est vrai que vous n'avez pas eu la bonne période (rire). Je peux comprendre du coup. Est-ce qu'il y a des éléments supplémentaires en lien avec mon sujet, ou même par rapport à votre expérience que vous souhaitez me faire part ?

**P1 :** Heu...je vois de plus en plus de choses sur la télé sur justement sur la présence d'animaux soit en maison de retraite, soit à l'hôpital, soit en centre pour des enfants cancéreux. Ça peut les aider. Donc je ne vois pas pourquoi, on n'aurait pas d'animaux autorisés dans les centres de remise...

**Moi :** Rééducation.

**P1 :** Oui les centres de rééducation qui n'acceptera pas cette façon de fonctionner. C'est dans l'ère du temps, c'est quelque chose qu'il faut exploiter, ou c'est quelque chose qu'il faut continuer, oui continuer à proposer, du moins à proposer, ça peut être une solution.

**Moi :** Je l'espère aussi (rire). Est-ce que vous avez des questions particulières avant que l'on puisse arrêter du coup cet entretien ?

**P1 :** Non pas du tout, non non, c'est très agréable.

**Moi :** D'accord. Est-ce que vous voulez être tenu au courant de la suite de l'étude ou heu... ?

**P1 :** Bien sûr oui.

**Moi :** Ok ça va, beh écouter je le note. Quand je finaliserai le mémoire, je vous en ferais part. Comme ça, au moins, ça vous permettra d'avoir plus d'informations, en plus de ce que vous pouvez voir à la télé, ou sur ce qui se fait en plus sur la pratique du coup, vu que j'ai pu entretenir des ergothérapeutes qui le font avec des animaux en centre de rééducation avec l'AVC. Donc ça vous permettra de voir ce qui peut se faire actuellement sur la pratique, et puis voilà. (rire)

**P1 :** Ok. Très bien.

**Moi :** Je vous remercie beaucoup du temps que vous m'avez accordé.

**P1 :** Je vous en prie.

**Moi :** Et je vous souhaite une très belle continuation.

**P1 :** Merci, à vous aussi, bon courage. Au revoir.

## Entretien P2

**Moi :** Déjà dans un premier temps, bonjour et merci de participer du coup à mon mémoire d'initiation à la recherche. Donc du coup je vais vous expliquer déjà brièvement un peu le déroulement de l'entretien. Ça va durer 30 minutes dans les alentours, mais ça dépend vraiment de vos réponses. Ça peut être beaucoup plus court ou si vous êtes vraiment inspiré, ça peut durer plus longtemps, mais c'est rare quand même. (rire).

**P2 :** OK.

**Moi :** Au total, vous allez avoir cinq questions.

Ces cinq questions, elles vont être vraiment en lien avec ma thématique de mémoire. L'objectif, c'est vraiment de venir recueillir votre expérience par rapport à ce que je vais vous poser comme question et votre point de vue aussi.

**P2 :** Donc pour ça, l'entretien va être enregistré et sera retranscrit à l'écrit sous format anonyme. C'est pour ça qu'en amont, je vous ai demandé de venir remplir un document de consentement.

**Moi :** Est-ce que vous avez des questions en particulier ou est-ce que nous pouvons commencer ?

**P2 :** Donc juste une question, vous êtes bien en 1ère année de master ou 2ème année ?

**Moi :** Je suis en dernière année d'ergothérapie. On est sur une école de trois ans, il n'y a pas de master. Dans la fin de nos études, on nous demande de conclure par un mémoire d'initiation à la recherche.

**P2 :** Super, félicitations d'être arrivé jusque-là en tout cas.

**Moi :** Merci. Alors, du coup, la première question, c'est un petit peu général. Est-ce que vous pouvez vous présenter et raconter brièvement votre parcours ?

**P2 :** D'accord. Alors, je m'appelle X, j'ai 23 ans. À 17 ans, j'ai eu un AVC, un hématome sous-dural. C'était un AVC hémorragique qui m'a laissé pendant un mois dans le coma, Glasgow 3, qui m'a laissé une hémiparésie gauche encore aujourd'hui. Et dont j'ai réussi à recouvrir à peu près 90% de mes facultés au bout d'un an de rééducation. J'ai dû sauter une classe, enfin, j'ai dû répéter une classe, une année d'études de terminale pour passer mon bac. Donc, j'ai obtenu mon bac S avec mention bien en 2020. En 2019, j'ai eu mon AVC, en 2020, j'ai reçu mon bac. 2020. Je me suis inscrit pour les études de médecine et là, je suis en quatrième année de médecine.

**Moi :** D'accord.

**P2 :** Aujourd'hui. Heu... qu'est-ce que je peux raconter d'autres ? J'étais un sportif de moyen niveau, j'étais un boxeur amateur, j'aimais beaucoup la boxe, j'en faisais 5 à 6 fois par semaine, ce qui est d'ailleurs l'étiologie qu'on a trouvée lors d'un rapport de cas, on a fait une étude de cas avec une équipe scientifique ici à l'université. Donc, sûrement une hypothèse de second coup, je ne sais pas si vous connaissez.

**Moi :** Ok.

**P2 :** Et donc, voilà, je suis aujourd'hui... On va passer en cinquième année de médecine, on espère.

**Moi :** C'est beau.

**P2 :** Je sais que ça va dans un mois et demi.

**Moi :** Bah, courage à vous aussi, du coup. Surtout en médecine, c'est encore plus...

**P2 :** En anglais en plus, donc ouais, c'est vrai qu'il faut un sacré avantage.

**Moi :** Doublement, donc ouais, vous êtes bien courageux (rire).

**P2 :** Merci beaucoup (rire).

**Moi :** Pour la première vraie question, est-ce que vous pouvez m'expliquer le déroulement de votre rééducation en service d'ergothérapie quand vous étiez en centre de rééducation ?

**P2 :** Alors, j'ai commencé la rééducation en ergothérapie lors de mon admission vers juin 2019, oui, c'est ça. Heu... De mémoire... j'avais des séances d'ergothérapie de 30 minutes entre 2-3 fois en fait par semaine. C'était dans la phase subaiguë que je crois, mais dans la phase aiguë. Donc, seulement quelques mois après mon AVC, c'était peut-être une heure à peine. Même des fois, il n'y avait pas du tout parce que... C'était vraiment très, très dur. C'était majoritairement de la kiné, en fait, que je faisais en balnéothérapie à ce moment-là. J'ai commencé donc par des exercices vraiment très basiques. C'était prendre un cube et le placer, heu... Reconnaître des formes, etc. Écrire mon prénom, tâche d'écriture, ce n'était pas évident. Il y avait aussi des petites tâches de la vie de tous les jours. Donc, j'ai commencé à faire des exercices vraiment très basiques. Donc, je commençais à retaper un peu sur un clavier d'ordinateur. C'était très laborieux au départ, très très lent. Heu, surtout que c'était qu'avec une seule main que je faisais, avec la main droite, parce que la main gauche, évidemment, elle était en hémiparésie. C'était très très bien. J'avais une ergothérapeute incroyable. C'était au centre X de X. Franchement, j'ai réappris presque tous les gestes de la vie de tous les jours avec des mini-jeux. Par exemple, on apprenait à cuire des aliments. On faisait des petits gâteaux, c'était mignon. Puis après, on faisait d'autres tâches dirigées, comme par exemple heu, boucler des lacets ou des tâches fines. Oui, au final, parce que c'était vraiment ce qui m'était le plus difficile du fait que j'ai une hémiparésie et du fait que j'ai aussi un tremblement de la main gauche.

**Moi :** Ok, d'accord. Et pour vous, du coup, est-ce que l'intégration de la... Ouh là, j'ai raté une phrase. Autant pour moi. Je me répète. (rire). Je vais trop vite. Du coup, est-ce que vous avez observé une amélioration de vos capacités et de vos difficultés surtout, suite à ces séances d'ergothérapie ?

**P2 :** Oui, complètement. Alors, pendant la phase aiguë, c'était là où la récupération était du coup spontanée. Et là où elle a été le plus remarquable. Du fait de mon jeune âge, premièrement. J'avais 18-19 ans à l'époque. Et du fait que c'était très intense aussi. Je faisais le kiné. En fait, j'étais carrément dans l'hôpital en tant que patient... Comment on pourrait dire ? En tant que patient interne, en fait. Je dormais là, etc. Donc, j'étais plongé dedans. Et donc, oui, l'ergothérapie m'a permis de relancer mes lacets. Maintenant, j'écris sur un ordinateur comme j'écrivais avant. Donc, peut-être parfois avec une petite erreur, une petite touche qui s'appuie deux fois, etc. à la main gauche. Mais ça devient de plus en plus rare. Et dans la phase subaiguë, je dirais qu'après six mois, j'étais plus... C'était plus... C'était plus des paliers, en fait. Il y avait des moments où je progressais, des moments où je ne progressais plus, où en fait, j'atteignais un plateau. Et il fallait vraiment redoubler presque d'efforts pour pouvoir repasser à un palier au-dessus, etc. jusqu'à arriver à la phase chronique où là, vraiment, c'est presque plus perceptible.

**Moi :** Ok, d'accord. Mais du coup, ma question va un petit peu se rejoindre. Mais c'est au bout de combien de temps que vous avez observé vraiment les premiers bienfaits par rapport aux activités de la vie quotidienne ?

**P2 :** Alors, c'est quand je suis retourné chez moi, après absolument trois, quatre mois en immersion complète en rééducation. Donc, c'était vers septembre, octobre, que je suis rentré

chez moi. Et c'est là où j'ai pu commencer à remonter des escaliers, à repasser un peu de temps sur mon ordinateur ; parce que j'ai fait le CNED pour repasser mon bac. Donc, j'ai dû pas mal être sur mon PC, etc. Taper des devoirs, etc. à la main. Donc, oui, c'est à ce moment-là quand j'ai commencé à travailler que ça a vraiment... Enfin, ça a été vraiment visible.

**Moi :** OK, d'accord, super. Et du coup, je vais enfin pouvoir poser ma question (rire). Selon vous, l'intégration de l'animal durant les premiers mois dans le service d'ergothérapie, est-ce que ça peut apporter des bénéfices dans la réalisation des activités de la vie quotidienne pour les patients comme vous, du coup, qui ont eu un AVC ?

**P2 :** Alors, je pense que c'est une question assez complexe. Pour plusieurs points. Tout d'abord, je pense qu'il y a l'aspect moral et psychologique. Quand on a eu un AVC, on a besoin aussi d'une présence. À côté de soi, à l'hôpital, on n'a pas souvent cette présence. Il y a une infirmière qui essaie de passer quand elle peut, mais c'est peut-être une fois, deux fois par jour. Les aides-soignantes, pareil, une ou deux fois par jour pendant leur rotation du matin, puis l'après-midi et du soir. Donc, finalement, on se retrouve très, très seul dans une... Dans une situation où on a besoin de l'aide. On a besoin de l'aide dans la sphère hospitalière. Et moi, ce qui, je pense, apporterait beaucoup aux gens, c'est quand ils commencent à ressortir, quand ils n'ont peut-être pas une bonne vision. Moi, j'avais une diplopie, par exemple. C'est vrai qu'on peut avoir besoin d'un guidage avec un chien, par exemple. Je pense que, aussi, le fait de nourrir, d'avoir un rituel, etc. De devoir nourrir, s'occuper de quelqu'un, d'un animal, c'est quelque chose qui permet d'installer une certaine rigueur. C'est quelque chose qui permet d'installer une certaine rigueur. De faire marcher la mémoire, parce qu'on doit se rappeler, ah oui, à cette heure-là, il faut que je fasse telle tâche. Aussi, je pense que le fait qu'un animal... Puis, heu, être là pour, peut-être pas partager notre souffrance, mais être là dans le cadre d'un... Comment on peut dire ? C'est une personne qui parle à leurs animaux. Et... (rire). Ça peut être parfois un contact comme ça, même sans réponse. On cherche souvent, en tant que personne, ou personne qui a eu des accidents graves, à avoir une oreille à l'écoute. Et parfois, les gens, ils trouvent que leurs animaux, ils réagissent ou ils sont là pour, justement, écouter ces souffrances qu'on peut avoir, dont on ne confierait peut-être pas ces souffrances à tout le monde, même à la famille, parfois.

**Moi :** OK. Et est-ce que vous vous rappelez des évaluations que les ergothérapeutes ont faits ? Vous avez fait pendant vos séances de rééducation, pour mesurer vraiment la récupération de vos séquelles au niveau motrice, au niveau peut-être cognitif, sensoriel ? Ou autre ?

**P2 :** Alors, je suis désolé, j'aurais dû regarder avant. J'ai mon dossier médical à côté de moi.

**Moi :** Ah bon, ce n'est pas grave.

**P2 :** De mémoire, ils avaient fait plusieurs tests. Et ça, ça avait été majoritairement fait en... En physiothérapie. En kinésithérapie, pardon. En neurologie, neuropsychologie. Et c'était là que j'avais vraiment des problèmes conséquents. Alors, en ergothérapie, je crois que je n'ai jamais vraiment eu besoin de faire un test complet. J'ai eu le test d'entrée, évidemment, et celui-là était assez... Très bas, dans les scores. Je connais pas du tout l'ergothérapie, je suis désolé, je ne pourrais pas vous citer les tests que j'ai faits.

**Moi :** Ce n'est pas grave (rire).

**P2 :** Mais en tout cas, ce qui était motricité fine, c'était extrêmement compliqué, voire impossible. Faire, par exemple, mettre des billes dans un collier, etc. Vous savez, c'est des tâches qui m'étaient impossibles à ce moment-là. Oui. Je devais tout faire avec la main droite.

Ma main gauche, elle pouvait à peine tenir le fil. En fait, elle commençait à trembler et ça partait. Donc, voilà, c'était... Il y a eu une très grande amélioration entre le moment où ils ont fait le premier test et le deuxième test, c'est sûr. Ok. C'est moins en phase aiguë.

**Moi :** Après, je ne sais pas si vous... Vous pouvez m'y répondre, mais est-ce que là, dans vos études de médecine, vous avez entendu parler d'évaluations qui peuvent être spécifiques à l'impact que peut apporter l'animal en séance générale, toutes professions confondues ou...

**P2 :** Alors, j'étudiais à Chypre, ça n'est pas arrivé encore ici.

**Moi :** Ok.

**P2 :** On n'a pas du tout eu d'intégration d'animaux pendant les séances d'ergothérapie et de rééducation ou même de médecine en général. Ça... Ça n'a jamais été vraiment évoqué, mais je pense que c'est une très, très bonne idée. Et si un jour, ça venait à entrer dans notre curriculum, je crois que ce serait un vrai plus d'avoir une certaine connaissance sur les animaux. La psychologie relationnelle entre l'humain et l'animal, je crois que ce serait très intéressant.

**Moi :** Ok, d'accord. Et est-ce que, selon vous, quels seraient les avantages et les limites qu'on peut rencontrer quand on intègre un animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?

**P2 :** Alors, déjà, il y a beaucoup de patients dans un centre de rééducation où il y a obligatoirement des gens qui vont faire des réactions allergiques, à la bave, au poil. Donc, ça peut être un risque pour certains patients qui peuvent être, bon, normalement stables quand ils arrivent en rééducation. Ils ne sont pas... Ils sont intensifs, mais disons que c'est toujours un peu délicat. Quand une personne vient d'être lésée. Je pense qu'il y a aussi le risque d'avoir des petits autour qui peuvent essayer de jouer avec les animaux, qui ne savent pas très bien, etc. Par exemple, quand la famille vient visiter, bon, on peut être facilement un peu étonné de voir un animal. Peut-être pas à la convenance de tout le monde, d'ailleurs. L'animal, ça peut être vu comme sale, c'est triste, hein, mais beaucoup de gens le voient comme quelque chose de sale, qui peut déranger, qui peut aboyer, qui peut être nuisant. Bon, ce n'est pas mon cas, mais apparemment, ça peut être le cas de plusieurs personnes. Maintenant, les limites, je pense que les limites, c'est que... un animal ne peut pas remplacer un humain, c'est-à-dire que l'ergothérapeute, c'est lui qui va vraiment diriger les travaux. Le chien, il sera là comme un outil, un support, dans ce cas-là, ce sera vraiment une valeur ajoutée, on espère, sur la récupération d'un patient, j'imagine. Au niveau des avantages, je dirais que, comme je disais, c'était le point de vue psychologique qui est intéressant, le point de vue de pouvoir se déplacer, retrouver un peu d'autonomie à l'aide de cet animal. Trouver une présence, oui, trouver quelque chose de rassurant, qui puisse être comme un pilier, en fait, qui soit là autour de nous quand on est très seul, dans un hôpital. Ça peut aussi apporter, on va dire... Ça pourrait apporter une variété dans les exercices et dans la vie de tous les jours, parce que la vie de tous les jours, un patient, c'est plan-plan, on se réveille à 5h, on fait les prises de sang du matin, 6-7h, on regarde un peu la télé ou quoi, puis les séances commencent à 8h. 8h à 10h, on fait les séances, 10h, on attend le repas de midi, donc il y a souvent beaucoup de temps mort, en fait en rééducation.

**Moi :** Et oui.

**P2 :** Ou le chien, je pense, ou n'importe quel animal, ça pourrait être un bénéfice pour justement remplir un peu ces moments de plat. Oui, d'accord.

**Moi :** Et est-ce que vous pensez, en retournant un peu en arrière, dans la structure où vous étiez au niveau rééducation, est-ce que vous pensez qu'il y aurait eu certaines recommandations administratives ou réglementaires qui auraient été appliquées avec la présence de l'animal ?

**P2 :** Ah oui. Oui, oui, certainement. Il y avait un centre de balnéothérapie. Il aurait fallu réussir à restreindre le chien dans certaines zones spécifiques. J'imagine que dans les chambres, ce ne serait pas possible. Il serait sûrement cantonné au service de l'ergothérapie et au service de la kinésithérapie. Donc, je pense qu'il y aurait besoin aussi d'assurance, j'imagine, pour tous les dégâts faits à l'animal, tous les dégâts faits aux patients par l'animal. On ne sait jamais. Il peut se passer des choses. Ça reste que des animaux, ça reste des humains. Il peut se passer des choses qu'on n'a pas nécessairement envie ou qu'on n'a pas nécessairement prévu. Je pense qu'administrativement, les hôpitaux sont assez longs. Donc, il va falloir s'armer de courage. (rire). Je vous souhaite de bon courage.

**Moi :** On verra du coup, mais oui. (rire).

**P2 :** Croyez-moi, j'en sais quelque chose.

**Moi :** Oui... Est-ce qu'il y a des éléments supplémentaires, que ce soit en lien avec mon sujet de mémoire ou par rapport à votre expérience, que vous voulez me faire part, avant de terminer cet entretien ?

**P2 :** Alors, je suis d'abord très curieux de lire votre mémoire quand il sera publié.

**Moi :** Avec plaisir. Bah, je vous remercie beaucoup du temps que vous m'avez accordé, de votre participation aussi, parce que pas tout le monde a forcément envie de partager son quotidien, sa vie privée. Donc, merci beaucoup.

**P2 :** Avec plaisir.

**Moi :** Et bonne continuation dans vos études de médecine aussi.

**P2 :** Merci beaucoup.



## Entretien M1

**Moi :** Alors, dans un premier temps, merci déjà de vouloir participer à mon mémoire d'initiation à la recherche. Parce que ce n'est pas évident aussi de trouver des médecins qui ont du temps et qui veulent donner du temps pour participer à ce type de projet. Donc, merci beaucoup déjà.

**M1 :** Tout ce que vous pouvez faire, pour faire que... la rééducation assistée par les chevaux soit écoutée, moi ça me va.

**Moi :** Ah ben, ça tombe bien, parfait alors merci (rire).

**M1 :** Je cherche justement des gens qui font de la recherche là-dessus et qui comprennent la valeur des chevaux dans la prise en charge des patients neurologiques.

**Moi :** Et oui.

**M1 :** C'est super important. Vraiment super important.

**Moi :** Donc, du coup, je vous explique brièvement le déroulement de l'entretien. Ça va durer environ 30 minutes, mais ça va vraiment dépendre de vos questions, en fait, fin... de vos réponses. Ça peut très bien durer 15, 20 minutes, que peut-être plus si vous êtes inspiré selon les questions.

**M1 :** Ok (rire).

**Moi :** Au total, vous aurez cinq questions qui seront en lien, du coup, avec ma thématique de mémoire. L'objectif, c'est de vraiment venir recueillir votre expérience et votre point de vue par rapport à ces questions. Donc, ça sera en lien avec l'ergothérapie, bien évidemment, vu que mon thème de mémoire...

**M1 :** Oui, oui.

**Moi :** Enfin, voilà (rire). Donc, l'entretien, il est enregistré et sera retranscrit intégralement à l'écrit sous format anonyme. C'est pour ça que je vous ai demandé en amont de venir signer un document de consentement.

**M1 :** Ok.

**Moi :** Est-ce que vous avez des questions ou est-ce que nous pouvons commencer ?

**M1 :** Bon, on peut commencer.

**Moi :** Allez, super. Est-ce que dans un premier temps, vous pouvez vous présenter et racontez brièvement, du coup, votre parcours ?

**M1 :** Ah, ok. Bon, je m'appelle X. Je suis médecin rééducateur. Je suis italienne. Et je m'occupe de patients neurologiques de qui, ben, toujours. En fait, dans ma formation, j'ai fait que ça. Et ensuite, en arrivant en France, je n'ai pas voulu travailler en centre de rééducation en raison de mes engagements familiaux et tout. Donc, je me suis plutôt installé un libéral après une très courte période en clinique où ils m'avaient proposé, justement, de développer un service de rééducation. Et après, ben, la direction, elle a changé. Donc, il y a eu toute une série de choses, donc j'ai préféré m'installer un libéral... D'abord, avec un rhumatologue qui m'avait demandé d'intégrer son équipe parce que ses collègues étaient partis à la retraite. Et ensuite, ben... Je me suis installée toute seule, avec deux kinésithérapeutes avec moi, qui m'ont accompagnée jusqu'à il y a un an et demi quand j'ai déménagé mon cabinet en raison des barrières architectoniques qui étaient trop importantes dans les cabinets où j'étais. Et surtout parce qu'en présent, je m'étais mise en formation à la rééducation assistée par les chevaux. Donc, j'ai fait deux ans de formation auprès de la fédération française d'équitation en médiation équine. Et ensuite, je m'étais formée à l'hippothérapie, donc à la rééducation pure motrice avec les chevaux, avec Léa Meyers sur

Strasbourg. Actuellement, je suis en train de faire le deuxième module avec elle et j'ai monté mon activité de médiation équine, hippothérapie, où j'exerce actuellement. En fait, mon cabinet actuellement, il est installé dans une ancienne grange rénovée d'un centre d'équestres dans la ville.

**Moi :** D'accord, ok.

**M1 :** Donc, voilà.

**Moi :** Du coup, la première question, elle est un petit peu restreinte. Vous m'avez dit que vous avez fait une courte période dans la clinique, enfin, en centre de rééducation, du coup. Est-ce que vous pouvez m'expliquer, si vous en avez des souvenirs, du déroulement de la rééducation quand c'était en ergothérapie, avec ces patients victimes d'un AVC ?

**M1 :** Ça fait 16 ans que je suis rééducateur. Donc, en centre de rééducation, j'ai travaillé dans la recherche à Milan pendant des années. Et je faisais rééducation de patients post-AVC, coma, éveil de coma. Donc, je me suis occupé tout le temps de rééducation avec une équipe pluridisciplinaire, ergothérapeute, orthophoniste, et kinésithérapeute. Donc, j'avais mon équipe de travail et on faisait régulièrement des réunions et tout. Et si vous voulez, en Italie, on avait beaucoup d'outils qui, en France... sont arrivés plus tardivement, si vous voulez. Donc, nous, déjà, à l'époque, on utilisait l'analyse de la marche, de l'équilibre, tout ce qui c'était stimulation trans-sensorielle avec différentes pratiques. La méthode de la miroir-thérapie, on la connaissait déjà. Tout ce qui était la hydropercussion. Sinon, ben, la stimulation magnétique transcrânienne, c'est mon professeur qui l'a amenée en Italie quand moi, j'étais encore interne. D'accord. Il y a très longtemps (rire). Ça fait longtemps. C'est presque 50 ans que vous comprenez bien que mon internat, il est loin. Et heu... voilà. Donc, on faisait pas mal de rééducation. Et j'avais découvert déjà à l'époque de mon internat, l'intégration des chevaux dans la rééducation des patients neurologiques, parce que dans un des lieux d'internat que j'ai fréquenté pendant six mois, il y avait un centre équestre installé dans l'hôpital.

**Moi :** Ah !

**M1 :** Où ils faisaient en fait de l'équithérapie et de l'hippothérapie avec les patients neurologiques.

**Moi :** D'accord.

**M1 :** Donc, on faisait ça. Il existe en Italie, en Milan depuis 79. Et ils font beaucoup de recherches sur l'utilisation des animaux. Vous pouvez la citer si vous voulez dans votre micrographie parce que vous cherchez Hôpital Niguarda, Milan et vous cherchez hippothérapie, vous trouvez plein d'articles en fait.

**Moi :** D'accord. Ok.

**M1 :** Voilà. Si ça vous intéresse, ils ont plein de choses, il y a même un ergothérapeute en fait. Ils ont une équipe pluridisciplinaire, ils travaillent beaucoup avec les enfants et les adultes handicapés neurologiques. En fait, il y a le médecin directeur chef qui coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Et donc, il y avait kinésithérapeute, ergothérapeute et orthophoniste aussi, pour tous ceux qui s'étaient les troubles de l'oralité.

**Moi :** D'accord. Ok. Et est-ce que vous savez quels moyens utilisaient les ergothérapeutes par rapport avec les patients AVC. Et si du coup ils faisaient aussi l'hippothérapie ?

**M1** : Je ne sais pas vous dire trop parce qu'en fait moi... j'étais là très brièvement et après je ne sais pas vous dire exactement les techniques qu'ils utilisaient parce qu'en étant interne, vous savez, je ne sais pas trop chef d'équipe donc je ne savais pas.

**Moi** : Et oui...

**M1** : On apprenait nous aussi les choses donc...

**Moi** : Oui, je peux comprendre.

**M1** : Mais non, je ne sais pas rentrer dans les détails. Franchement, je ne peux pas vous aider là-dessus, non.

**Moi** : D'accord.

**M1** : Nous on avait une stimulation déjà en réa, par les équipes, donc heu... même des patients en commun, c'était dans l'immédiat, les lésions de la moelle épinière c'était dans l'immédiat c'était tous les patients neurologiques qui étaient stimulés par les kinés et les ergothérapeutes tout de suite dès qu'ils étaient stables du point de vue vraiment anesthésique, vous voyez ?

**Moi** : D'accord.

**M1** : Parce que s'ils faisaient des AVC hémorragiques, c'était tout de suite la stabilisation, ils étaient stimulés tout de suite. En fait, la rééducation, ça a duré six mois environ. Vous aviez la possibilité d'hospitaliser en rééducation intensive ces patients pendant un temps de six mois, en fait, pour les patients les plus graves, et après vous aviez entre deux, trois mois en hospitalisation complète pour les AVC. Et après, il y avait une période en hôpital des jours qui pouvait durer même plusieurs années, en fait, avec une période longue au début.

**Moi** : Hum hum.

**M1** : Et après, vous aviez deux rappels réguliers parce qu'on voyait nos patients en contrôle, et s'ils n'évoluaient pas en kiné de ville, en fait, eh bien, on les reprenait en hôpital de jour.

**Moi** : D'accord, ok.

**M1** : Par exemple, pour travailler des choses spécifiques, type les activités de la vie quotidienne. On avait, par exemple, un appartement d'ergothérapie. Donc l'ergothérapeute, elle travaillait avec eux pour tout ce qui était la gestion du ménage à la maison, la cuisine, on faisait des ateliers cuisine, on faisait des ateliers hygiène personnel, apprentissage avec des techniques compensatoires, tout ce qui était l'utilisation du lave-vaisselle, de la machine à laver, voilà, tout ça. D'accord.

**Moi** : D'accord ! Et justement, par rapport à ce que vous venez de cibler, est-ce que vous avez observé une amélioration fonctionnelle des déficits des patients, du coup, avec les séances en ergothérapie, et du coup, après, vous, avec l'hippothérapie ?

**M1** : Oui, absolument, oui. Alors, si je dois vous dire toute la vérité, l'ergothérapie, moi, je trouve qu'elle est très peu valorisée en France. J'ai toujours eu l'habitude d'avoir à quoi faire avec les ergothérapeutes. Et là, je trouve que les patients, ils n'ont pas assez d'accès au traitement ergothérapeutique, et c'est dommage, c'est vraiment dommage.

**Moi** : D'accord.

**M1** : Parce qu'en libéral, vous en avez très peu, et en centre de rééducation, ils sont tellement débordés que malheureusement, il n'y a pas assez d'accès pour les patients, qui pourraient encore gagner, parce que dans la récupération d'un AVC, vous avez un temps aigu où c'est vrai que la récupération, elle est plus rapide, mais c'est vrai aussi qu'après, dans l'année qui suit, l'AVC, vous avez quand même une récupération qui peut être aussi importante si vous donnez

des simulations qui sont adéquates. Et par exemple, avec les chevaux, il y a déjà l'environnement non médicalisé, qui est aussi important, les patients, parce qu'ils en ont marre souvent d'être emmenés à droite et à gauche pour des soins. Là, il y a les côtés, si vous voulez : Il y a l'espace vert, il y a les côtés de simulation par les pieds du cheval. Le cheval, il peut vous donner plein de stimuli. En ergothérapie, par exemple, tout ce qui est la partie pansage, la partie toucher le cheval, s'occuper de lui, tout ce qui est la motricité fine, vous pouvez la travailler énormément avec que mettre un licol, enlever un licol, monter sur un tapis de montée à vue, sentir la texture. Il y a plein, plein de stimuli que vous pouvez donner à un patient avec le cheval. C'est énorme.

**Moi :** Et oui...

**M1 :** Le cheval, c'est un animal qui a beaucoup de caractéristiques qui se prêtent à la rééducation des patients neurologiques.

**Moi :** Ok, super intéressant. Et est-ce que vous savez au bout de combien de temps vous avez observé les premiers bienfaits par rapport à ces patients au niveau des activités de la vie quotidienne ?

**M1 :** Je peux vous dire déjà, moi, par exemple, j'ai un patient avec une sclérose en plaques, avec un trouble de la gestion de la marche et la gestion de son quotidien. Et la neurologue, elle a remarqué une amélioration après quatre séances seulement d'hippothérapie. Et pour l'AVC, on a eu des résultats excellents. Par exemple, avec Léa, on a vu un patient avec une hémiparésie sévère et déjà, après une dizaine de séances d'hippo, il avait eu des changements énormes par rapport déjà à la motricité du membre supérieur, la gestion de son quotidien, tout ce qui s'était, par exemple, raser, se raser, faire les gestes d'hygiène ou manger, amener la cuillère à la bouche, il y avait toute une série de gestes qui avaient été améliorés par l'hippothérapie.

**Moi :** D'accord, ok !

**M1 :** Normalement, les séances d'hippothérapie sont une par semaine. Donc, considérez que la grosse partie de la rééducation en centre, c'est tous les jours. En rééducation de ville, c'est au moins deux, trois fois par semaine. Donc, voyez l'impact de tout ça. Une fois par semaine seulement, vous obtenez plus de résultats qu'en faisant... Trois séances par semaine de kiné, par exemple, dans un environnement cabinet.

**Moi :** Ah oui ! D'accord. Ok. Super. Et du coup, ça se rejoint un petit peu cette question, mais selon vous, l'intégration de l'animal durant les premiers mois en service d'ergothérapie, est-ce que ça peut apporter des bénéfices dans la réalisation des activités de la vie quotidienne pour ces patients post-AVC ?

**M1 :** À mon avis, oui, énormément. Déjà, c'est l'apprentissage de grands soins, pour une fois. Vous voyez, pour les patients, c'est super important. « Je ne suis pas moi que je suis soignée, c'est moi qui soigne. Malgré mon handicap, j'arrive à faire des choses ». Donc, la fierté,

**Moi :** Et oui

**M1 :** Pouvoir prendre soin de quelqu'un qui est bien plus gros que nous. Cet animal majestueux qui est grand qui est doux. Donc déjà, il y a tout ce contexte psychologique qui est super important, et hue, après vous avez ce qui fait la similitude des actes. Par exemple... donner à manger au cheval, je mange moi aussi. Vous voyez l'association de l'apprentissage. Certaines fois, vous avez des choses du langage qui sont associées aux AVC. Donc, vous perdez la

capacité de reconnaître certains gestes ou aliments ou activités. La procédure logique du geste, elle est endommagée.

**Moi** : D'accord, ok.

**M1** : Et apprendre par les gestes trouvables, ça aide à reconstruire les gestes dans les situations.

**Moi** : Du coup, vous m'avez dit par rapport au cheval que c'est un animal qui est grand, qui est un peu imposant, que du coup il y a beaucoup de contextes psychologiques. Est-ce que pour vous, c'est ces faits-là qui font que l'animal peut avoir des répercussions sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ? Ou est-ce qu'il y a d'autres aspects de comment l'animal peut avoir des répercussions, justement, sur le quotidien ?

**M1** : C'est déjà aussi l'effet de la relation à l'humain par le cheval. Les chevaux, ils savent ce qu'ils ont devant. Je ne sais pas, vous avez eu l'occasion de travailler avec les chevaux ?

**Moi** : Non, malheureusement, j'ai fait des demandes auprès de personnes qui le réalisaient, et c'est compliqué de pouvoir assister à des séances.

**M1** : Moi, je vous accueille avec plaisir. Je vous dis, moi, je pense que dans l'ergothérapie, il y aurait énormément de travail à faire.

**Moi** : Je pense aussi.

**M1** : Si vous voyez déjà tout ce qui est fait au Canada, l'ergothérapie, je ne sais pas si vous connaissez les études au Canada qui ont été faites en ergothérapie, mais il y a toute une théorie de l'utilisation du cheval en ergothérapie qui est fantastique.

**Moi** : D'accord, je sais que souvent là-bas, ils sont un petit peu en avance sur les pratiques, mais c'est vrai que c'est plus de ce que j'avais vu, je crois, en Allemagne et peut-être en Amérique, mais peut-être plus en Allemagne où on avait un peu plus de retour.

**M1** : Au Canada, à la fac d'ergothérapie, il y a une ergothérapeute qui est la thérapeute qui a fondé sa méthode, sa propre méthode d'ergothérapie avec les chevaux. Elle a un centre immense qui est super connu au niveau hippothérapie.

**Moi** : D'accord.

**M1** : Elle a créé vraiment un cours d'hippothérapie à la fac en ergothérapie.

**Moi** : Ok, super. C'est super intéressant.

**M1** : Elle a un centre immense, mais vraiment immense. Elle ne fait que ça, elle fait des recherches autour du cheval, elle s'occupe des troubles de l'oralité, surtout des enfants avec des troubles de spectre autistique. Elle fait tout ça.

**Moi** : Ok, d'accord. Pour revenir sur une autre question, donc ça sera par rapport à votre clinique de rééducation où vous avez travaillé, est-ce que vous vous souvenez à peu près des... Comment mesurer les récupérations des séquelles, les ergothérapeutes par rapport aux patients post-AVC ?

**M1** : Oui, les ergothérapeutes, donc, ils avaient plein d'échelles d'évaluation. Donc, ils faisaient des tests. Ils avaient aussi du programme à l'ordinateur. Donc, ils faisaient l'IADL. He... Je ne sais pas si ça existe en France, parce que c'est l'index activité, diving living, de la vie quotidienne en anglais.

**Moi** : D'accord.

**M1** : Et l'échelle des ADL. Donc, c'était deux échelles qui étaient administrées au début de l'AVC, à un temps X au milieu du parcours rééducatif, et à la sortie. D'accord. Et après, vous

aviez des autres évaluations cognitives, de tout ce qui était les capacités motrices aussi, parce que chez nous, les ergothérapeutes, ils ont aussi tout ce qui fait adaptation de l'environnement,

**Moi :** Et oui

**M1 :** Post-AVC, l'étude de fauteuil roulant, tout ce qui serait insertion professionnelle par rapport à l'AVC. Donc, adaptation du poste de travail, de la maison. Voilà. Donc, il y avait toutes ces échelles-là aussi d'évaluation. Donc, ils faisaient plusieurs choses par rapport à ce qui était le parcours du patient, qui était très varié. Parce que, par exemple, vous aviez des patients qui ne pouvaient pas rentrer chez eux en raison de l'entourage familial qui n'était pas adapté. Et donc, ils allaient en centre. Alors, dans ces cas-là, il y avait des centres de longue hospitalisation. D'accord. Donc, là, il n'y avait pas de sens d'adapter tout. Et en fait, ceux qui rentraient chez eux, ils avaient toute la réadaptation autour de la personne.

**Moi :** D'accord.

**M1 :** Je me rappelle d'une jeune femme qui était ingénieure. Elle avait eu un AVC à l'âge de 32 ans. Elle était hémiplégique aphasique. Donc, en fait, ils avaient fait toute une évaluation parce qu'elle travaillait beaucoup à l'ordinateur. Donc, elles avaient retrouvé un programme pour qu'elle puisse après reprendre son poste d'ingénieure parce qu'elle avait quand même regagné pas mal de capacités.

**Moi :** Eh oui.

**M1 :** Avec l'adaptation à l'ordinateur. En fait, il y avait tout un programme de dessin, et de projection à l'ordinateur qui avait été adapté.

**Moi :** D'accord. Ok... Et est-ce qu'à ce jour, vous savez s'il existe des évaluations vraiment spécifiques à la thérapie assistée par l'animal ?

**M1 :** Pour l'instant, non. Je sais qu'il y a des petites évaluations qui ont été faites autour du chien, je crois, en médiation animale. Chien, lapin, cochon d'Inde. Mais je peux vous donner les références d'une copine, qui travaille là-dedans. Elle est médiatrice animale, pas qu'avec les chevaux. Et elle est infirmière. Et elle fait des études de recherche dans un centre de rééducation dans la Sologne. Elle est en Sologne. D'accord. Et je peux vous donner ses coordonnées, parce qu'elle, elle pourra vous renseigner par rapport aux échelles actuelles qui sont utilisées en centre.

**Moi :** Ok.

**M1 :** Parce qu'elle travaille dans les centres de rééducation. Elle fait pas mal de recherches là-dedans.

**Moi :** Ok, super. Ben oui, je suis preneuse.

**M1 :** Voilà. Et je lui demanderai si elle est intéressée. Et je vous enverrai ses coordonnées. Elle s'appelle Clémence. Et elle est très gentille. Elle est vraiment super gentille.

**Moi :** D'accord, super. Je note. Merci. Selon vous, quels sont les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?

**M1 :** Eh ben, c'est déjà la localisation du centre. Si vous êtes en plein centre-ville de Paris, ça va être compliqué de pouvoir amener un cheval. Donc, si vous voulez, c'est le contexte environnemental qui fait la différence. C'est bien plus facile d'amener un cheval dans un centre de rééducation avec un parc géant au milieu de la campagne qu'en ville. Donc déjà, le contexte environnemental, il est important, à mon avis.

**Moi :** Eh oui.

**M1** : Et après, aussi, l'ouverture de l'équipe. Parce que mes collègues, ils ne sont pas tout à fait, tout le temps ouverts à ce type d'études. Donc, il faut vraiment bien construire le projet, avoir des praticiens qui soient bien encadrés. La formation des équipes, donc, c'est aussi important. Et ça, ça devrait passer par les biais des écoles. Si vous voulez, déjà au début, vous devez avoir des cours de médiation, des cours d'éducation animale pour faire comprendre la valeur de l'animal en tant que, passez-moi les termes, outil, mais c'est plutôt partenaire de travail.

**Moi** : Oui.

**M1** : Parce que tout ce qui peut apporter auprès de ce type de patient en termes de gain de temps dans la rééducation, dans la valeur psycho-émotionnelle aussi pour reconstituer la personne après une blessure si grave. Vous avez aussi tout l'impact physique de l'image de soi sur ce type de personne. Donc, il y a tout un travail à faire là-dedans aussi.

**Moi** : Et oui... Et est-ce que au sein d'un centre de rééducation neurologique, il y a-t-il certaines recommandations administratives ou réglementaires qu'il faut qu'on applique du coup avec la présence d'un animal si on le fait en service d'ergothérapie ?

**M1** : Bah là il faut voir comment je vous ai dit si vous arrivez à créer un centre dans le centre où l'animal il est quand même bien entouré, protégé, tous les respect de l'animal lui-même et son environnement de vie parce que vous ne pouvez pas mettre un animal dans un mètre carré et demander de faire des séances, de séance, de séance. Il faut construire un environnement qui soit cohérent avec la nature de l'animal. Donc voilà... Donc je pense qu'il y a du travail à faire là-dedans parce que certaines fois on veut faire du bien, mais on ne s'occupe pas forcément de ce qui est fait à l'animal. Donc je crois qu'il y a les deux à protéger et à intégrer correctement pour que le plaisir soit partagés tant pour l'homme que pour l'animal.

**Moi** : Et oui... Est ce qu'il y aurait des éléments supplémentaires en lien avec mon sujet de mémoire ou par rapport à votre expérience que vous souhaitez me faire part avant qu'on puisse terminer l'entretien ?

**M1** : Moi déjà je vous suggère d'aller voir des séances. Je pense qu'il est important pour vous, au-delà d'interviewer les gens qui ont fait cette expérience, de faire vous-même une séance et vous vous rendrez compte de combien de possibilités vous avez à disposition. Là, je vous ai cité les passages, mais il n'y a pas que les passages. Il y a tout ce qui est le travail sur le cheval, pour la motricité de la main, tout ce qui est le travail avec l'accélération, la décélération, la dissociation des ceintures. Vous avez plein, plein, plein de choses que vous pouvez faire en ergothérapie.

**Moi** : Hum hum.

**M1** : Vous prenez les différentes textures, tout ce qui est la stimulation sensorielle. Il y a plein, plein, plein de choses à faire. Mais vraiment, il faut juste avoir des idées et savoir connaître son propre métier dans l'ergothérapie. Voilà. Et là, après, il y a un monde qui vous ouvre les portes, parce que c'est vraiment très, très intéressant de travailler autour d'un cheval... Vous pouvez, déjà... Vous devez avoir un partenariat, bien sûr, avec un centre-équestre. Vous formez à l'hippothérapie, parce que c'est fondamental. Vous ne pouvez pas vous improviser qu'avec vos études.

**Moi** : D'accord. Oui.

**M1** : Ou sinon, travailler à l'équipe avec un hippothérapeute expérimenté. Ça fait une autre possibilité. C'est-à-dire, si vous, par exemple, vous avez une initiation au moins à

l'hippothérapie, et en ça, je vous suggère d'aller voir Léa Meyers. Elle est la meilleure dans ce champ-là. Elle est vraiment très, très bonne en France. Voilà. Donc, là, vous pouvez aller voir elle, si vous voulez, pour faire... Elle va mettre en place, elle m'a dit, de formation en visioconférence, peut-être.

**Moi :** D'accord.

**M1 :** Donc, peut-être que, déjà, avoir une première idée de tout ce qu'on fait en hippothérapie, et après, aller travailler votre contexte spécifique avec vos outils au cabinet ou en centre, et aller chercher les similitudes auprès du cheval. Qu'est-ce que je pourrais utiliser ? Qu'est-ce que j'utilise au cabinet ? Comment je pourrais être exposée auprès du cheval ? Qu'est-ce que ça peut... À quoi ça rassemble, cet outil que j'utilise au cabinet dans l'environnement du cheval ? Est-ce que ça rassemble à quelque chose de particulier ? Vous voyez, un cure-pied, je ne sais pas, une brosse douce, une étrille, plein de choses, vous voyez ?

**Moi :** Oui, oui.

**M1 :** Donc, tout ce qui fait la pension, la simulation sensorielle, les panses, les jeux de dextérité manuelle, les transferts ! Faire un transfert, je ne sais pas, fauteuil roulant... escabeau ou montoir. Comment les faire ?

**Moi :** C'est pas évident oui

**M1 :** Comment ça peut m'aider dans mon quotidien à apprendre à monter et descendre du cheval. Ça me donne des outils supplémentaires pour le retransposer dans mon quotidien en tant que patient. Bien sûr que oui. Pour par exemple passer une jambe au-delà de l'encolure du cheval, ça peut m'aider à passer ma jambe au-delà de mon fauteuil de douche pour prendre la douche par exemple, vous voyez. De descendre de mon lit, ou pour faire le transfert sur le montoir ça peut m'apprendre à monter les marches dans l'environnement si je vais rendre visite à une copine, si j'ai la possibilité de marcher. Ou de ne pas avoir la peur du vide car j'apprends à descendre avec le cheval, ça me donne toute une série de certitude, ça me rassure, ça lui donne de la confiance en soi-même. Vous pouvez travailler plein de chose avec le cheval, il suffit d'avoir les idées. La première chose pour apprendre, c'est essayer, expérimenter, vivre les choses. Par ce que vous pouvez avoir quelqu'un qui vous apprend au niveau verbal, si vous ne vous mettez pas à le faire, c'est pas pareil.

**Moi :** C'est totalement différent, c'est sûr.

**M1 :** Ce que vous expérimentez tous les jours dans votre quotidien. Vous voyez bien que chaque patient est différent.

**Moi :** Ah oui !

**M1 :** Chaque patient à ces spécificités, ces craintes, ces particularités. Ce que vous faite avec Paul, vous ne le faites pas avec Jacques et ni avec Estelle, vous voyez ce que je veux dire ? Donc personnalisé. Il peut y avoir Estelle qui a peur du cheval, peur de monter à cheval, mais vous pouvez faire un travail tout autour du cheval ; mais qu'il soit quand même enrichissant, sans forcément monter dessus. La rééducation, moi je veux que les concepts d'hippothérapie stricte où vous vous servez du mouvements du cheval, soit élargi avec tout ce qu'on appelle la rééducation assistée par le cheval, c'est tout un monde autour du cheval qui peut être aussi thérapeutique que l'hippothérapie, c'est une autre façon de voir, en vous servant de ce partenaire extraordinaire.

**Moi :** En tout cas, c'était hyper enrichissant. Avez-vous des questions, ou pas du tout ?



**M1** : Non ça va

**Moi** : Souhaitez-vous être tenu au courant de la suite du...

**M1** : Absolument ! Je veux bien lire votre mémoire si vous avez le plaisir de me l'envoyer.

**Moi** : C'est justement pour ça que je voulais vous poser la question. Il n'y a pas de soucis. Je vous partagerai ça une fois que tout est finalisé (rire).

**M1** : Bien, parfait, je vous souhaite bonne chance.

**Moi** : Je vous remercie beaucoup en tout cas.

Annexe X : Tableau des données brutes de chaque question de la grille d'entretien.

	E1	E2
<p><b>QUESTION 1</b> <i>Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de la rééducation en ergothérapie (avec ou sans l'animal), auprès de patients victimes récemment d'un AVC ?</i></p> <p><b>Relance :</b> Quels moyens ont été utilisés pendant vos séances en ergothérapie ?</p>	<p>« P est là par demi-journée avec différents professionnels »            « Je suis sa référente principale »            « En service, P est détachée, mais en laisse dans certains endroits »            « Dès que les patients arrivent, elle va leur dire bonjour, et emmène le jouet »            « Séances préparées »            « Brossage sur plan Bobath ou sur table »            « Patient debout ou en FR pendant le brossage »            « Ça fait travailler l'aspect moteur, sensoriel et cognitif »            « Patients héminégligents : ne pas brosser que la tête du chien »            « J'explique au patient les ordres du chien, surtout au lancer de balle »            « Marche en laisse dans le parc »            « Si hémiplégie gauche, on s'adapte pour tenir la laisse »            « Pochette avec des croquettes »            « Mettre croquette dans un cône, et mélanger les cônes »            « Gestuelle du patient »            « Interaction avec le chien »            « P vient d'une association où elle a été formée »            « Association handi-chien »            « Il y a des personnes qui ont leur propre chien »            « Ce sont des chiens qui ont déjà été éduqués, et ça c'est un plus »            « Projet : monter un atelier un peu plus rigoureux, où on puisse mieux évaluer ce que peut apporter le chien »            « J'aimerais qu'on intervienne sur la douleur et les réflexions de pansements »            « Gros boulot à faire au niveau de l'hygiène ».            « On fait des injections de toxines. Donc, aux patients on leur propose : hypnose, toutes les relaxations, et puis parfois on propose le chien »</p>	<p>« J'interviens de manière spécifique »            « J'interviens 1 fois par semaine dans le centre »            « Auprès de personnes qui ont du mal à accrocher aux soins classiques, ou signes de dépressions actifs, apathie »            « Projet dure quatre mois »            « L'idée est que je les vois tout le long de leur séjour »            « Accompagner en plus de leur suivi »            « Amener un aspect motivationnel en séances d'ergothérapie »            « Séances individuelles en salle de rééducation »            « Séances individuelles avec un autre professionnel »            « En petit groupe de 2-3 personnes »            « Moyens vastes et variés, selon l'objectif »            « Utiliser le chien de manière directe ou indirecte »            « Activités liées au chien : brossage, promenade, tenir la laisse, objets à poser sur le chien... »            « Manière indirecte : choses autour du chien, notamment pour travailler les fonctions cognitives »            « Cacher des croquettes, ne pas réveiller le chien »            « Jeux de sociétés transformés : pièces en croquette pour interagir directement avec le chien »            « Parcours moteurs »            « Motricité fine »            « Travailler l'héminégligence »            « Ça dépend de l'objectif que l'on souhaite travailler »</p>

	« Certains patients choisissent le chien, car c'est ce qui va les relaxer »	
	E3	M1
	<p>« Plusieurs chiens au sein du centre »</p> <p>« Précocité de la prise en charge, on travaille avec les chiens »</p> <p>« Equithérapie dans un 2<sup>ème</sup> temps sur le côté fonctionnel, équilibre, sensibilité profonde »</p> <p>« Laisse le temps aux patients de s'intégrer... au début ils sont fatigués, les emplois du temps se chargent »</p> <p>« Optimisation maximale de la prise en charge »</p> <p>« Faire de la rééducation différemment »</p> <p>« On arrive sur du chronique »</p> <p>« Trouver un sport adapté qui leur convient »</p> <p>« Pansage »</p> <p>« Chevaux à l'extérieur du box pour que ça soit plat, et qu'une personne à pied ou en FR puisse y accéder sans difficulté »</p> <p>« Matériel pas forcément adapté pour le pansage, ni les selles »</p> <p>« Acteurs aidants »</p> <p>« Moniteur lui-même adapté »</p> <p>« Des accompagnants éventuels »</p> <p>« Montoir »</p> <p>« Effort moins important pour monter à cheval »</p> <p>« Centre partenaire depuis le début »</p> <p>« Convention signée »</p> <p>« 3-4 sessions par an, de 3 séances »</p>	<p>« Italie, Milan »</p> <p>« Rééducation de patients post-AVC, coma, éveil de coma »</p> <p>« Avec une équipe pluridisciplinaire »</p> <p>« On faisait régulièrement des réunions »</p> <p>« Beaucoup d'outils qui en France sont arrivés tardivement »</p> <p>« Analyse de la marche, équilibre, stimulation trans-sensorielle, thérapie miroir, hydro percussion, stimulation magnétique transcrânienne »</p> <p>« Découvert à l'époque de mon internat, l'intégration des chevaux dans la rééducation des patients neurologiques »</p> <p>« Ils faisaient de l'équithérapie et de l'hippothérapie »</p> <p>« Centre équestre dans un des lieux d'internats de l'hôpital Niguarda »</p> <p>« Il existe en Italie, à Milan depuis 1979 »</p> <p>« Ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire »</p> <p>« Travaillent beaucoup avec les enfants et adultes handicapés neurologiques »</p> <p>« Je ne sais pas vous dire exactement les techniques qu'ils utilisaient »</p> <p>« La rééducation : 6 mois pour les patients les plus graves, et 2-3 mois en hospitalisation complète »</p> <p>« Pour travailler des choses spécifiques, type les AVQ »</p> <p>« Appartement ergothérapie »</p> <p>« L'ergothérapeute travaillait la gestion du ménage à la maison, la cuisine »</p> <p>« Ateliers cuisine, hygiène personnelle, apprentissage avec des techniques compensatoires, utilisation du lave-vaisselle, de la machine à laver »</p> <p>« Chaque patient est différent, à ces spécificités, craintes »</p> <p>« Personnalisé »</p> <p>« Travail tout autour du cheval enrichissant, sans forcément monter dessus »</p> <p>« Je veux que les concepts d'hippothérapie stricte où vous vous servez du mouvements du cheval, soit élargi avec la rééducation assistée par le cheval »</p> <p>« Partenaire extraordinaire ».</p>

	P1	P2
<p><b><u>QUESTION 1</u></b></p> <p><i>Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de votre rééducation en ergothérapie (avec ou sans la présence d'un animal) ?</i></p> <p><b><u>Relance</u></b> : Est-ce que vous vous souvenez des moyens qu'ont utilisés les ergothérapeutes pendant vos séances ?</p>	<p>« J'ai passé environ 4 mois en centre de rééducation »</p> <p>« J'ai eu aussi le kinésithérapeute, l'orthophoniste et des séances de gym »</p> <p>« Beaucoup de jeux »</p> <p>« Précision, dextérité »</p> <p>« Des choses au niveau des doigts, des membres »</p> <p>« Précision fine, par exemple attraper une balle au vol »</p> <p>« Jeux de logique »</p> <p>« Soit par écrit, soit au travers d'un jeu en bois »</p> <p>« Séances entre une demi-heure et quarantaine de minutes »</p>	<p>« J'ai commencé la rééducation en ergothérapie lors de mon admission vers juin 2019 »</p> <p>« En phase subaiguë j'avais des séances d'ergothérapie de 30 minutes entre 2-3 fois en fait par semaine »</p> <p>« En phase aigüe c'était peut-être une heure à peine. Même des fois, il n'y avait pas du tout »</p> <p>« J'ai commencé par des exercices vraiment très basiques ».</p> <p>« Prendre un cube et le placer »</p> <p>« Reconnaître des formes »</p> <p>« Écrire mon prénom... tâche d'écriture »</p> <p>« Des petites tâches de la vie de tous les jours »</p> <p>« Retaper un peu sur un clavier d'ordinateur »</p> <p>« C'était très laborieux au départ, très très lent »</p> <p>« Je faisais avec la main droite, parce que la main gauche, était en hémiparésie »</p> <p>« J'ai réappris presque tous les gestes de la vie de tous les jours avec des mini-jeux »</p> <p>« J'apprenais à cuire des aliments. On faisait des petits gâteaux »</p> <p>« On faisait d'autres tâches dirigées, boucler des lacets ou des tâches fines »</p> <p>« C'était vraiment ce qui m'était le plus difficile du fait que j'ai une hémiparésie et j'ai aussi un tremblement de la main gauche »</p>

	E1	E2
<p><b>QUESTION 2</b></p> <p><i>Avez-vous observé une amélioration fonctionnelle des déficits en ergothérapie (avec ou sans séances avec l'animal) ?</i></p> <p><b>Relance</b> : Au bout de combien de temps observez-vous les premiers bienfaits par rapport aux AVQ ?</p>	<p>« Amélioration fonctionnelle je ne sais pas »</p> <p>« Projet : faire un atelier sur 4 séances pour voir l'évolution »</p> <p>« Le chien on l'utilise ponctuellement »</p> <p>« Chien, un moyen de rééducation »</p> <p>« Au niveau relationnel et au niveau affect »</p> <p>« Les patients aiment beaucoup, ils expriment régulièrement »</p> <p>« Versant affectif, on sent une différence quoi ».</p> <p>« Pour voir un bienfait, il faudrait des éléments de comparaison, que l'on fasse plusieurs fois la même chose pour voir une évolution »</p> <p>« Une étudiante aussi qui fait son mémoire sur la médiation animale et les parkinsoniens... elle va faire deux séances par semaine pendant 2 semaines avec les mêmes patients... là on verra une meilleure évolution, il y aura un suivi »</p>	<p>« Aspect motivationnel »</p> <p>« Les personnes vont faire pour le chien, et pas pour elles »</p> <p>« Il y a des limites »</p> <p>« Il faut que les personnes aiment les chiens, aient une bonne approche »</p> <p>« Amener une motivation pour se réinvestir dans la rééducation et avoir des résultats »</p> <p>« Retrouver du plaisir à faire, et pour potentiellement que ça s'observe dans les séances sans le chien »</p> <p>« Rien que sur l'humeur, dès les 1ères séances, on voit une amélioration »</p> <p>« Il faut que les habitudes se mettent en place »</p> <p>« Transfert des acquis avec les autres professionnels »</p> <p>« Très variable en fonction de chaque individu »</p> <p>« Environ 5 séances pour voir un début d'amélioration »</p> <p>« Projet global de mon intervention »</p> <p>« Évaluation que l'on a faite par l'association »</p> <p>« Séances hebdomadaires, c'est 4 mois, ça donne de la matière pour évaluer les objectifs »</p> <p>« Mi-projet, 2 mois, c'est 8 séances, on voit vraiment des axes d'amélioration »</p> <p>« On peut changer les groupes, avoir de nouveaux objectifs »</p> <p>« Tout dépend de la personne et de son temps de séjour »</p>
	E3	M1
	<p>« Sur trois séances c'est compliqué »</p> <p>« Moins d'appréhension sur les choses du quotidien »</p> <p>« La personne se met debout plus facilement »</p> <p>« Prendre de l'assurance pour aller devant, derrière le cheval »</p>	<p>« Ergothérapie très peu valorisée en France »</p> <p>« Patients : peu d'accès au traitement ergothérapeutique »</p> <p>« En libéral, vous en avez très peu »</p> <p>« En centre de rééducation, ils sont débordés. Pas assez d'accès pour ceux qui pourraient encore gagner »</p> <p>« Récupération d'un AVC : temps aigu où la récupération est plus rapide. Dans l'année qui suit, l'AVC, une récupération peut être aussi importante si vous donnez des simulations adéquates. »</p> <p>« Avec les chevaux : environnement non médicalisé »</p> <p>« Les patients ont en marre d'être souvent emmenés à droite et à gauche pour des soins ».</p> <p>« Espace vert : côtés de simulation par les pieds du cheval »</p>

	<p>« Alors que le cheval bouge un peu »</p> <p>« Ils vont rester à côté et se tenir »</p> <p>« Transposer à la toilette, à l'habillage dans la salle de bain »</p> <p>« Aucune peur de se pencher de l'autre côté de l'évier, chercher ce qui leur manque »</p> <p>« Meilleur ressenti peut être sensitif profond »</p> <p>« A chaque session, on fait une séance par semaine »</p> <p>« Sur 3 semaines d'affilés »</p> <p>« Voir des résultats au fur et à mesure des séances »</p> <p>« Petite phase d'abstention »</p> <p>« La plupart ne connaissent pas ou ne montent pas à cheval »</p> <p>« Ça se fait assez vite »</p>	<p>« Le cheval peut vous donner plein de stimuli ».</p> <p>« Pansage, toucher le cheval, s'occuper de lui, motricité fine »</p> <p>« Mettre et enlever un licol, monter sur un tapis de montée à cru, sentir la texture »</p> <p>« Beaucoup de caractéristiques qui se prêtent à la rééducation des patients neurologiques. »</p> <p>« Pour l'AVC, on a eu des résultats excellents »</p> <p>« Patient avec une hémiparésie sévère et déjà, après une dizaine de séances d'hippothérapie : changements énormes sur toute une série de gestes par rapport déjà à la motricité du membre supérieur, la gestion de son quotidien, par exemple, raser, se raser, faire les gestes d'hygiène ou manger, amener la cuillère à la bouche ».</p> <p>« Une fois par semaine seulement, vous obtenez plus de résultats avec 1 séance d'hippothérapie par semaine qu'en faisant 3 séances par semaine de kinésithérapie »</p> <p>« Travail sur le cheval, pour la motricité de la main, accélération, la décélération, la dissociation des ceintures »</p> <p>« Plein de choses que vous pouvez faire en ergothérapie, il faut juste avoir des idées et savoir connaître son propre métier ».</p> <p>« Partenariat avec un centre-équestre »</p> <p>« Vous formez à l'hippothérapie, ou faire une initiation au moins »</p> <p>« Vous ne pouvez pas vous improviser qu'avec vos études »</p> <p>« Travailler en équipe avec un hippothérapeute expérimenté »</p> <p>« Avoir une 1<sup>ère</sup> idée de ce qu'on fait en hippothérapie, et après, travailler... avec vos outils au cabinet ou en centre, et aller chercher les similitudes auprès du cheval »</p> <p>« La stimulation sensorielle, les panses, les jeux de dextérité manuelle »</p> <p>« Faire un transfert FR... escabeau ou montoir »</p>
--	--	--

	P1	P2
<p><b>QUESTION 2</b> <i>Avez-vous observé une amélioration de vos capacités en ergothérapie ?</i></p>	<p>« Quand je suis arrivé, j'étais un peu perdu »</p> <p>« Problèmes de coordination, mémoire, écrire »</p> <p>« Dès le 1<sup>er</sup> mois, j'ai senti une amélioration »</p> <p>« On a poussé les choses un peu plus »</p> <p>« A la fin du parcours en centre de rééducation, on a fait un test chez moi »</p>	<p>« Pendant la phase aiguë, la récupération était spontanée... la plus remarquable »</p> <p>« Du fait de mon jeune âge. J'avais 18-19 ans à l'époque »</p> <p>« Du fait que c'était très intense aussi »</p> <p>« j'étais carrément dans l'hôpital en tant que patient interne, en fait. Je dormais là »</p> <p>« l'ergothérapie m'a permis de refaire mes lacets. »</p> <p>« Maintenant, j'écris sur un ordinateur »</p>

<p><b>Relance</b> : Au bout de combien de temps avez-vous observé vous les premiers bienfaits par rapport à vos AVQ ?</p>	<p>« L'ergothérapeute et l'orthophoniste qui sont venus chez moi, et elles m'ont demandé de faire un gâteau »  « Je leur ai montré ma maison, comment je me déplaçais dans ma cuisine, comment je faisais la suite logique du gâteau, la préparation du gâteau »</p>	<p>« Après six mois, c'étaient plus des paliers »  « Il y avait des moments où je progressais, ou je ne progressais plus, où en fait, j'atteignais un plateau »  « Redoubler presque d'efforts pour pouvoir repasser à un palier au-dessus »  « Jusqu'à arriver à la phase chronique où, c'est presque plus perceptible »  « Après 3,4 mois en immersion complète en rééducation »  « J'ai pu commencer à remonter des escaliers, repasser du temps sur l'ordinateur »  « j'ai fait le CNED pour repasser mon bac. Donc, j'ai dû pas mal être sur mon PC »  « Taper des devoirs à la main »</p>
---	--	---

	E1	E2
<p><b>QUESTION 3</b></p> <p><i>Selon vous, l'intégration de l'animal durant les premiers mois en service d'ergothérapie peut-il apporter des bénéfices dans la réalisation des AVQ de patients post-AVC ?</i></p> <p><b>Relance</b> : Comment l'animal en séances peut-il avoir des répercussions sur la réalisation des AVQ ?</p>	<p>« Oui très certainement »  « Déjà, sur le côté émotionnel »  « Le patient va plus parler »  « Il va plus se confier »  « On va pouvoir aller plus facilement sur la sphère privé »  « On va pouvoir rebondir sur ce qu'il va nous dire quoi. « Voir avec lui ce qu'il faisait avec son chien, pour dans la mesure du possible, refaire ce qu'il faisait avant »</p>	<p>« Aspect motivationnel énorme »  « Nouvelles habitudes de vie qui se mettent en route »  « Autonomie qui revient assez facilement »  « Prendre soin du chien »  « Rituels que l'on va mettre en place »  « Retrouver des gestes du quotidien »  « De voir un animal, un être vivant, c'est beaucoup plus stimulant »  « C'est large et varié »  « On arrive à saisir des choses plus facilement et plus rapidement »</p>
	E3	M1
	<p>« Je dirais, oui »  « Patients intéressés par l'animal »  « Au niveau de l'intégration du membre supérieur pour les AVQ »  « Travail avec chiens, chevaux »  « Équilibre, sensibilité profonde des membres inférieurs et supérieurs »  « Retraser pour les transferts : fauteuil, voiture, toilette, habillage »  « Il permet de faire des AVQ »  « Ils vont avoir envie de faire »  « Animal qui donne envie d'essayer, de tenter »  « Si on rate, ce n'est pas grave »  « L'animal n'en veut pas aux gens »  « Ils se rendent compte qu'ils peuvent faire ces gestes-là, tenir autant de temps dans telle posture »  « Ils sont un peu fatigués au début, mais la répétition fait qu'ils gagnent »  « Ils sont plus endurants »  « Ils gagnent en capacités »</p>	<p>« Oui, énormément ».  « Déjà, c'est l'apprentissage de grands soins, pour une fois »  « Je ne suis pas moi que je suis soignée, c'est moi qui soigne. Malgré mon handicap, j'arrive à faire des choses ».  « Fierté »  « Pouvoir prendre soin de quelqu'un qui est bien plus gros que nous »  « Animal majestueux qui est grand qui est doux »  « Contexte psychologique »  « Ce qui fait la similitude des actes. Par exemple... donner à manger au cheval, je mange moi aussi. »  « Association de l'apprentissage »  « Vous avez des choses du langage qui sont associées aux AVC, donc, vous perdez la capacité de reconnaître certains gestes ou aliments ou activités. »  « Apprendre par les gestes trouvables, ça aide à reconstruire les gestes dans les situations ».  « L'effet de la relation à l'humain par le cheval »  « Les chevaux, ils savent ce qu'ils ont devant »  « Dans l'ergothérapie, il y aurait énormément de travail à faire. »  « Si vous voyez déjà tout ce qui est fait au Canada, il y a toute une théorie de l'utilisation du cheval en ergothérapie qui est fantastique ».  « Fac d'ergothérapie au Canada : ergothérapeute qui a fondé sa méthode d'ergothérapie avec les chevaux. Centre immense super connu en hippothérapie »  « Elle fait des recherches autour du cheval, surtout des enfants avec des troubles de spectre autistique »  « Comment ça peut m'aider dans mon quotidien à apprendre à monter et descendre du cheval »</p>



	<p>« Je peux faire plus de choses dans ma vie de tous les jours »  « Ils se rendent compte de leur capacité »</p>	<p>« Outils supplémentaires pour le retransposer dans mon quotidien en tant que patients »  « Passer une jambe au-delà de l'encolure du cheval, ça peut m'aider à passer ma jambe au-delà de mon fauteuil de douche pour prendre la douche »  « Descendre de mon lit, ou pour faire le transfert sur le montoir ça peut m'apprendre à monter les marches dans l'environnement si je vais rendre visite à une copine, si j'ai la possibilité de marcher »  « Ne pas avoir la peur du vide car j'apprends à descendre avec le cheval... tout une série de certitude, ça me rassure »  « La première chose pour apprendre, c'est essayer, expérimenter, vivre les choses »</p>
--	---	---

<p><i>Selon vous, l'intégration de l'animal durant les 1<sup>er</sup> mois en service d'ergothérapie peut-il apporter des bénéfices dans la réalisation des AVQ de patients post-AVC ?</i></p> <p><b>Relance</b> : Comment l'animal en séances peut-il avoir des répercussions sur la réalisation des AVQ ?</p>	P1	P2
	<p>« Je pense »  « Personnes que j'ai côtoyées qui étaient plus jeune que moi, et qui avaient des symptômes vraiment graves »  « Du mal à marcher, problème au niveau moteur »  « L'animal peut aider »  « Période COVID, compliquée d'avoir des visites »  « Gens masqué, on ne voyait pas s'ils souriaient »  « Maison de retraite avec des chevaux ou des chats qui venaient régulièrement ».  « Personnes âgées très contentes. Passent du bon temps, même si certaines personnes ne parlent pas »  « Ça leur fait une présence de plus »  « Toutes les personnes n'avaient pas de personnes, de famille proche qui viennent les voir régulièrement »  « Compagnie supplémentaire »  « Sociabilisation »</p>	<p>« Question assez complexe »  « Aspect moral et psychologique »  « Quand on a eu un AVC, on a besoin aussi d'une présence »  « À côté de soi, à l'hôpital, on n'a pas souvent cette présence »  « On se retrouve très seul dans une situation où on a besoin de l'aide ».  « Ça apporterait beaucoup aux gens... quand ils commencent à ressortir, et ils n'ont peut-être pas une bonne vision... Moi j'avais une diplopie ».  « On peut avoir besoin d'un guidage avec un chien »  « Le fait de nourrir, d'avoir un rituel, s'occuper de quelqu'un, d'un animal... permet d'installer une certaine rigueur »  « Marcher la mémoire : se rappeler de telle tâche à telle heure »  « Animal peut être parfois un contact comme ça, même sans réponse »  « Animaux : écouter ces souffrances dont on ne confierait peut-être pas ces souffrances à tout le monde, même à la famille, parfois. »</p>

	E1	E2
<p><b>QUESTION 4</b></p> <p><i>En ergothérapie, comment mesurez-vous la récupération des signes (moteurs, sensoriels, cognitifs...)?</i></p> <p><b>Relance</b> : existe-t-il des évaluations spécifiques à la TAA ?</p>	<p>« On a nos bilans ergothérapeutiques classiques »</p> <p>« Pour l’instant, on n’a pas de bilans propres à cette activité ».</p> <p>« L’activité avec l’animal, ce n’est pas une activité valorisée »</p> <p>« En centre de rééducation, on doit remplir un PMSI »</p> <p>« Il faudrait que l’on puisse faire un bilan au début de la séance avec le chien, qu’on fasse un suivi sur plusieurs séances, et qu’on refasse un bilan avec la fin »</p> <p>« Les patients ne font pas que de la médiation animale en ergothérapie ils travaillent sur d’autres choses »</p>	<p>« Ça dépend »</p> <p>« Faites par les thérapeutes qui les suivent au quotidien »</p> <p>« Partenariat des évaluations début, mi et fin de projet »</p> <p>« Observation des séances avec des améliorations que je peux voir et que je peux mesurer par les mêmes activités avec les difficultés éventuelles »</p> <p>« Évaluation d’observation avec une grille d’observation qui n’est pas normée »</p> <p>« Ce n’est pas forcément que pour les neurologiques »</p> <p>« Observation du contact avec l’animal, avec les interactions, les regards »</p> <p>« Dépend des problématiques de chacun »</p>
	E3	M1
	<p>« Bilans validés »</p> <p>« Pas de bilans spécifiques à la TAA »</p> <p>« Bilans d’évaluations continue qu’on a en centre de rééducation »</p> <p>« Moteur, cognitif, sensitif, fonctionnel »</p> <p>« Serait très intéressant d’ailleurs »</p> <p>« Créer un maison, voir l’impact »</p> <p>« Créer des protocoles »</p> <p>« Partie intéressante, mais qui demande beaucoup de temps »</p>	<p>« Les ergothérapeutes avaient plein d’échelles d’évaluations »</p> <p>« IADL : index activity diving living ; Echelle des ADL »</p> <p>« 2 échelles administrées au début de l’AVC, à un temps X et à la sortie »</p> <p>« Autres évaluations cognitives... Tout ce qui était les capacités motrices aussi »</p> <p>« Adaptation de l’environnement »</p> <p>« Étude de FR »</p> <p>« Insertion professionnelle »</p> <p>« Adaptation du poste de travail, de la maison »</p> <p>« Jeune femme ingénieure qui a eu un AVC à 32 ans. Elle était hémiparétique aphasique. Elle travaillait beaucoup à l’ordinateur. Elle a retrouvé un programme pour reprendre son poste d’ingénieure ».</p> <p>« Petites évaluations faites autour du chien, lapin, cochon d’inde »</p> <p>« Infirmière qui travaille et fait des recherches en centre de rééducation dans la Sologne »</p>

	P1	P2
<p><b><u>QUESTION 4</u></b></p> <p><i>Est-ce que vous vous souvenez quelles étaient les évaluations utilisées en ergothérapie pour mesurer votre récupération (motrice, sensorielle, cognitive... ?</i></p> <p><b><u>Relance</u></b> : existe-t-il des évaluations spécifiques à la TAA ?</p>	<p>« Partie de jeux chronométrés »</p> <p>« Mettre un puzzle à l'endroit dans un temps donné »</p> <p>« Dans les choses logiques »</p> <p>« Petit jeu avec des voitures »</p> <p>« Trouver la sortie selon le modèle que l'on me donnait »</p>	<p>« Ils avaient fait plusieurs tests »</p> <p>« En neurologie, neuropsychologie ; c'était là que j'avais vraiment des problèmes conséquents »</p> <p>« En ergothérapie, je crois que je n'ai jamais vraiment eu besoin de faire un test complet. J'ai eu le test d'entrée, et celui-là était assez très bas, dans les scores »</p> <p>« Je connais pas du tout l'ergothérapie »</p> <p>« Ce qui était motricité fine, c'était extrêmement compliqué, voire impossible. Faire, par exemple, mettre des billes dans un collier »</p> <p>« Je devais tout faire avec la main droite »</p> <p>« Ma main gauche, elle pouvait à peine tenir le fil. Elle commençait à trembler et ça partait »</p> <p>« Il y a eu une très grande amélioration entre le moment où ils ont fait le premier test et le deuxième test, c'est sûr »</p> <p>« J'étudiais à Chypre, ça n'est pas arrivé encore ici »</p> <p>« On n'a pas du tout eu d'intégration d'animaux pendant les séances d'ergothérapie et de rééducation ou même de médecine en général »</p> <p>« Ça n'a jamais été vraiment évoqué, mais je pense que c'est une très, très bonne idée »</p> <p>« Je crois que ce serait un vrai plus d'avoir une certaine connaissance sur les animaux »</p> <p>« La psychologie relationnelle entre l'humain et l'animal, je crois que ce serait très intéressant »</p>

	E1	E2
<p><b>QUESTION 5</b></p> <p><i>Selon vous, quels sont les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?</i></p> <p><b>Relance :</b> Au sein de votre structure, il y a-t-il certaines recommandations administratives ou réglementaires dont vous devez appliquer en ergothérapie avec ou sans la présence d'un animal ?</p>	<p>« Ca favorise la relation »</p> <p>« Le patient va plus facilement se confier »</p> <p>« Diversifier tes activités »</p> <p>« Le chien connaît une cinquantaine d'ordres »</p> <p>« On ne peut pas tout faire avec le chien »</p> <p>« On a des patients tristes, qui pleurent beaucoup »</p> <p>« Moment de réconfort avec le chien, ça arrive très souvent »</p> <p>« On nous demande souvent pour ça »</p> <p>« 1<sup>er</sup> établissement sanitaire à accueillir des chiens d'assistance »</p> <p>« Chiens d'assistance : beaucoup dans les secteurs médico-sociales »</p> <p>« On n'a pas les mêmes règles au niveau de l'hygiène »</p> <p>« Ils ont demandé l'aval aux autorités »</p> <p>« Un infirmier hygiéniste aussi qui a validé le projet »</p> <p>« Il y a des zones où le chien n'a pas le droit d'y accéder »</p> <p>« S'il y a le chien, il faut penser à savoir comment s'y prendre » »</p> <p>« Au cas par cas, on voit avec l'infirmier hygiéniste »</p> <p>« On cherche à trouver des solutions, des compromis »</p> <p>« Ils obéissent très bien, on a un bon suivi »</p> <p>« L'éducatrice vient cette semaine pour faire un petit point, s'il y a un souci on peut les contacter »</p> <p>« Le chien est très souvent demandé »</p> <p>« Bénéfice sur les patients, mais aussi sur les professionnels »</p> <p>« Elle a pleins de surnoms »</p> <p>« Tous les jours, on dit bonjour au chien, mais pas à moi »</p> <p>« Elle bouge la queue, tu vois qu'elle est contente »</p> <p>« Ah tu vois elle est contente », ça lui donne un retour »</p> <p>« Impact très positif »</p> <p>« Renouvellement pour le chien »</p>	<p>« Choix des patients »</p> <p>« Attrait pour l'animal, ne pas le mettre en danger »</p> <p>« Limite de l'animal »</p> <p>« Difficultés à entrer en relation avec des personnes »</p> <p>« Il faut aussi l'accepter »</p> <p>« Venir une fois par semaine »</p> <p>« Mise en place dans le milieu écologique, chambre du patient, son quotidien, cela peut être difficile à remettre en parallèle de ce qu'il se fait en séances »</p> <p>« Sans la motivation du chien, ça risque de redescendre »</p> <p>« Patients avec des mouvements involontaires, un peu violent »</p> <p>« Tout à évaluer pour que le chien soit en sécurité, qu'il garde une sphère de bien-être et de bienveillance »</p> <p>« Sphère motivationnelle assez importante »</p> <p>« Sorte de valorisation »</p> <p>« Transmission de savoirs »</p> <p>« Stigmatisation qui s'en va »</p> <p>« Contact qui se fait plus facilement »</p> <p>« Avantages au niveau social, que ce soit sur la rééducation, sur tout son ensemble »</p> <p>« Avantage pour l'équipe, les personnes, la famille »</p> <p>« Conversations non anxieuses »</p> <p>« Bulle de bien-être dans l'établissement »</p> <p>« Chiens formés et éduqués depuis leur enfance »</p> <p>« Chien qui reconnaît tous les bruits de l'établissement »</p> <p>« Formation pour l'intervenant »</p> <p>« Diplôme initial dans le soin »</p>

<p><b>QUESTION 5</b></p> <p><i>Selon vous, quels sont les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?</i></p> <p><b>Relance :</b> Au sein de votre structure, il y a-t-il certaines recommandations administratives ou réglementaires dont vous devez appliquer en ergothérapie avec ou sans la présence d'un animal ?</p>	<p>« Projet d'écriture pour P : film où on a demandé aux patients et aux professionnels en un mot ce que le chien leur a apporté »</p> <p>« Professionnels : apaisement a + de 30%. »</p> <p>« Patient : joie et bonheur »</p> <p>« Bénédicte, qui n'est pas forcément pas facile à évaluer »</p> <p>« Une patiente qui nous dit « oh c'est vraiment super ce que vous faites, machin, avec les chiens »</p> <p>« Régulièrement, un patient qui a eu un examen qui ne sait pas bien passé, vient dans le service parce qu'il veut voir le chien car il a besoin d'être réconforté »</p> <p>« Plein de petites d'anecdotes qui montrent l'intérêt du chien »</p>	<p>« Connaitre extrêmement bien son chien »</p> <p>« Travailler les choses spécifiques avec des signaux, du langage non-verbal pour que le chien puisse comprendre ce qu'il doit faire ou non »</p> <p>« Connaitre quand le chien en a marre, des signaux un peu d'apaisement... pour le mettre en sécurité, qu'il puisse dire quand il en a marre, ou quand il est ok pour continuer »</p>
	E3	M1
	<p>« Contact avec l'animal se fait très facilement »</p> <p>« Allergique »</p> <p>« N'ont pas le droit d'être au contact... trachéotomisé »</p> <p>« Il ne faut pas qu'il y ait de poussière, de microbe »</p> <p>« Ceux qui ont peur »</p> <p>« Meilleure intégration de la rééducation »</p> <p>« Patient qui arrive toujours en retard, quand il y aurait le chien la prochaine fois, il est venu pile à l'heure, très impatient de commencer »</p> <p>« Il a réussi à travailler une heure sans fatigue, sans plainte et sans douleur »</p> <p>« Centre castré à l'extérieur du centre de rééducation »</p> <p>« Protocole »</p> <p>« Commission qui évalue les bénéfices/risques à l'intégration du chien »</p> <p>« Hygiène très protocolisée en centre de rééducation »</p> <p>« Protocole très strict sur l'éducation, le nettoyage, l'entretien... pour qu'ils puissent intégrer un centre avec des patients en état de fragilité »</p> <p>« Au niveau médical aussi où ils valident ou non l'intégration »</p> <p>« On voit en équipe pluridisciplinaire, dont le médecin, qui valide la sortie sur l'extérieur au contact d'un animal »</p>	<p>« Localisation du centre »</p> <p>« En plein centre-ville de Paris, compliqué d'amener un cheval »</p> <p>« Le contexte environnemental fait la différence »</p> <p>« L'ouverture de l'équipe »</p> <p>« Il faut vraiment bien construire le projet »</p> <p>« Avoir des praticiens qui soient bien encadrés »</p> <p>« La formation des équipes »</p> <p>« Ça devrait passer par les biais des écoles »</p> <p>« Vous devez avoir des cours de médiation, des cours d'éducation animale pour faire comprendre la valeur de l'animal »</p> <p>« Plutôt partenaire de travail ».</p> <p>« Gain de temps dans la rééducation »</p> <p>« Dans la valeur psycho-émotionnelle aussi pour reconstituer la personne après une blessure si grave »</p> <p>« Impact physique de l'image de soi »</p> <p>« Si vous arrivez à créer un centre dans le centre où l'animal il est quand même bien entouré, protégé, tous les respects de l'animal lui-même et son environnement de vie »</p>

	<p>« Selon moi, il y en a une avec le cheval, sinon on ne pourrait pas se le permettre »</p> <p>« Animaux principaux utilisés sont les chiens voire l'équithérapie »</p> <p>« Diversifier avec d'autres animaux, comme les mini-fermes »</p> <p>« Mon centre de rééducation fait partie d'une association qui regroupe plusieurs centres, dont un foyer de vie avec à l'extérieur des moutons »</p> <p>« Ils font un peu de la diversité, de l'animation »</p> <p>« Juste sur le versant social, discuter sur les moutons, autour, à côté »</p>	<p>« Vous ne pouvez pas mettre un animal dans un mètre carré et demander de faire des séances de séance de séance »</p> <p>« Construire un environnement cohérent avec la nature de l'animal » « certaines fois on veut faire du bien, mais on ne s'occupe pas forcément de ce qui est fait à l'animal »</p> <p>« Les 2 à protéger et à intégrer correctement pour que le plaisir soit partagé tant pour l'homme que pour l'animal »</p>
--	---	--

	P1	P2
<p><b><u>QUESTION 5</u></b></p> <p><i>Selon vous, quels sont les avantages et les limites rencontrés face à l'intégration de l'animal en service d'ergothérapie dans un centre de rééducation neurologique ?</i></p>	<p>« Limite affective »</p> <p>« Un animal, ça ne vit pas éternellement. »</p> <p>« Ça dépend le temps passé en rééducation »</p> <p>« Les personnes peuvent s'attacher »</p> <p>« Ca peut perturber les gens »</p> <p>« Ça dépend de l'animal, si c'est un chien ou chat. Si c'est des chevaux, ça peut être différent »</p> <p>« Niveau présence, et au niveau de confiance »</p> <p>« Les humains dans les conditions où ils sont en centre de rééducation sont plus réceptifs aux animaux »</p> <p>« Lien spécial avec l'animal »</p> <p>« Pendant le COVID, il y avait beaucoup de restrictions »</p> <p>« On n'avait pas le droit de sortir »</p> <p>« Période particulière »</p> <p>« Je vois de plus en plus de choses sur la télévision sur justement sur la présence d'animaux soit en maison de retraite, soit à l'hôpital, soit en centre pour des enfants cancéreux »</p> <p>« Ca peut les aider »</p>	<p>« Beaucoup de patients dans un centre de rééducation »</p> <p>« Réactions allergiques, à la bave, au poil. Donc, ça peut être un risque pour certains patients qui peuvent être normalement stables quand ils arrivent en rééducation »</p> <p>« Le risque d'avoir des petits autour qui peuvent essayer de jouer avec les animaux, qui ne savent pas très bien ; par exemple, quand la famille vient visiter. Ou d'être facilement un peu étonné de voir un animal »</p> <p>« Peut-être pas à la convenance de tout le monde »</p> <p>« L'animal, ça peut être vu comme sale, qui peut déranger, qui peut aboyer, qui peut être nuisant ».</p> <p>« Un animal ne peut pas remplacer un humain »</p> <p>« L'ergothérapeute, c'est lui qui va vraiment diriger les travaux. Le chien, il sera là comme un outil, un support, dans ce cas-là, ce sera vraiment une valeur ajoutée, on espère, sur la récupération d'un patient »</p> <p>« Point de vue psychologique intéressant »</p> <p>« Le point de vue de pouvoir se déplacer, retrouver un peu d'autonomie à l'aide de cet animal »</p> <p>« Trouver une présence, trouver quelque chose de rassurant, qui puisse être comme un pilier, qui soit là autour de nous quand on est très seul, dans un hôpital »</p> <p>« Ça peut aussi apporter une variété dans les exercices et dans la vie de tous les jours en hôpital »</p>

<p><b>Relance</b> : Au sein de votre structure, il y avait-t-il certaines recommandations administratives ou réglementaires que vous devez appliquer en ergothérapie ?</p>	<p>« Je ne vois pas pourquoi, on n'aurait pas d'animaux autorisés dans les centres de rééducation »  « C'est dans l'ère du temps »  « C'est quelque chose qu'il faut exploiter, ou du moins à proposer, ça peut être une solution »</p>	<p>« Il y a souvent beaucoup de temps mort, en fait en rééducation Ou le chien, n'importe quel animal, pourrait être un bénéfice pour remplir un peu ces moments de plat »  « Réussir à restreindre le chien dans certaines zones spécifiques »  « Besoin d'assurance pour tous les dégâts faits à l'animal, aux patients »  « Ça reste que des animaux, ça reste des humains »  « Il peut se passer des choses qu'on n'a pas nécessairement prévues »  « Administrativement, les hôpitaux sont assez longs »</p>
--	---	---

Annexe XI : Verbatims selon les concepts théoriques

Critères		Indicateurs	Indices
être	Volition	Valeurs	Moi aussi j'ai un chien (E1).
		Centres d'intérêts	Animal perçu comme sale, qui peut déranger, nuisible (P2). Attrait du patient envers l'animal (E1, E2) ou non (E1). Patients qui aiment les chiens, aient une bonne approche (E2). Patients qui ne connaissent pas les chevaux, ou ne montent pas à cheval (E3). Personne qui parle à leur animal (P2). Choix du patient à accepter l'animal en séances (E2). Trouver un sport adapté, qui pourrait leur convenir (E3) Retrouver du plaisir à faire. Fierté (M1).
		Déterminants personnels	Dans les conditions en centre de rééducation, les humains sont plus réceptifs aux animaux (P1). Quand on a eu un AVC, on a besoin aussi d'une présence (P2). Se retrouver seule dans une situation où on a besoin d'aide dans la sphère hospitalière (P2). Difficultés d'adhésion aux soins classiques, signes de dépression active, peu de motivation en séances, apathie, beaucoup d'absence (E2). Moins d'appréhension à faire les AVQ Allergies aux poils, à la bave (E3, P2). Les personnes vont faire pour le chien (E2).
	Habituation	Habitudes de vie	De voir avec lui ce qu'il faisait avec son chien, pour dans la mesure du possible, refaire ce qu'il faisait avant (E1). Le temps de s'intégrer au centre (E3). Nouvelles habitudes de vie qui se mettent en route (E2). Les patients ont en marre souvent d'être emmenés à droite et à gauche pour des soins (M1). Debout à 5h, 6-7h on est devant la télévision, 8-15h en rééducation avec des temps plats. On est plongé dedans (P2).
			En tant que personne (P2) ou personne qui a eu un accident grave (P2). Assistant maternel (P1), étudiant (P2).



	Rôles sociaux	<p>Patient (M1 ; P2).</p> <p>Prendre soin du cheval qui est plus gros que nous (M1), du chien (E2)</p> <p>Il y a des personnes qui ont leur propre chien « oh moi aussi j'ai un chien » (E1)</p> <p>Nourrir, s'occuper d'un animal (P2).</p>
	<p>Capacité de performance</p> <p>Composantes objectives</p>	<p>Hémiparésie (P2) héminégligence (E1, E2), hémiplégie sévère (M1).</p> <p>Trouble de l'équilibre.</p> <p>Mouvements involontaires, un peu violent.</p> <p>Motricité fine compliquée voire impossible (P2)</p> <p>Tremblement de la main gauche (P2).</p> <p>Difficultés à la marche</p> <p>Problème au niveau moteur (P1).</p> <p>Difficultés à l'écriture (P1)</p> <p>Trachéotomie (E3).</p> <p>On se retrouve très seul (P2).</p>
	Composantes subjectives	<p>S'attacher à l'animal (P1).</p> <p>Appréciation et expression régulière de la présence du chien en rééducation (E1)</p> <p>Personnes âgées très contente de voir le chat et le cheval en maison de retraite (P1).</p> <p>Certains patients choisissent le chien, parce que c'est ce qui va les relaxer (E1)</p> <p>Patients tristes, qui pleurent beaucoup (E1).</p> <p>Fatigue (E3).</p> <p>Amélioration de l'humeur. (E2).</p> <p>Peur du cheval (E3), Peur du vide (M1).</p> <p>Besoin d'aide dans la sphère hospitalière (P2).</p> <p>Joie et bonheur exprimés par les patients suite à la présence du chien au centre de rééducation (E1).</p> <p>Bénéfice d'un point de vue psychologique (M1, P2).</p>
<u>Agir</u>	Habilités	<p>Motrices</p> <p>Se mettre debout, ou non (E3).</p> <p>Marcher (E1, E2).</p> <p>Brosser le chien partiellement (héminégligence) ou en totalité en se tenant debout ou assis sur le FR (E1),</p> <p>Tenir la laisse pendant la promenade (E1-E2).</p> <p>Ramasser les crottes de chien (E1).</p> <p>Lancer la balle (E1).</p> <p>Manipuler des croquettes (E1), des cubes ou des cônes (P2, E1).</p>

Habilités		<p>Mettre un licol et l'enlever (M1).  Refaire ses lacets (P2).  Se raser, gestes d'hygiène ou pour manger, amener une cuillère à la bouche (M1).  Écrire son prénom, taper au clavier d'ordinateur (P2).  Monter à cheval sur un tapis de montée à cru (M1).  Passer une jambe au-dessus de l'encolure (M1).  Faire un transfert FR escabeau/montoir (M1)  Difficultés à mettre des billes dans un collier, tenir un fil avec la main gauche (P2).</p>
	Opératoires	<p>Problème de coordination et de mémoire (P1), apraxie (E1), aphasie (M1).  Troubles visuels (diplopie) (P2).  Ne pas réveiller l'animal, et savoir cacher les croquettes (E1).  Reconnaître les formes (P1).  Retenir et donner le bon ordre au chien (E1).  Faire un gâteau, cuire des aliments (P1).  Se souvenir des ordres selon l'activité (E1).</p>
	D'interaction et de communication	<p>Avantages au niveau social (E2).  Limite affective (P1).  Patient réagit à la caresse (E1).  Au niveau relationnel et au niveau affect. Versant affectif où on sent une différence quoi (E1).  Favorise la relation (E1).  En centre de rééducation, l'humain est plus réceptif à l'animal (P1)  Lien spécial avec l'animal (P1).  Trouver quelque chose de rassurant, qui puisse être comme un pilier, qui soit là autour de nous quand on est très seul dans un hôpital (P2).  Difficultés de l'animal à entrer en relation avec certains patients (E2)  Contact qui se fait plus facilement avec l'animal (E2).  La présence de l'animal permet d'établir un contact sans forcément partager la souffrance (P2).  Leurs animaux réagissent, sont là pour écouter les souffrances, dont on ne les confierait pas, même à la famille. (P2).  Conversations non anxiogènes (E2).  Avec l'animal, on arrive à saisir des choses plus facilement et plus rapidement (E2)  Le patient va plus parler, se confier, on va aller plus facilement sur la sphère du privé (E1).  Interaction avec le chien (E1).  Valeur psycho-émotionnelle (M1).  Avoir une présence, une compagnie supplémentaire (P2).</p>

		<p>L'animal ça pourrait aider (P1).</p> <p>Retour positif exprimé par le comportement du chien (queue qui remue) (E1).</p> <p>Suite à un examen qui ne s'est pas bien passé, régulièrement les patients viennent dans le service pour voir le chien et être réconforté (E1).</p> <p>Les personnes âgées passent du bon temps avec eux, même si certaines ne parlent plus (P1).</p> <p>L'effet de la relation à l'humain par le cheval. Les chevaux, ils savent ce qu'ils ont devant (M1).</p> <p>Psychologie relationnelle humain-animal (P2).</p>
Performance	Réalise l'ensemble des tâches qui soutiennent la participation.	<p>Amélioration d'une série de gestes du quotidien par l'hippothérapie (M1).</p> <p>Retrouver des gestes du quotidien. (E2).</p> <p>Se mettre plus facilement debout (E3).</p> <p>Amélioration de la motricité fine et du membre supérieur.</p> <p>Intégration du membre supérieur pour les AVQ suite au travail avec les chiens ou les chevaux (E3).</p> <p>Capacité à faire ses transferts, monter/descendre les escaliers.</p>
Participation	Engagement effectif dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socioculturels.	<p>L'animal apporte une motivation à revenir en séance. En absence de l'animal, ça risque de redescendre en absence du chien (E2).</p> <p>Voir un animal, un être vivant c'est beaucoup plus stimulant (E2).</p> <p>Les personnes vont faire pour le chien, et pas pour elles (E2)</p> <p>Retrouver du plaisir à faire, et pour potentiellement que ça s'observe dans les séances sans le chien (E2)</p> <p>Se réinvestir dans la rééducation (E2).</p> <p>Patient toujours en retard en séances d'ergothérapie, qui vient à l'heure aux séances avec l'animal (E3).</p>
Adaptation	Adaptation future à de nouvelles occupations	<p>Adaptation du patient par rapport au mouvement et à la position du chien ou du cheval (E1, E3).</p> <p>Similitude des actes (donner à manger au cheval, je mange moi aussi).</p> <p>Association des apprentissages.</p> <p>Retransposer dans mon quotidien.</p> <p>Transfert des acquis avec les autres professionnels (E2).</p> <p>Transferts de l'hippothérapie sur la toilette et l'habillement (E3).</p>

Identité	Amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite (re)devenir.	<p>Certitude (M1).  Donne de la confiance en soi-même (M1).  Sorte de valorisation (E2).  Reconstituer la personne après une blessure grave, impact physique de l'image de soi (M1).  Aspect moral et psychologique (P2).  Fierté (M1)  Je peux faire plus de choses (E3).  Je ne suis pas moi que je suis soignée, c'est moi qui soigne. Malgré mon handicap, j'arrive à faire des choses (M1).  Pouvoir prendre soin de quelqu'un qui est bien plus gros que nous (M1)  Disparition de la stigmatisation (E2).  Dépend de la personne (E1,E2,M1), ses craintes, ses spécificités (M1)...  Prise de conscience de ce qu'ils peuvent faire ces gestes, ou tenir autant dans telle posture (E3).</p>
Compétence	Capacité à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle.	<p>Outils supplémentaires pour le retransposer dans mon quotidien (M1).  Retransposer pour les transferts (fauteuil, voiture, habillage, toilette) (E3).  Passer une jambe au-delà de l'encolure du cheval, peut m'aider à la passer au-delà du fauteuil de douche ou de descendre de mon lit. (M1).  Le transfert sur le montoir peut m'apprendre à monter les marches si je vais rendre visite à une copine (M1).  Assurance : se met plus facilement debout, aller devant/derrière le cheval -&gt; ne va pas avoir peur de se pencher de l'autre côté de l'évier.  Ne pas avoir la peur du vide car j'apprends à descendre avec le cheval, ça me donne toute une série de certitude, ça me rassure (M1).  Autonomie (E2, P2).  Si trouble visuel, l'animal peut aider le patient à le guider (P2).  Se rappeler à telle heure de réaliser telle tâche (P2).  Apprendre par les gestes trouvables, ça aide à reconstruire les gestes dans les situations (M1).  Apprentissage de grands soins (M1).  Transmission de savoirs (E2).  Plus endurants, ils gagnent en capacités (E3).  Avec la séance en présence du chien, le monsieur a réussi à travailler une heure sans fatigue, sans plainte et sans douleur (E3).</p>
	Physique	<p>Difficulté à remettre en parallèles les séances faites avec l'animal avec le milieu écologique, chambre du patient (E2).  Bénéfices dépendants du temps de séjour (P1).  Lieux et animaux : Chevaux à l'hôpital (M1) ou en centre équestre extérieur (E3), chiens en centre de rééducation (E1,E2).  Matériels : licol, selles, brosses de pansage, jeux de société transformés avec des croquettes (E1, E2), promenade en laisse, licol, tapis de montée à cru, FR, escabeau et montoir (M1, E3), plan Bobath (E1), parcours moteur pochette pour croquettes, sac à crotte...  Emploi du temps qui se charge petit à petit (E3).</p>

Environnement		Conditions en centre de rééducation.
	Social	<p>Animal : présence, confiance, attachement  Un animal ne vit pas éternellement (P1).  Enfants de l'entourage du patient qui essayent de jouer avec l'animal (P2)  Étonnement de l'entourage à la vue d'un animal en centre de rééducation (P2)  Imprévu à l'interaction animal-patient (P2).  Limite de l'animal (E2)  On ne peut pas tout faire avec le chien (E1).  Construire un environnement cohérent avec la nature et les besoins de l'animal pour assurer un plaisir partagé (M1).  L'animal fait une présence en plus, compagnie supplémentaire(P1)  Beaucoup de patients en centre de rééducation (P2).  L'animal est un être vivant (E2).  Toutes les personnes n'ont pas forcément de l'entourage pour venir les voir (P1).  Avantages pour l'équipe.  Les infirmières et les aides-soignantes passent quand elles peuvent (P2).</p>
	Occupationnel	<p>Similitude des actes (donner à manger au cheval, je mange aussi) (M1).  De voir avec lui ce qu'il faisait avec son chien , pour dans la mesure du possible, refaire ce qu'il faisait avant (E1).  Passer une jambe au-delà de l'encolure du cheval, peut m'aider à la passer au-delà du fauteuil de douche ou de descendre de mon lit. (M1).  Faire le transfert sur le montoir peut m'apprendre à monter les marches si je vais rendre visite à une copine (M1).  Environnement non médicalisé.</p>

CRITERES	INDICATEURS	INDICES
Phénomènes d'apparition	Plasticité post-lésionnelle	Le chien est un outil, un support, une valeur ajoutée sur la récupération d'un patient (P2). C'était très laborieux au départ, très lent (P2).
	Plasticité liée à l'expérience	Du fait que c'était très intense (P2). Faire plusieurs fois la même chose (E1). Une fois par semaine, vous obtenez plus de résultats que 3 séances par semaine de kinésithérapie en cabinet (M1). Cheval, environnement non médicalisé (M1). 5-8 séances pour voire une amélioration (E2). Amener une motivation... pour se réinvestir dans la rééducation et donc en effet d'avoir des résultats (E2). La répétition fait qu'il gagne (E3).
	Plasticité développementale	. Du fait de mon jeune âge (P2).
Composantes au cours de la récupération	Récupération vraie	Grande amélioration entre le moment où ils ont fait le premier test d'ergothérapie et le deuxième (P2). Phase aiguë, récupération spontanée. Après 6 mois, plutôt des paliers où il y a des moments où je ne progressais plus. Je redoublais d'efforts pour en repasser un. Puis, à la phase chronique, ce n'était plus perceptible (P2). Dès le premier mois j'ai déjà senti une amélioration (P1). 1x/ semaine, vous obtenez plus de résultats que 3x/semaine de kinésithérapie dans un cabinet. (M1) Temps aigu = récupération d'un AVC plus rapide. Dans l'année qui suit = récupération importante possible si simulations adéquates (M1). Pour l'AVC en hippothérapie, on a eu des résultats excellents (M1). Très variable en fonction de chaque individu (E2). L'utilisation du chien permet de saisir des choses plus facilement et rapidement (E1). On voit le résultat au fur et à mesure des séances (1 mois au total) (E3). Similitude des actes (M1). Mesurer par les mêmes activités (E1). Cheval, gain de temps dans la rééducation (M1). Valeur ajoutée du chien sur la récupération d'un patient (P2).
	Compensation	Des moments où je ne progressais plus, j'atteignais un plateau (P2). Je devais tout faire avec la main droite parce que la main gauche, était en hémiparésie (P2). Apprentissage avec des techniques compensatoires (M1)

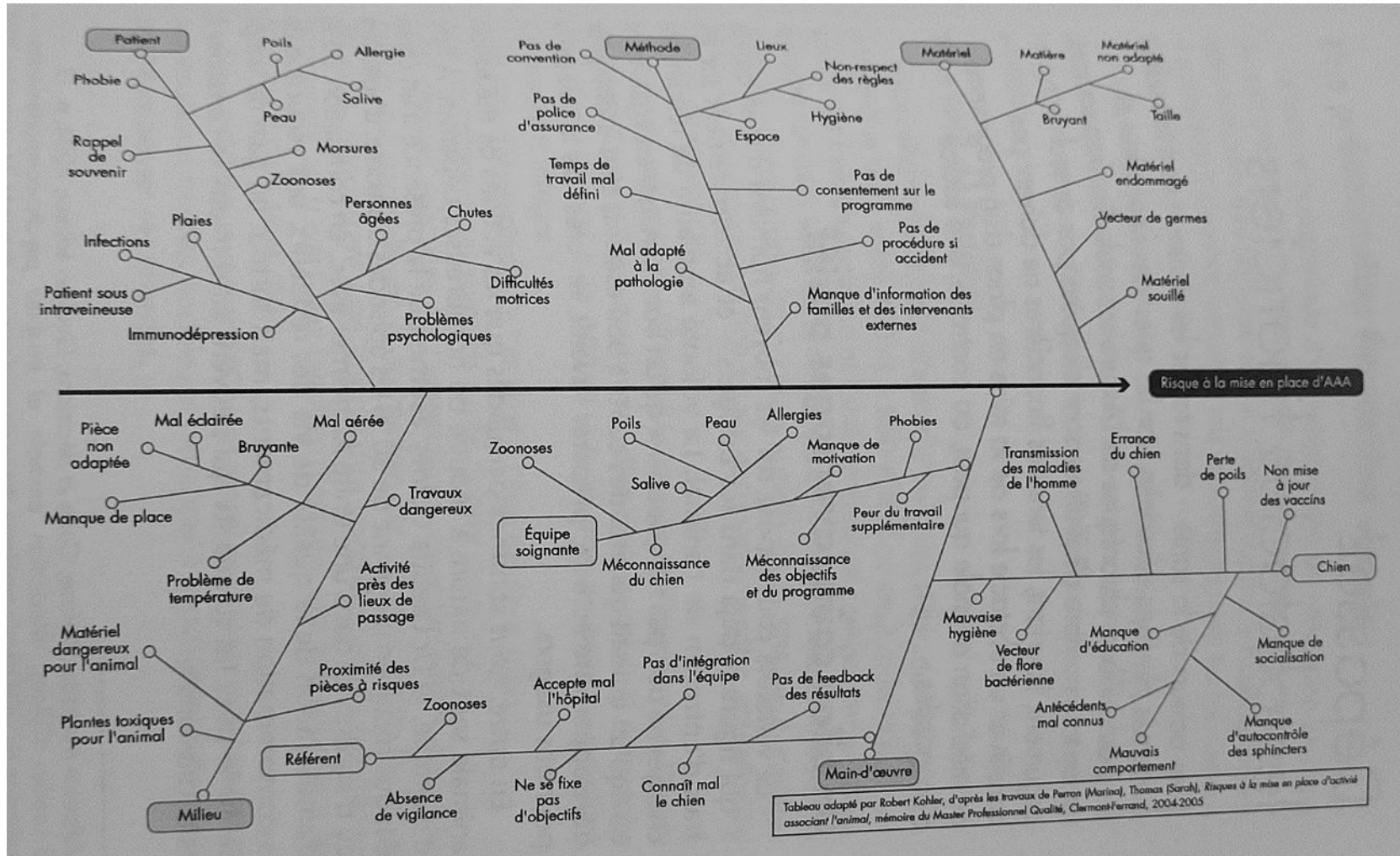
CRITERES	INDICATEURS	INDICES
Espace	Concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices.	<p>En centre de rééducation.            Chevaux à l'extérieur des box sur un sol plat (E3).            Centre équestre à l'intérieur de l'hôpital (M1) ou à l'extérieur (E3).            Avantage ou limite de la localisation du centre (en centre-ville très compliqué d'emmener un cheval) (M1).            Parc du centre de rééducation (E1)            Salle de rééducation classique (E2).            En balnéothérapie (E1).            Créer un centre équestre dans le centre de rééducation (M1).            Respect de l'environnement de vie et des besoins de l'animal (M1).</p>
Matériel	Choix des objets (jeux, tissus, matières, couleur...) autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire.	<p>Utilisation de l'animal (chien, cheval) comme moyen de rééducation.            Diversification dans les exercices (E1, E2, P2) et dans la vie de tous les jours en hôpital (P2).            Moyens : cônes, cubes, jeux de logique (ergothérapie conventionnelle). Puis, pansage (M1, E3), jeux de société transformés (E1, E2), brossage, promenade en laisse, licol, tapis de montée à cru, FR, escabeau et montoir (M1, E3), stimulation sensorielle (M1), plan bobath (E1), parcours moteur, objets à poser sur le chien, pochette pour croquettes, sac à crotte.            Matériel pas forcément adapté, ni les selles (E3).            Travail sur le cheval &amp; autour du cheval (M1). Equithérapie et hippothérapie (M1).            Activités liées directement ou indirecte au chien (E2).            Le chien connaît une cinquantaine d'ordres (E1).            Ergothérapie conventionnelle : cubes, reconnaître des formes, écriture, tâches quotidiennes avec des mini-jeux, cuisine, tâches dirigées pour boucler des lacets (P2). Ainsi que des jeux de logique à l'écrit ou en bois, des jeux de dextérité au niveau des doigts et des membres (P1)            Bilans ergothérapeutiques classiques validés : moteur, cognitif, sensoriel en France (E1,E2,E3) ; En Italie : IADL, ADL (M1).            Aucun bilan spécifique à la TAA (E1,E3). Petite évaluation autour du chien, lapin, cochon d'inde par une infirmière (M1).            Évaluation d'observation non normée avec grille d'observation (E2).</p>

Encadrement	<p>Peut travailler seul, en équipe, en coanimation. Un travail pluridisciplinaire est d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes.</p>	<p>Allergie à la bave, aux poils de l'animal (P2).  Ergothérapeute avec son animal provenant de l'extérieur (E2).  Ergothérapeute de la structure avec son animal déjà sur place (E1) ou qui vient de l'extérieur (E3).  Un animal ne peut pas remplacer l'ergothérapeute qui lui dirige les travaux (P2).  Animal, partenaire de travail (M1).  Partenariat avec un centre équestre extérieur (M1, E3) ou travailler en équipe avec un hippothérapeute expérimenté (M1).  Ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire associé à la pratique de l'hippothérapie à l'hôpital (M1)  L'ergothérapeute peut être référente principale ou secondaire d'un chien d'assistance (E1)  Collaboration avec l'infirmier hygiéniste (E1) qui lui valide le projet.  Équipe pluridisciplinaire qui valide la sortie sur l'extérieur en au contact du cheval (E3).  Accompagnants éventuels (E3).  Séances avec le chien préparées en avance (E1).  Autres médiations utilisées en dehors de la TAA en ergothérapie (E1).  Avantage ou limite de l'ouverture de l'équipe par rapport à la TAA (M1).  Bien construire le projet (M1).  Avoir des praticiens bien encadrés (M1).  Ouverture et formation des équipes (M1).  On peut changer les groupes, on peut avoir de nouveaux objectifs (E2).  Évaluations en ergothérapie faites par les professionnels de la structure et non par l'intervenante extérieure (E2). Partenariat des évaluations de début, mi et fin de projet pour mesurer l'évolution (E2).  Accompagnement tout le long de leur séjour (E2).  Séances individuelles en salle de rééducation classique, avec un autre professionnel ; voire en petit groupe (E2).  Dépend de l'objectif que l'on souhaite travailler (E2).  Intégration des chiens plutôt en phase précoce, suivie dans un second temps des chevaux lorsque les objectifs évoluent (E3).</p>
Temps	<p>Durée suffisante et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères.</p>	<p>Dépend du temps passé en rééducation (P1).  Beaucoup de temps mort en rééducation. L'animal pourrait remplir ces moments de plat.  Séance avec le chien 1 fois par semaine de manière spécifique (E2).  Séance d'hippothérapie 1 fois par semaine (M1).  Présence du chien par demi-journée avec différents professionnels (E1), mais principalement en ergothérapie.  3-4 sessions par an, composées chacune de 3 séances (E3). Chaque session de 1 séance par semaine, sur 3 semaines d'affilées (E3).  La rééducation durait 6 mois environ pour les patients plus graves, et 2-3 mois sinon en hospitalisation complète (M1).</p>



		<p>Intervention externe d'une ergothérapeute avec son chien pour un projet qui dure 4 mois au total) Séances hebdomadaires, c'est quatre mois, ça donne de la matière pour évaluer les objectifs ; Mi-projet c'est deux mois, soit huit séances (E2). Chien utilisé ponctuellement (E1) Projet d'atelier sur 4 séances (E1) Ergothérapie conventionnelle : séances de 30-45 minutes, 2-3 fois par semaine (P1, P2)</p>
Fonctionnement institutionnel	<p>Le cadre s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place.</p>	<p>Période COVID, beaucoup de restrictions (P1). Autorisation ou non de l'animal en centre de rééducation (P1). Beaucoup de patients en centre de rééducation (P2). Restreinte les zones d'accès du chien (P2) Protocole d'hygiène. Commission qui évalue les bénéfices-risques l'intégration du chien (E3). Assurance pour les dégâts occasionnés à l'animal et/ou au patient (P2). Administration en hôpital très longue (P2). Formation de l'intervenant en plus du diplôme initial dans le soin (E2). Formation ou initiation à l'hippothérapie en dehors des études (M1). Premier établissement sanitaire à accueillir des chiens d'assistance (E1). Règles d'hygiène différentes entre une structure médico-sociale et sanitaire (E1). Zones d'accès du chien délimitées au centre de rééducation (E1). Autorisation en aval aux autorités pour intégrer le chien en centre de rééducation (E1). Provenance du chien : AFTAA ou de l'association handchiens. Provenance du cheval : d'un centre équestre, ou personnel. Les chiens obéissent très bien, et ont un bon suivi (E1). Ce sont des chiens qui ont déjà été éduqués, et ça c'est un plus. Projet d'écriture pour un renouvellement d'un chien d'assistance au centre de rééducation (E1, E3). Difficultés d'évaluer les bénéfices apportés par l'animal (E1). L'activité avec l'animal n'est pas valorisée (E1). En centre de rééducation, on doit remplir un PMSI (E1). Récupération limitée des patients par rapport aux ergothérapeutes débordés à l'hôpital (M1) Peu d'ergothérapeutes en libéral (M1). Convention signée entre le centre équestre et le centre de rééducation (E3). Les patients ont un accès insuffisant à la prise en charge en ergothérapie (M1). Bilans en début / mi et en fin d'intervention, avec le chien (E1, E2, M1).</p>

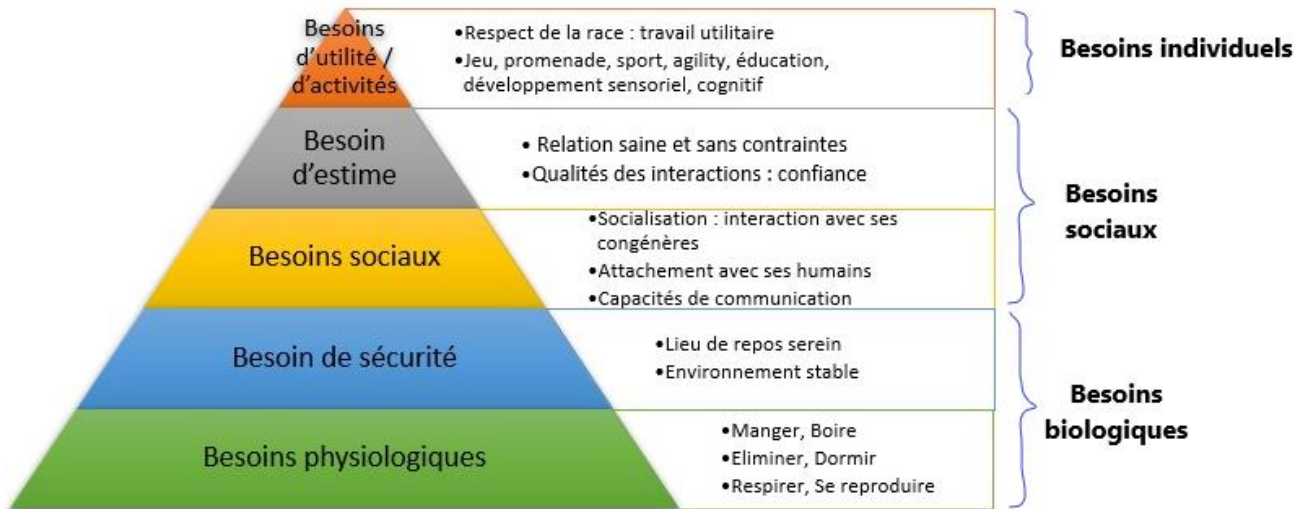
Annexe XII : Tableau adapté par Robert Kohler « Risques à la mise en place d'activité associant l'animal » (Zimmer-Baue, 2021).



Annexe XIII: CSARR intégrant la thérapie assistée par l'animal (ATIH santé, 2023).

Hiérarchie - Code	Libellé	Gestes complémentaires	Modulateurs
ZFR+073	<p>Séance collective de réadaptation physique et psychosociale par des activités physiques de pleine nature et/ou en environnement diversifié</p> <p><b>Cet acte comprend :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recueil des paramètres de repos</li> <li>• proposition d'activité physique de pleine nature ou reproduisant la pleine nature, <b>thérapie par l'animal</b></li> <li>• mise en situation avec l'activité choisie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- adaptation du geste et développement de stratégie de compensation du handicap</li> <li>- mobilisation des ressources du patient et développement de ses capacités et de sa connaissance de soi</li> <li>- réalisation de l'activité en toute sécurité</li> <li>- acquisition des connaissances techniques et réglementaires de l'activité sportive adaptée</li> </ul> </li> <li>• observation du patient et analyse du déroulement de l'activité</li> </ul>		TF;RW;HW;LJ

Annexe XIV : Pyramide des besoins du chien (Centre Kami, 2019).



Annexe XV : Bilan des capacités physiques et cognitives du patient sur les séances de rééducation avec le chien (Malvina MARTINEZ, 2024)

		Dates			Commentaires :
		Entrée	Milieu de séjour	Sortie	
<b>Mobilité du membre supérieur</b>					
0	Je ne peux pas brosser l'ensemble du corps.				
1	Je peux brosser qu'une partie du corps du chien avec une aide technique.				Précisez : tête, corps, pattes...
2	Je peux brosser qu'une partie du corps du chien sans aide.				
3	Je peux brosser l'intégralité du corps du chien avec une aide technique.				Potence, manche grossissant...
4	Je peux brosser l'intégralité du corps du chien sans aide.				
<b>Équilibre postural</b>					
0	Aucun équilibre postural ni assis ni debout.				
1	Équilibre postural assis avec appui sur le dossier.				Précisez : chaise, FR, canne, déambulateur, soutien latéral...
2	Équilibre postural assis sans appui sur le dossier.				
3	Équilibre postural debout possible avec appui.				
4	Équilibre postural debout possible sans appui.				
<b>Tenir la laisse</b>					
0	Incapacité à tenir la laisse avec les deux mains ou une main.				
1	Capacité à tenir la laisse uniquement avec les deux.				
2	Capable de tenir la laisse avec la main dominante.				
3	Capable de tenir la laisse avec la main non-dominante.				
<b>Déplacements et endurance</b>					
0	Incapacité à promener le chien.				
1	Promener le chien sur un court trajet (<10m) avec une aide au déplacement.				Précisez : FR, déambulateur, canne, aide humaine...
2	Promener le chien sur un court trajet (<10m) sans aide au déplacement.				
3	Promener le chien sur un moyen trajet (10-100m) avec une aide au déplacement				
4	Promener le chien sur un moyen trajet (10-100m) sans aide au déplacement.				
<b>Préparer le repas (couper les aliments, verser de l'eau dans la gamelle...)</b>					
0	Assistance totale.				
1	Assistance partielle.				

2	Prépare le repas avec une aide technique.				Manche grossissant, double anse...
3	Préparer le repas sans aide.				
<b>SCORE DES CAPACITÉS PHYSIQUES : /18</b>					
<b>Reconnaissance du matériel</b>					
0	Impossible.				
1	Possible avec indiçage.				Précisez : type d'indiçage, matériel (brosse, laisse, croquette...)
2	Possible sans indiçage.				
<b>Utilisation adaptée du matériel</b>					
0	Impossible.				
1	Possible pour quelques outils avec indiçage.				Précisez : type d'indiçage, matériel (brosse, laisse, croquette...)
2	Possible pour quelques outils sans indiçage.				
3	Possible pour l'ensemble du matériel avec indiçage.				
4	Possible pour l'ensemble du matériel sans indiçage.				
<b>Planification, mémoire</b>					
1	Les étapes du parcours moteur sont effectuées dans un ordre aléatoire.				
2	Les étapes du parcours moteur sont effectuées dans le bon ordre avec indiçage.				
3	Les étapes du parcours moteur sont effectuées dans le bon ordre sans indiçage.				
<b>Autonomie en promenade</b>					
0	Impossible sans guidance verbale / physique.				
1	Capable de promener le chien sous surveillance.				
2	Capable de promener le chien en toute autonomie.				
<b>Ordres</b>					
0	Je ne donne pas le bon ordre, ni au bon moment.				
1	Je donne le bon ordre, mais pas au bon moment.				
2	Je donne le bon ordre, au bon moment.				
<b>Perception d'un problème et résolution</b>					
0	Je ne perçois pas le problème, ni d'y apporter une solution.				
1	Je perçois le problème, mais je suis incapable d'apporter une solution adéquate.				
2	Je perçois le problème, et apporte une solution adéquate.				
<b>SCORE DES CAPACITÉS COGNITIVES : /15</b>					

<b>Engagement aux séances</b>				
0	Aucune participation.			
1	Faible participation.			
2	Participation accrue le long des séances.			
<b>SCORE TOTAL (capacités physiques + capacités cognitives + engagement) : /35</b>				

Annexe XVI : Bilan des capacités physiques et cognitives du patient sur les séances de rééducation avec le cheval (Malvina MARTINEZ, 2024)

		Dates			Commentaires :
		Entrée	Milieu de séjour	Sortie	
<b>Mobilité du membre supérieur</b>					
0	Je ne peux pas brosser l'ensemble du corps.				
1	Je peux brosser qu'une partie du corps du cheval avec une aide.				Précisez : technique, humaine...
2	Je peux brosser qu'une partie du corps du cheval sans aide.				Précisez encolure, poitrail, crinière
3	Je peux brosser l'intégralité du corps du cheval avec une aide.				
4	Je peux brosser l'intégralité du corps sans aide (humaine, technique...).				
<b>Préparer le repas du cheval (couper les aliments, verser de l'eau / les grains...)</b>					
0	Assistance totale.				
1	Assistance partielle.				
2	Prépare le repas avec une aide.				Précisez : technique, humaine
3	Préparer le repas sans aide particulière.				
<b>Équilibre postural</b>					
0	Aucun équilibre postural ni assis ni debout.				
1	Équilibre postural assis avec appui sur le dossier.				Précisez : chaise, FR, dossier intégrée à la selle, canne, déambulateur, soutien latéral...
2	Équilibre postural assis sans appui sur le dossier.				
3	Équilibre postural debout possible avec appui.				
4	Équilibre postural debout possible sans appui.				
<b>Tenir la longe</b>					
0	Nécessite l'aide totale d'un tiers.				
1	Prise de préhension possible mais incorrecte.				Précisez endurance, type de prise...
2	Prise de préhension possible et correcte.				
<b>Réglage du licol</b>					
0	Incapable de régler la têtière sur table.				
1	Capacité de régler la têtière et/ou la muserolle sur table.				
2	Capacité de régler la têtière et/ou la muserolle sur le cheval.				
<b>Se déplacer avec le cheval à pied</b>					
0	Incapacité à tenir le licol pendant que le cheval se déplace.				



1	Comportement inadapté et insécure (trop proche ou devant, tire sur la longe...).				
2	Comportement adapté face au cheval.				
<b>Équilibre postural dynamique</b>					
0	Tonus postural absent.				
1	Tonus postural suffisant sur 1 seul axe (avant, arrière, sur les côtés) au pas.				
2	Tonus postural suffisant sur tous les axes au pas.				
<b>Équilibre postural semi-debout à cheval (en suspension)</b>					
0	Tonus postural absent.				
1	Faible tonus postural.				
2	Tonus postural suffisant sur 1 seul axe (avant, arrière, sur les côtés).				
3	Tonus postural suffisant sur tous les axes.				
<b>Transfert à cheval</b>					
0	Aide totale d'un tiers.				
1	Aide partielle d'un tiers.				
2	Indépendant avec l'utilisation d'une aide extérieure.				Précisez : lève-personne, montoir, AH...
3	Indépendant sans l'utilisation d'une aide extérieure.				
<b>SCORE DES CAPACITÉS PHYSIQUES : /25</b>					
<b>Reconnaissance du matériel</b>					
0	Impossible.				
1	Possible avec indiçage.				Précisez : type d'indiçage, matériel (brosse, laisse, croquette...)
2	Possible sans indiçage.				
<b>Utilisation adaptée du matériel</b>					
0	Impossible.				
1	Possible pour quelques outils avec indiçage.				Précisez : type d'indiçage, matériel (brosse, laisse, croquette...)
2	Possible pour quelques outils sans indiçage.				
3	Possible pour l'ensemble du matériel avec indiçage.				
4	Possible pour l'ensemble du matériel sans indiçage.				
<b>Autonomie en promenade</b>					
0	Incapable de se déplacer sur le cheval sans guidance verbale / physique.				
1	Capable de se déplacer sur le cheval sous surveillance.				Précisez : obstacle, slalom...

2	Capable de se déplacer sur le cheval en toute autonomie				
<b>Ordres</b>					
0	Je ne donne pas le bon ordre, ni au bon moment				
1	Je donne le bon ordre, mais pas au bon moment				
2	Je donne le bon ordre, au bon moment				
<b>Perception d'un problème et résolution</b>					
0	Je ne perçois pas le problème, ni d'y apporter une solution				
1	Je perçois le problème, mais je suis incapable d'apporter une solution adéquate				
2	Je perçois le problème, et apporte une solution adéquate				
<b>Planification, mémoire</b>					
0	Les étapes du pansage sont effectuées dans un ordre aléatoire				Précisez : matériels, étapes problématiques
1	Les étapes du pansage sont effectuées dans le bon ordre avec indiçage				
2	Les étapes du pansage sont effectuées dans le bon ordre sans indiçage				
<b>SCORE DES CAPACITÉS COGNITIVES : /14</b>					
<b>Engagement aux séances</b>					
0	Aucune participation				
1	Faible participation				
2	Participation accrue le long des séances				
<b>SCORE TOTAL (capacités physiques + capacités cognitives + engagement) : /41</b>					



## **Résumé :**

L'accident vasculaire cérébral est un arrêt de la circulation sanguine d'origine ischémique ou hémorragique au niveau du cerveau. Environ 500 000 personnes souffrent de séquelles multiples impactant directement la vie quotidienne.

Cette étude s'intéresse davantage à cette problématique occupationnelle par l'intégration du chien ou du cheval dans les établissements en Soins Médicaux et de Réadaptation. Une étude qualitative, sous forme de six entretiens semi-directifs, menée auprès de trois populations (ergothérapeute, ancien patient, médecin rééducateur) a été réalisée. En phase subaiguë du parcours de rééducation, les résultats révèlent une amélioration de la performance occupationnelle non-significative, notamment au niveau des transferts, des repas, de la toilette et de l'habillage. Les bénéfices sont distincts selon l'animal intégré.

La conception et la démarche de validation d'un outil évaluatif spécifique à l'ergothérapie assistée par l'animal doivent être approfondies.

*Mots-clés : ergothérapie, thérapie assistée par l'animal, accident vasculaire cérébral, phase subaiguë, performance.*

---

## **Abstract:**

Stroke is an ischemic or hemorrhagic interruption of blood circulation to the brain. Some 500,000 people suffer multiple after-effects that have a direct impact on daily life. This research paper focuses on this occupational issue, through the integration of dogs and horses in rehabilitation centers.

A qualitative study, in the form of six semi-structured interviews, was conducted with three populations (occupational therapist, former patient, rehabilitation physician). In the sub-acute phase of the rehabilitation program, the results revealed a non-significant improvement in occupational performance, particularly in transferring, eating, grooming and dressing.

The benefits depending on the animal integrated. The development and validation of a scale specific to animal-assisted occupational therapy needs to be further developed.

*Key words : Occupational therapy, animal assisted therapy, stroke, sub-acute phase, performance.*