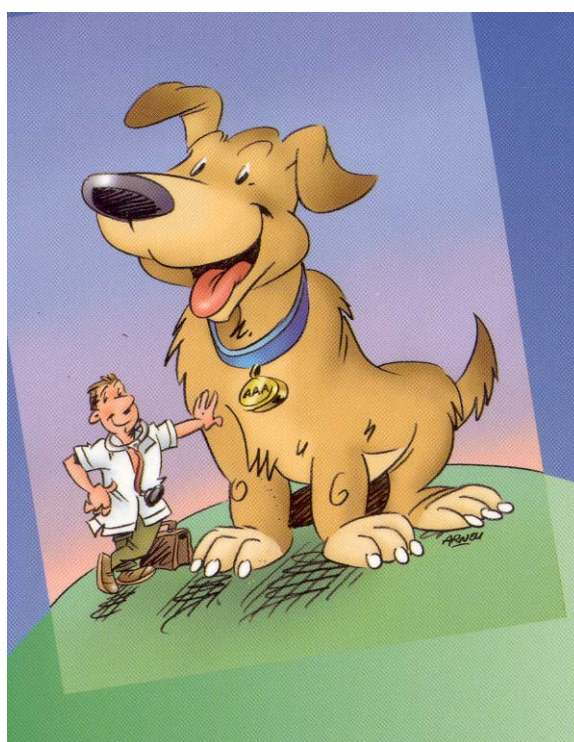


Travail de Fin d'Etudes

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Croix-Rouge Française Ollioules

Un soignant qui a du chien !



La médiation par l'animal : une stratégie soignante ?

CHAMBENOIT Edith
Promotion 2002-2005
Diplôme d'Etat Infirmier

NOTE AUX LECTEURS

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Croix-Rouge d'Ollioules, il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail, et plus particulièrement Mme Menardo pour m'avoir guidé avec beaucoup de patience et de disponibilité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
 PROBLEMATIQUE	
I) SITUATION DE SOIN	p.2
II) QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	p.4
1) En lien avec la profession infirmière.....	p.4
2) En lien avec le patient.....	p.5
III) CADRE DE REFERENCE	p.6
1) Le patient schizophrène.....	p.6
2) La médiation en psychiatrie.....	p.8
3) Activité à médiation thérapeutique.....	p.10
4) La médiation par l'animal.....	p.11
5) Le chien médiateur.....	p.14
6) Synthèse.....	p.17
IV) HYPOTHESE	p.17
 OUTIL D'ENQUETE	
1) Choix de l'outil.....	p.18
2) Population cible.....	p.18
3) Objectifs et contenu de l'entretien.....	p.18
4) Grille de dépouillement.....	p.19
 CONCLUSION	p.21
 ANNEXES	
Annexe I : Charte du chien visiteur.....	p.1
Annexe II : Glossaire.....	p.2
Annexe III : Animal, Handicap et Institution : Formation Continue.....	p.3
Annexe IV : Diagnostic infirmier : Perturbation des relations sociales.....	p.4
Annexe V : Statistique : Répartition des animaux familiers dans les foyers français.....	p.5
 BIBLIOGRAPHIE	
 ABSTRACT	

INTRODUCTION

« Je continuai à vivre seul dans ma maisonnette vide, avec les animaux muets, mes compagnons. Ah ! Que j'aurais été heureux si la Providence m'eût accordé un chien ! Il m'en vint un d'un château voisin de Narnier qui s'attacha à moi parce que je le caressais chez la batelière et qu'il me vit seul dans ma mesure. Partout où il y a un malheureux, Dieu envoie un chien. Je l'ai éprouvé vingt fois depuis. L'homme ne le voit pas toujours. Depuis que ce chien m'eut adopté, ma solitude cessa. Il ne me quittait plus ; nous nous aimions, nous nous promenions, nous dormions ensemble. Il m'avait deviné comme je l'avais compris. J'avais un ami... »

LAMARTINE, Mémoires inédits, 1815.

Le sujet que j'ai choisi de traiter dans mon travail de fin d'étude, porte sur la médiation par l'animal, et plus particulièrement sur le chien médiateur.

Ce thème me tient vraiment à coeur car il fait le lien, entre mon expérience professionnelle passée, et ma future profession d'infirmière (IDE).

En effet, diplômée en 1994 au titre d'« auxiliaire spécialisée vétérinaire » après une formation de 2 ans où j'ai étudié principalement la race canine et féline sur les plans biologique, physiologique, pathologique et comportemental, j'ai travaillé 10 ans dans une clinique vétérinaire, côtoyant jour après jour animaux et propriétaires.

Force est de constater qu'un lien très fort unissait l'animal et son maître. Pour beaucoup l'animal avait une place très importante dans leur existence, parfois le seul lien social des personnes seules, un membre de la famille pour certains, un confident pour d'autres, voire même la seule préoccupation quotidienne des plus esseulés (lui préparer à manger, le sortir promener, le toiletter....).

De plus, certaines personnes octroyaient à leur compagnon à quatre pattes, des effets bénéfiques sur leur santé : l'animal apaisait leurs angoisses, les reconfortait dans les moments difficiles de l'existence.

Et c'est à l'occasion d'un stage, en première année de formation d'infirmière, que j'ai pris réellement conscience des effets positifs du chien sur la santé mentale d'un patient. Ce constat m'a donné envie d'en savoir plus sur cette technique à médiation : son intérêt, ses bénéfices, ses limites.

Après la rédaction de la situation que j'ai vécue pendant ce stage et le questionnement professionnel qui en découle, je définirai ce que sont les particularités d'un patient schizophrène.

Ensuite je développerai les médiations en psychiatrie et m'attarderai sur la médiation par l'animal et plus précisément sur le chien médiateur.

J'en arriverai à la synthèse de l'analyse qui aboutira à une hypothèse de recherche pour laquelle je proposerai un outil d'enquête ; outil, qui serait utilisé pour confirmer ou infirmer celle-ci si mon travail devait aboutir à un projet.



PROBLEMATIQUE

« A la fin des années cinquante, Boris Levinson, psychologue pour enfants, reçoit à New York le jeune Johnny, considéré comme autiste par les médecins qui l'ont examiné. Le chien Jingles est par hasard présent dans le cabinet de consultation et se met à tourner autour de l'enfant, forçant son attention en le regardant, le reniflant, le frôlant. Et Johnny se met à le caresser, sous l'œil ahuri de ses parents et observateur du psychothérapeute. Lorsqu'il demande en fin d'entretien s'il pourra revenir jouer avec le « Dr Jingles », Levinson sent que quelque chose d'important vient de se produire... »

Didier VERNAY, Le Chien partenaire de vies, p.19.

I) SITUATION DE SOIN

Lors d'un stage en hôpital de jour, (établissement accueillant une vingtaine de patients atteints essentiellement de schizophrénie, en phase de stabilisation), un lieu d'accueil convivial, qui ne ressemble en rien à un centre de soins, puisqu'il s'agit d'une maison ancienne traditionnelle, sont proposées différentes activités socio thérapeutiques « conventionnelles » : cuisine, tennis, théâtre, dessin, poterie.

Par ailleurs, suite à son initiative, une infirmière persévérante, après de nombreuses négociations avec sa direction, réussit à intégrer son chien, une femelle labrador de 8 ans, comme chien visiteur auprès des patients de l'hôpital de jour.

Pour ce faire, Patricia rencontra des difficultés pour obtenir l'autorisation de faire entrer sa chienne au sein de l'établissement. Sa direction, par manque de connaissance sur la médiation par l'animal, et du cadre bien réglementé de cette pratique, refusa ses deux premières demandes, évoquant la notion d'hygiène comme frein à la mise en place d'une telle activité. Ne se décourageant pas, l'IDE réitéra sa demande, avec comme support un projet d'activité associant l'animal, incluant la « charte du chien visiteur » (Annexe I). Sa requête fut enfin acceptée.

Depuis ce jour, à raison d'une fois par semaine, le jeudi après midi, l'animal accompagne sa maîtresse dans l'établissement.

La première fois où j'assistais à la rencontre de la chienne Léa et de Mr M, quelle ne fut pas ma surprise de voir ce patient schizophrène, d'ordinaire distant, peu expressif, secret, se ruer sur l'animal pour le caresser, lui parler et même l'embrasser !

Durant une heure environ, il resta auprès de Léa qui était sagement couchée près du radiateur. J'étais très émue par cette relation très particulière qu'avait instauré ce patient avec cet animal. Ce jeune homme manifestait du plaisir au contact de l'animal, il souriait à Léa et paraissait apprécier sa présence, il semblait serein.

Les jours qui ont suivi lorsque je voyais Mr M, on parlait de Léa, c'était pour moi un excellent moyen pour entrer en communication avec ce patient. L'infirmière m'expliqua que ce patient avait beaucoup progressé d'un point de vue relationnel et comportemental, depuis ses contacts réguliers avec la chienne.

Interpellée par cette expérience peu commune, je décidais d'aller plus loin dans ma réflexion.

J'avais assisté à une rencontre particulière entre un jeune homme, présentant un trouble grave de la personnalité : une schizophrénie, aux difficultés relationnelles certaines, et un chien : une femelle labrador retriever au tempérament très calme, d'une nature très sociable, dont la race est soigneusement choisie comme chien d'assistance pour son obéissance, sa flexibilité, son dévouement auprès de l'être humain, qui n'hésite pas à être les yeux de son maître si celui-ci présente une déficience visuelle, ou ses jambes quand il est dans un fauteuil roulant...

Léa n'est pas là pour ces raisons, elle n'avait pas de rôle actif à jouer, elle était simplement invitée à partager pendant quelques heures la vie des patients de l'hôpital de jour : structure ouverte, qui est un lieu de vie avant tout, où les soignants ne portent pas de blouse, où l'ambiance est chaleureuse, une alternative à l'hospitalisation dont les objectifs sont le

retour à l'autonomie, la resocialisation, le soutien et l'accompagnement des patients dans leur vie quotidienne.

Sa maîtresse, Patricia, comptait sur sa seule présence au centre pour déclencher quelque chose de positif chez ses patients, et c'était chose faite.

Car si on prend le temps d'observer ce patient et cet animal, on assiste à une tendre complicité, difficile de mettre des mots sur ces moments partagés, mais on note un changement positif dans le comportement du patient, et cela mérite toute notre attention de soignant, notre objectif premier c'est l'amélioration de son état de santé, et si l'animal de compagnie est à l'origine de cela, il ne faut pas le nier, au contraire il me semble fondamental d'aller plus loin dans cette recherche.

A partir de ce constat, une multitude de questions et d'interrogations me viennent à l'esprit. Ce questionnement porte sur deux axes : le premier en lien avec la profession infirmière, le second en lien avec le patient.

II) QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

1) En lien avec la profession infirmière

Dans un premier temps, je m'étonne que ce type d'activité thérapeutique soit si peu fréquente en santé mentale, et je me questionne sur les raisons possibles du refus d'intégrer un animal dans ces structures d'accueil :

De toute évidence la notion d'hygiène est l'argument majeur pour les détracteurs, partant du préjugé qu'un animal est par définition « sale », et qu'il n'aurait pas sa place dans un lieu de soins. Pour autant, peut-on affirmer que le patient atteint de troubles psychiatriques, soit plus sujet aux affections, potentiellement transmises par un chien, que le reste de la population détentricrice d'un animal de compagnie ?

Cependant, bien consciente de l'importance de l'hygiène et des précautions à prendre pour introduire un animal de compagnie, au sein d'un établissement de santé, je m'interroge sur les moyens de prévention des zoonoses. A ce sujet, le CLIN s'est-il positionné par rapport aux risques de maladies transmissibles ?

Un autre argument peut-être avancé, serait-ce la toute puissance du soignant qui ne permet pas d'admettre, qu'une simple « bête » puisse améliorer l'état de santé du patient ?

Ou pourrait-on imputer cette réticence, à la crainte des soignants, de voir entrer un animal domestique dans une structure d'accueil, au contact direct des patients ? Serait-ce cette responsabilité vis-à-vis du patient qui ferait peur au soignant ? Je m'interroge alors sur les raisons de ces craintes.

De surcroît, on peut comprendre que mettre en place une activité associant l'animal serait une charge de travail supplémentaire pour l'IDE, puisqu'elle devra s'occuper quotidiennement du chien. Cela m'amène à réfléchir sur les moyens dont dispose l'IDE pour intégrer le chien auprès des patients, dans un projet thérapeutique, de façon à les impliquer activement dans la prise en charge du chien.

Dans un deuxième temps, je me pose certaines questions concernant le chien :

Sachant qu'il existe certaines races canines prédisposées pour travailler auprès de l'homme, en fonction des qualités de l'animal et des besoins de la personne, je m'interroge sur le choix du chien le plus adapté, dans le cadre d'une activité associant l'animal auprès d'un patient présentant une schizophrénie.

D'autre part, il n'existe pas de formation spécifique des chiens à la pathologie mentale, comme c'est le cas de l'ANÉCAH (Association Nationale pour l'Education de Chiens d'Assistance pour Handicapés) qui forme des chiens pendant deux ans, avant de les remettre à des personnes handicapées. Je me demande alors, de quelle manière ces chiens, qui interviennent auprès des patients présentant une pathologie mentale sont-ils éduqués, et quelles sont les personnes qui assurent cet apprentissage ?

A ce stade de ma réflexion, deux interrogations retiennent à nouveau mon attention. En effet, l'IDE en santé mentale utilise de nombreux médiateurs par le biais d'activités socio thérapeutiques, présentées sous forme d'ateliers. Ce sont des moments privilégiés où le soignant observe son patient, et évalue son évolution dans la sphère cognitive, affective et comportementale. Je m'interroge alors, sur l'animal en tant que médiateur, en quoi est-il différent par rapport à d'autres médiateurs tels que la poterie ou le théâtre ? Et quelles sont les attentes du soignant en terme de résultats, sur la santé du patient ?

2) En lien avec le patient

L'infirmière qui exerce en hôpital de jour, axe la prise en charge du patient psychotique sur la relation à l'autre. Le schizophrène communiquant peu avec les autres, un des objectifs consiste à améliorer la communication entre ce patient et les autres membres du groupe social.

Partant du constat d'une amélioration positive des capacités relationnelles du patient schizophrène, grâce à l'animal médiateur, j'en arrive au questionnement suivant : par quels moyens l'animal modifie t'il le comportement du patient ? Que déclenche t'il chez ce patient ? Que trouve t'il auprès de la chienne, que le soignant ne peut lui apporter ?

Sachant qu'il est d'ordinaire anxieux, je ne l'ai jamais trouvé aussi détendu qu'en présence de Lea.

Peut-on considérer que le patient se sent d'avantage en confiance avec la chienne ? L'animal ne portant pas de jugement, le patient ressent-il cette neutralité ?

D'autre part, le soignant dans sa prise en charge du patient schizophrène sollicite constamment celui-ci, car sa pathologie le prive d'un esprit d'initiative, apprécie t'il le fait que la chienne ne lui impose aucune contrainte, se sent-il plus libre dans cette relation ?

Autre caractéristique de ce patient, il présente un trouble de la conscience de soi, le soignant est à même de s'interroger sur l'image que renvoie la chienne au schizophrène.

De plus, le schizophrène dans ses troubles de la personnalité a instauré dans sa relation à l'autre, des mécanismes de défenses bien particuliers, qu'en est-il face à l'animal ?

On peut également s'étonner de constater que :

Cette spontanéité qui fait défaut au schizophrène, resurgit lorsqu'il s'agit d'aller câliner l'animal.

Ce patient appréciant peu les contacts physiques avec les autres humains, émet le désir d'un contact physique matérialisé par des caresses.

Le plaisir, notion que le soignant a beaucoup de mal à développer chez le patient schizophrène, était pourtant présent lorsqu'il caressait la chienne.

Ces différents constats m'amènent à m'interroger, sur les raisons d'un tel changement dans le comportement du patient.

Au terme de ce questionnement, j'en arrive à formuler la question de départ suivante, qui orientera mon travail de recherche :

❏ En quoi la médiation par le chien, peut-elle contribuer à une amélioration dans le comportement et dans les manifestations de l'affect du patient schizophrène ?

III) CADRE DE REFERENCE

1) Le patient schizophrène

La schizophrénie est une pathologie qui touche 1% de la population, autant dire que cette maladie est un véritable problème de santé publique.

Etymologiquement vient du grec skizein qui veut dire fendre, et de phren qui signifie pensée, que l'on traduit par dissociation de la pensée.

Il s'agit d'une pathologie mentale chronique, qui touche habituellement l'adulte jeune et qui entraîne une modification durable et profonde de la personnalité.

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

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

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

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

Ce syndrome de discordance s'exprime dans trois sphères :

- La sphère de la pensée
- La sphère affective
- La sphère comportementale

Concernant la première, on met en évidence des troubles de l'attention, de la capacité de concentration, des troubles de la mémoire. On note des troubles du cours de la pensée avec par exemple des barrages dans le langage, c'est-à-dire que le patient s'arrête brutalement de parler alors qu'il n'a pas fini sa phrase, ou bien du « fading » le cours de la pensée étant marqué par des coupures et un ralentissement. De même, le système verbal peut être atteint avec des monologues, des néologismes, une voix chuchotée, également des distorsions de l'écriture, du système logique.

A propos de la sphère affective, il convient dans un premier temps de définir ce qu'est l'affect : « *une disposition affective élémentaire, de tonalité variable qui oscille de l'agréable au désagréable, du plaisir au déplaisir* »¹.

¹ ANDRE Pierre, Psychiatrie de l'adulte, Edition Heures de France, 1994, page 233.

Une fois que cet état arrive à la conscience il se transformera chez la personne sous forme de sentiment ou d'émotion, qui constituent avec l'humeur (et l'affect), les quatre états affectifs indissociables de l'être humain.

De façon plus précise on peut les décrire ainsi :

- L'humeur est une disposition affective fondamentale, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, et qui n'existe que parce qu'on la qualifie.
- Le sentiment correspond à l'aspect mental de l'affect, il est soit tourné vers l'individu, comme par exemple la honte ou la satisfaction, ou bien orienté vers autrui : amour, haine, dédain...
- L'émotion c'est la répercussion sur le plan somatique d'un affect. On peut citer les cinq primordiales à savoir la colère, l'amour, la joie, la tristesse, la peur.

Lors d'un trouble de l'affect, ce qui est le cas dans la schizophrénie, le patient présente de l'indifférence envers autrui, un manque d'émotions, un refus de contact avec le monde extérieur ou une froideur dans le contact, une apparence insensible, des difficultés de communication et dans le domaine des désirs et des projets il montre un désintérêt, de l'asthénie.

Le schizophrène peut avoir des réactions brutales émotionnelles, à type de crise de colère violente, voire de rire apparemment immotivé, ou bien de brusque envahissement d'angoisse. On retrouve également une affectivité empreinte d'ambivalence où chaque pulsion véhicule amour et haine, désir de séduire et d'agresser. La personne est dans l'incapacité d'intégrer l'ambivalence « normale » des sentiments, c'est-à-dire une affectivité souple et cohérente.

Pour ce qui intéresse la sphère du comportement, chez ce patient la vie sociale, familiale et sentimentale sont très perturbées, il peut présenter subitement une alternance d'indifférence et de brusques mouvements d'agressivité ou de passion.

D'un point de vue des conduites sociales le patient présente des désordres majeurs avec aboulie*, désintérêt, inertie, ce qui fige toute volonté d'entreprendre les actes les plus courants de la vie quotidienne, cela peut aboutir à un apragmatisme* plus ou moins total avec clinophilie*, mutisme* ou négligence corporelle.

De surcroît, des comportements impulsifs sont toujours possibles, se sont des pulsions souvent absurdes, provocantes qui peuvent être hétéro ou auto agressives.

Enfin, des troubles psychomoteurs expriment l'ambivalence et la perte d'unité de la vie mentale : avec indécision du geste, bizarrerie de la mimique, certaines conduites sont absurdes ou contradictoires

Comme troubles moteurs caractéristiques on peut citer :

- une attitude de retrait
- un évitement du contact physique
- un refus de la main tendue
- de la passivité
- des stéréotypies*
- une catalepsie* qui est une perte de l'initiative motrice ou une conservation des attitudes.

* cf Annexe II

Comme nous avons pu le voir ci-dessus, la schizophrénie est une maladie mentale grave, qui touche l'individu dans son entier, et qui, en l'état actuel des connaissances n'est pas guérissable. La prise en charge de ces patients demande un investissement très important de la part des soignants.

Habituellement, on retrouve le patient schizophrène en hospitalisation libre, ou en hospitalisation à la demande d'un tiers et même en hospitalisation d'office, dans un contexte de crise, soit en raison des risques qu'encourt le patient, soit en raison des risques qu'il fait courir à son entourage. D'autant plus que dans cette pathologie le patient n'a pas conscience de ses troubles.

Un des objectifs de l'équipe soignante est de limiter au maximum la durée d'hospitalisation, car de nombreux auteurs ont mis en évidence les inconvénients de l'hospitalisation à temps complète. En effet, il faut éviter une rupture trop importante avec le milieu extérieur, afin de prévenir les risques de régressions, l'appauvrissement intellectuel et la suppression de toute initiative.

C'est ainsi qu'une fois la crise passée, et dans la mesure du possible, car l'hospitalisation à plein temps garde son indication chez des patients non autonomes ou ayant peu de liens garantissant une vie sociale adéquate, le patient est réorienté dans des structures extra hospitalières comme le CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), le CMP (centre médico-psychologique) ou l'hôpital de jour.

Ce dernier, comme son nom l'indique est une structure qui propose des temps d'hospitalisation sur la journée ; avec comme objectif de favoriser l'insertion des personnes dans leur milieu familial et professionnel.

Cet établissement de proximité est composé d'une équipe pluridisciplinaire, avec des infirmiers, assistante sociale, psychiatre, psychologue, aide soignant, psychomotricien...

2) La médiation en psychiatrie

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

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

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

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

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

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

Elles sont définies comme : « *un ensemble de méthodes visant à supprimer les troubles affectifs par l'utilisation des relations humaines établies avec les membres du groupe social dans lequel le patient est intégré* »².

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

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

Pour Alain Castera : « *Aider un schizophrène à vivre là où vit tout le monde, c'est faire le pari que, par un moyen ou par un autre ou par plusieurs, on va venir plus ou moins à bout de ce que Bleuler appelait la dissociation, ensemble de symptômes les plus gênants pour vivre dans une société ou personne n'est sensé associer de travers. C'est aussi parier que les schizophrènes vont préférer dialoguer avec leurs concitoyens plutôt qu'avec leurs voix, et ne pas se laisser envahir par leurs constructions délirantes.* »³.

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

Article R4311-7 l'IDE est habilité à pratiquer les actes suivants en application d'une prescription médicale: « *utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique* ».

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

Pour définir ce mot « thérapeutique » de manière plus précise, les auteurs du livre « Schizophrénie et Soins Infirmiers » le résumant ainsi : « *... toute activité qui provoque un changement bénéfique chez une personne, que cette modification soit perceptible ou*

² Soins Infirmiers fiches techniques, Maloine, 2001, 3^{ème} édition, page 3.

³ Revue Santé Mentale, n°5, dossier Schizophrénie, A.CASTERA, page 22.

non, ... tout ce qui entraîne une atténuation des symptômes pourra être nommé thérapeutique... »⁴.

3) Activité à médiation thérapeutique

Technique :

- Se réalise sous forme de séances sur une période variable (de 3 mois à plusieurs années).
- La durée de la séance doit être précisée au patient et respectée, elle tient compte de la fatigabilité du patient.
- La séance se déroule dans un lieu neutre offrant au patient un sentiment de sécurité et de calme.
- Compte rendu de l'activité par le soignant à l'issue de chaque séance, consigné dans le dossier de soins du patient.

Objectifs généraux (liste non exhaustive, car personnalisable) :

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

Relation soignant-soigné dans l'activité :

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

Eléments de surveillance :

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

⁴ E.DIGONNET, D.FRIART, A.M.LEYRELOUP, M.RAJABLAT, Schizophrénie et Soins Infirmiers, Masson, 2004, page 118.

Difficultés du soignant :

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

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

Qu'il s'agisse des activités socio thérapeutiques ou des techniques de médiation, je constate que dans le présent décret il n'apparaît nulle part une liste d'activités imposées aux soignants. Ce manque d'exhaustivité volontaire de la part du législateur, n'a d'autre objectif que de permettre aux soignants de développer des pratiques innovantes en ce qui concerne le soin et l'accompagnement social⁵.

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

Pour conclure, je peux donc affirmer que les activités sont des soins, toutes sont susceptibles d'être thérapeutiques, l'important c'est l'investissement du soignant et l'intérêt que porte le patient pour ces activités.

4) La médiation par l'animal

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

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

Le neurologue Didier Vernay, coordinateur du GRETFA est aussi l'auteur du livre paru en 2003 « le chien partenaire de vie, perspectives en santé humaine », innove en la matière, puisqu'il est le premier à définir un cadre sanitaire, pratique et législatif aux activités associant l'animal.

⁵Nouveaux Cahiers de l'infirmière, Sciences Humaines et Soins Infirmiers, n°6, Masson, page 72.

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

- Un soignant fait de l'AAA-T (Activités Associant l'Animal avec projet à orientation Thérapeutique).
- Un membre du personnel éducatif de l'AAA-E (Activités Associant l'Animal avec projet à orientation Educative).
- Un travailleur social de AAA-S (Activités Associant l'Animal avec projet à orientation Sociale).

Malgré cette nouvelle terminologie, pour définir de façon globale ces activités on peut retenir la définition de la zoothérapie : « *activité qui s'exerce sous forme individuelle ou de groupe à l'aide d'un animal familier soigneusement sélectionné et entraîné, introduit par un intervenant qualifié, dans l'environnement immédiat d'une personne chez qui l'on cherche à susciter des réactions visant à maintenir ou à améliorer son potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif* »⁶.

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

Cependant d'autres activités tendent à se développer : il existe au titre de la formation continue un module appelé « animal handicap et institution » (Annexe III) qui proposent aux soignants une approche de ces nouvelles techniques.

De même, autre raison de penser qu'elles ont leur place dans les soins infirmiers, dans leur livre « Diagnostics IDE : interventions et résultats » Annie Pascal et Eliane Frécon Valentin, cadres IDE, préconisent « la médiation par la présence de l'animal » dans la catégorie des soins relationnels, lors de l'identification des diagnostics IDE suivants : anxiété, chagrin chronique, confusion chronique, perte de l'élan vital, perte d'espoir, perturbation de l'estime de soi, perturbation des relations sociales (Annexe IV).

N'oublions pas que l'utilisation de l'animal dans un cadre de santé remonte à loin, dès 1792, l'institut psychiatrique de York Retreat commençait à l'appliquer avec certains patients. Florence Nightingale, fondatrice des techniques infirmières modernes fut l'une des pionnières dans l'utilisation d'animaux afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Elle avait gardé une tortue dans l'hôpital durant la guerre de Crimée (1854-1858) car elle avait remarqué que la présence de cet animal diminuait l'anxiété et reconfortait.

En 1867 en Allemagne une expérience similaire fut menée avec des patients épileptiques. En 1901 en Angleterre, le cheval était utilisé pour les promenades des patients voire même pour leur rééducation...

Il fallut attendre que Boris Levinson, psychiatre américain, observe cette relation entre un enfant replié sur lui-même et un chien pour que le terme de « zoothérapie » apparaisse dans

⁶ A. BERNATCHEZ (coordinatrice des activités cliniques à Zoothérapie Québec), Zoothérapie : Le pouvoir thérapeutique de l'animal, www.zootherapiequebec.ca.

ses publications en 1962. Selon lui, ce dernier est utile à l'homme dans ses stades les plus vulnérables de la vie. Il fut un des premiers à intégrer un animal dans les séances de thérapie et à l'utiliser aussi comme outil thérapeutique secondaire.

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

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

C'est à partir des années 1980 que les Anglo saxons ont étudié activement les interactions homme-animal.

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

- caresser un animal réduit la Tension artérielle et le rythme cardiaque (Katcher, Friedmann, Thomas 1983).
- les possesseurs d'un animal familial ont statistiquement un taux de cholestérol et triglycérides moins élevés que les non possesseurs.
- la compagnie d'un chien permet de mieux surmonter des événements difficiles (décès, maladie, divorce) et de diminuer le stress lié au mode de vie contemporain (Bergler 1992)
- posséder des animaux aide les enfants à se faire des amis (Serpell 1986).
- l'animal facilite la maturation psychoaffective et psychomotricienne des adolescents, il canalise et contient l'agressivité (Einis, gunstern, stavitski et Ross 1995).
- chiens et chats placés dans des établissements gériatriques agissent sur les pensionnaires comme des catalyseurs de relations sociales (Gorson 1981).

La relation homme-animal est inscrite dans l'histoire : il y a maintenant plus de dix mille ans que l'animal vit auprès de l'homme. Cette relation a évolué à travers le temps et les cultures, passant du statut d'animal utilitaire à celui d'animal de compagnie. Presque chacun de nous a une histoire de vie marquée par une présence animale.

Pour Boris Cyrulnik éthologue et neuropsychiatre, les premiers mots de l'enfant sont : papa, maman, et woua-woua, ceci étant la preuve de l'attachement de l'être humain aux animaux.

Une enquête FACCO / TNS Sofres de 2003 sur la population animale révèle que 51 % des foyers français possèdent des animaux familiers. On apprend que 27% des français sont propriétaires d'au moins un chien, et 25,6% au minimum d'un chat, et enfin 43,7% ont au moins un chien ou un chat. Sans parler des autres animaux tels que poissons, oiseaux, rongeurs... (Annexe V)

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

Un grand nombre d'animaux différents sont déjà utilisés et peuvent être associés dans des projets thérapeutiques :

On a déjà cité l'équithérapie, mais il existe aussi la delphinothérapie, c'est la thérapie assistée par le dauphin.

Cette technique donne de bons résultats chez les personnes atteintes d'autisme, de psychose, d'arriérations mentales. Il a été démontré chez certains patients autistes : une augmentation des capacités attentionnelles, du temps de concentration, une amélioration des productions verbales. Ces bénéfices s'expliqueraient par le fait que la nature curieuse et joueuse du dauphin attire l'attention, de même que son « sourire permanent » attire la sympathie et la confiance.

Depuis quelques années se développent en France (elles existent et sont reconnues depuis les années 1950 aux Etats-Unis) ce que l'on appelle les fermes thérapeutiques et pédagogiques. Elles sont une initiation à la vie rurale, à la nature et un lieu de rencontre avec les animaux de la ferme. Ces activités sont indiquées pour les enfants mais aussi pour les adultes en difficultés. On y apprend à s'occuper des animaux, c'est un moyen de responsabiliser les patients; et à terme prendre en charge les autres c'est se prendre en charge « p223, les effets bénéfiques des animaux sur notre santé ».

Sans oublier la thérapie par le chat avec ses ronronnements apaisants et rassurants, les oiseaux par leur fragilité physique incitant à la douceur....

5) Le chien médiateur

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

Il présente aussi le grand avantage de faire partie de notre environnement proche, il fait partie de la famille, il est facile d'accès, c'est plus compliqué d'aller nager avec les dauphins ou de se rendre dans une ferme.

Le chien possède plusieurs qualités faisant de lui un collaborateur remarquable pour les soignants. Du fait qu'il soit vivant, il est attrayant pour le patient et il possède une grande capacité à le stimuler.

En parlant d'une séance de rééducation avec l'intervention d'un chien, Caroline Bouchard et Christine Delbourg disent : « *c'est une chose de lancer des petits sacs de sable dans une boîte, c'en est une autre de lancer une balle à un petit chien vif et joyeux qui le rapporte,*

qui attend un merci sous forme de caresse ou même de biscuit. Et pourtant le geste est identique, mais la motivation est différente »⁷.

Toujours, selon le Dr Vernay neurologue : « *il (le chien) est celui qui force l'autre à avancer, celui qui considère son maître handicapé comme une personne ordinaire, ce faisant il lui permet dans une certaine mesure, de s'accepter, de se dépasser peut-être, de reprendre une place dans la société »⁸.*

On peut noter également que les personnes qui sont en rupture avec la société, comme c'est le cas des patients schizophrènes, réapprennent auprès du chien à prendre soin d'un autre, à le respecter à en être responsable, puis à plus long terme à accepter la règle commune. Le chien est une aide dynamique, motivante, toujours joyeux et prêt à s'amuser avec l'humain il a cette capacité à diminuer de façon instantanée l'angoisse du schizophrène. Le patient a tendance à se laisser aller moins facilement, voire à se dépasser, à oublier ses difficultés quand il joue à la balle avec un chien, quand il le brosse ou se penche pour le caresser ou le câliner.

Le chien est un véritable déclencheur de communication, il encourage l'ouverture à l'autre. Dans la vie quotidienne on a tous vécu cette expérience, lorsque l'on se promène dans la rue avec un chien, fréquemment des passants se retournent vers l'animal, le caresse, vous adresse la parole en vous demandant la race du chien, ou raconte leur expérience passée avec un chien similaire. C'est pour cela que l'on peut dire que cet animal est un facilitateur de relations sociales.

De surcroît, les activités associant l'animal ne demandent aucune aptitude particulière de la part du patient schizophrène, tous les patients mêmes les plus régressés ne se sentiront pas en échec face au chien, à l'instar d'autres activités qui demandent une production (le dessin, la poterie...).

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

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

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

Dans ce cadre, la médiation par le chien constitue donc une thérapie orientée sur la réalité où l'animal, en léchant la main de l'enfant par exemple, lui permet de prendre conscience de l'autre.

Les effets obtenus chez l'enfant autiste, sont également transposables chez les patients

⁷ C. BOUCHARD et C. DELBOURG, Les Effets Bénéfiques des Animaux sur Notre Santé, A.Michel, 1995, page 68.

⁸ D. VERNAY, Le Chien partenaire de vies, Erès, 2003, page 21.

atteints de troubles schizophréniques.

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

De même, ce patient schizophrène, fréquemment angoissé, parasité par des hallucinations plus ou moins terrifiantes a des difficultés à faire confiance aux équipes soignantes, de même l'inconstance de ses troubles (il a des moments de lucidité), peuvent faire naître un sentiment de honte face à sa maladie mentale, or le chien a une grande qualité, c'est la neutralité et l'absence de jugement : *« la meilleure des formations ne peut empêcher l'être humain de transmettre des signaux non verbaux, tels que grimace, mouvement de recul, regard fuyant...aux personnes malades, affaiblies, ou âgées, présentant un handicap physique ou mental. Ainsi peut s'enclencher la spirale terrible de la méfiance, de la baisse de l'estime de soi, du repli sur soi, de l'isolement. Les animaux familiers, eux, sont sans jugement ni a priori, et n'expriment aucun signe non verbal. Ils offrent donc la possibilité de communiquer de façon simple et entièrement dépourvue d'agressivité. Ils permettent ainsi d'enclencher la première étape de la communication, et communiquer c'est vivre. »*⁹

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

On retrouve principalement deux races de chiens privilégiées (mais ce ne sont pas les seules) : le Labrador et le Golden Retriever. Ils tiennent de leur race des caractéristiques très intéressantes. Ils sont malléables, sociables et surtout facilement éduquables. Ils ne sont en rien des chiens robotisés, mais pour eux le travail demandé est une sorte de jeu, auquel ils se prêtent volontiers. Ces retrievers affichent une image sympathique dès le premier regard.

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

Néanmoins quelles que soient les situations, il convient de ne pas forcer la mise en relation avec l'animal, tout individu n'est pas forcément sensible à ce type de démarche.

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

Cependant dans certaines circonstances, la simple présence de l'animal de compagnie peut constituer le prétexte à l'intervention auprès de patients, ceux refusant toute forme d'intervention, chez qui plusieurs tentatives ont échoué pour stimuler leur participation à des activités dans l'établissement. Nombre d'entre eux ont eu des expériences passées positives avec l'animal et, grâce à celui-ci, l'intervenant est perçu de façon moins

⁹ E. OLBRICHE, Personnes Agées et Animaux Familiers, IEMT, 1993, page 5.

menaçante. Les patients peuvent alors transposer leur confiance en l'animal aux soignants, et ensuite aux autres membres de l'équipe.

Rappelons tout de même que les activités associant l'animal ne peuvent prétendre se substituer à une thérapie médicale classique.

Elles viennent renforcer la thérapie mise en place, l'animal n'est pas un remède en soi, il n'est pas thérapeute mais une aide à la thérapie.

6) Synthèse

Cette technique de médiation est susceptible d'apporter « un plus » aux soignants, dans la prise en charge souvent difficile de cette pathologie mentale grave, et ce pour plusieurs raisons :

- le chien en tant que facilitateur de relations sociales, pourrait améliorer la relation soignant soigné au sein de l'activité, grâce notamment à sa gaïté naturelle, le patient semblerait alors plus détendu et communiquerait mieux avec le personnel soignant, l'atmosphère serait plus sereine.
- du fait qu'il s'agit d'une thérapie de la réalité, l'animal faisant prendre conscience de l'autre, permettrait ainsi au patient de se différencier et de s'ancrer dans la réalité, son comportement deviendrait plus adapté ; l'IDE pourrait noter sur le plan affectif une diminution de l'hermétisme et l'expression de ses émotions serait plus cohérente et adéquat.
- de part la nature joueuse du chien, le patient retrouverait le plaisir du jeu ; notion de plaisir qui fait souvent défaut à ce patient, lui qui s'est progressivement replié sur lui-même.
- l'attitude neutre et non jugeante du chien, augmenterait la confiance du patient envers l'animal, il pourrait transposer cette confiance au soignant, améliorant ainsi la relation soignée.
- le chien étant un être vivant, il est à la fois stimulant et motivant pour le patient schizophrène, pour qui s'investir dans les activités est souvent très difficile (cette difficulté pouvant entraîner un échec de la prise en charge de la personne soignée, et engendrer la démotivation du soignant).
- enfin puisque cette activité ludique ne demande aucune aptitude particulière du patient, cela supprimerait le sentiment d'échec et favoriserait l'adaptation et l'adhésion de celui-ci au sein de l'activité.

IV) HYPOTHESE

Au vu de ces différents constats, j'en arrive à formuler l'hypothèse suivante :

☛ Les capacités comportementales et affectives dont fait preuve le patient schizophrène dans cette activité, sont repérables par le soignant dans un autre contexte et potentiellement, sont le reflet d'une amélioration de son état de santé.

OUTIL D'ENQUETE

Le chien à l'hôpital, c'est le dehors qui rentre dans le dedans ! C'est la fin de l'aire pastorienne. Il y a vingt ans, les jouets des enfants étaient aseptisés et, avec Boris CYRULNIK, nous avons introduit les peluches, c'était un véritable bouleversement des habitudes et des pratiques, aujourd'hui, c'est l'entrée des peluches vivantes. »

M.RUFO, propos recueillis par G.BERNARDIN, Mars 2004.

1) Choix de l'outil

A présent il s'agit de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse de recherche. Pour ce faire il me faut réaliser une enquête, j'ai choisi comme outil d'enquête l'entretien individuel car il s'avère que c'est le plus adapté pour ce travail.

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

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

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

J'effectuerai donc 2 entretiens, d'une part pour être certaine qu'il s'agisse de l'outil adapté au recueil des informations recherchées, et d'autre part pour tester la compréhension des questions.

2) Population cible

La population cible de cette enquête est celle des infirmières de secteur psychiatrique en extra hospitalier, qui prennent en charge des patients schizophrènes en phase de stabilisation, et qui leur proposent une activité à médiation par l'animal.

L'activité à médiation par le chien étant peu répandue dans la région varoise, les soignants interviewés seront des IDE qui pratiquent l'équithérapie.

3) Objectifs et contenu de l'entretien

L'entretien comportera 3 questions, avec pour deux d'entre elles des sous questions visant à augmenter la précision des réponses.

Les objectifs pour chacune des questions sont :

Pour commencer une question vaste ayant comme objectif d'évaluer la vision des soignants concernant la médiation par l'animal :

1) Que pensez-vous de la médiation par l'animal pour le patient schizophrène en phase de stabilisation ?

Mon travail étant axé plus particulièrement sur le chien, il est important d'avoir l'opinion des soignants sur ce médiateur :

1') Qu'en est-il si le médiateur est un chien ?

A l'aide de la deuxième question, j'attends que les soignants mettent en évidence des différences sur le comportement et les manifestations affectives du patient schizophrène au sein d'une activité à médiation par l'animal par rapport à une autre activité à médiation:

2) Quels sont les comportements et les manifestations affectives que vous avez observés chez le patient schizophrène, dans cette activité, et que vous n'avez pas identifiés dans une autre ?

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

2') En serait-il de même si le médiateur était un chien ?

La troisième question cherchera à répondre à mon hypothèse de recherche. A savoir si les capacités mises en évidence par le patient schizophrène dans cette activité, peuvent être identifiables par les soignants dans un contexte de soins différent, et donc être à l'origine d'une amélioration de son état de santé :

3) Est-ce que les capacités comportementales et les manifestations affectives dont il fait preuve ont des répercussions en terme de bénéfices sur son état de santé ?

4) Grille de dépouillement

Pour effectuer l'analyse des deux entretiens de façon précise, il me faut identifier des indicateurs positifs et négatifs attendus ainsi que des réponses non attendues. Pour faciliter le travail de dépouillement, j'ai réalisé un tableau :

Questions	Réponses positives attendues	Réponses négatives attendues	Autres réponses positives	Autres réponses négatives
1	Bénéfique. Activité à développer. Amélioration de l'état de santé.	Non bénéfique. N'apporte rien de particulier.		
1'	Peu importe l'animal utilisé. Animal familial. Accessible. Joueur. Neutralité. Catalyseur de relations sociales. Motivant. Pas d'aptitude nécessaire.	Problème d'hygiène. Risque de morsures. Peur du chien. Responsabilité du soignant. Surcharge de travail.		
	Cohérence de l'affect, du comportement. Prise d'initiatives. ↓ : angoisse, hermétisme. Participe à l'activité. Notion de plaisir. Amélioration de la relation soignant soignée. Revalorisation. ↑ de la concentration Se sent responsable. Spontanéité.	Affect identique. Comportement identique. Passivité du patient. Repli sur soi. Angoisse. Mutisme. Hermétisme. N'adhère pas à l'activité. Refuse le contact avec l'animal. Peur de l'animal.		
2'	Oui. Meilleurs résultats avec le chien.	Pas de différence. Résultats identiques. Peu importe l'animal.		
3	Amélioration et Stabilisation de son état de santé. Meilleure autonomie. Plus sociable. Plus adapté à la réalité. Moins angoissé. Plus responsable. Actif. Se prend en charge. Amélioration de la communication.	Aucun bénéfice Régression.		

conclusion

On a tout à faire, si le chien d'assistance est reconnu, sponsorisé, médiatisé et bénéficie d'une bonne image de marque, il n'en est pas de même pour le chien d'éveil. Un chien auprès de malades psychiatriques, ça passe moins bien à l'écran. »

Didier VERNAY, coordinateur du GRETFA,
article du quotidien La Montagne (Allier), 05/01/05, page 3.

C'est avec beaucoup de plaisir que j'ai réalisé ce travail de fin d'études, même s'il s'est avéré difficile par le peu de publications concernant ce thème.

Lors de l'élaboration de ce travail, j'ai pris conscience qu'en psychiatrie TOUT EST SOIN, de même que toutes les activités proposées au patient sont complémentaires, toutes ont des objectifs communs et ou particuliers.

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

J'apprécie cette autonomie qu'ont les soignants de pouvoir mettre en place des activités auxquelles ils croient ; même si j'ai noté la complexité de créer, et de faire accepter des activités innovantes telles que la médiation par l'animal.

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

Cependant, tout me laisse croire que la médiation par l'animal a sa place dans les soins infirmiers, car même si je n'ai pu réaliser l'enquête, et ainsi confirmer ou infirmer mon hypothèse de recherche, les éléments apportés dans cette étude mettent en évidence des effets bénéfiques de l'animal, sur la santé physique et mentale des patients.

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



annexes

Annexe I : Charte du chien visiteur

LA CHARTE DU CHIEN VISITEUR À L'HÔPITAL

La présence d'un animal dans un service de gériatrie s'inscrit dans un projet de soins et de vie pour les personnes âgées, mais il s'accompagne obligatoirement d'un code de bonne conduite pour éviter tout problème d'hygiène et de sécurité que sa présence serait susceptible d'induire. Après la sélection d'admission et l'évaluation comportementale et éducative du chien et de son maître, ce dernier s'engage à respecter la charte du chien visiteur.

■ **Pour cela, le chien sera vacciné, vermifugé deux fois par an, en traitant les vers ronds et longs.** Il aura subi un traitement anti-puces, antiparasites à l'aide d'un produit vaporisé et non d'un collier. Il sera brossé systématiquement le jour de la visite avant de se rendre dans le service. En période de mue (deux fois par an), le brossage sera réalisé deux fois par jour pendant les trois semaines que dure la mue. Le chien aura une bonne hygiène bucco-dentaire (bonne haleine et absence de tartre). Il sera baigné au minimum une fois par trimestre et plus si nécessaire, notamment pour un chien habitant près d'une forêt. Avant de rentrer dans le service, le maître procédera, les jours de pluie, à l'essuyage des coussinets et du ventre en fonction de la taille de l'animal.

■ **Les papiers nécessaires :** carnet de vaccination à jour, état de bonne santé attesté par le vétérinaire qui suit le chien en remplissant la fiche d'admission de chien visiteur à l'hôpital de l'association, fiche d'évaluation du chien visiteur, fiche individuelle du maître (coordonnées personnelles, adresse de l'assureur).

■ **Au sein du service, le maître devra :**

- avoir donné à manger au chien avant la visite aux personnes âgées ;
- s'assurer que les besoins naturels du chien ont été faits au lieu habituel et prévoir un sac plastique pour ramasser les déjections si nécessaire ;
- lui faire faire des jeux et/ou des exercices physiques avant la visite ;
- lui donner si besoin un bain de pattes avec un produit antiseptique ;
- tenir le chien en laisse sauf autorisation précise de l'infirmière ou de l'encadrement canin pour permettre l'expression ludique ;
- procéder à l'essuyage du museau si le chien bave et protéger les lits des résidents avec des serviettes et des mouchoirs à usage unique pour permettre la pose des pattes lors des visites individuelles.

■ **Les limites de circulation.** L'office alimentaire, le poste de soins infirmiers, la salle à manger au moment des repas sont interdits au chien. Les chambres des résidents sont autorisées avec l'accord de la personne âgée et celui des médecins.

■ **Pour un bon déroulement :**

- **compagnonnage** par un responsable de l'association ou par un ancien bénévole pour affiner l'évaluation du comportement du chien ;
- **durée des visites individuelles :** variable, à adapter à la demande du patient, selon le ressenti du couple chien/maître (de 1/2 h à 1 h) ;
- **animation avec le chien :** Anichien, environ 1 heure ; ce temps dépend en fait du niveau de tolérance et de la capacité d'écoute du groupe et des chiens.

Annexe II : Glossaire

Aboulie : trouble mental caractérisé par l'absence ou la diminution de la volonté.

Apragmatisme : absence d'activité efficace.

Catalepsie : perte momentanée de la contractilité volontaire des muscles avec hypertonie, s'opposant à tout essai de mobilisation et aptitude des membres et du tronc à conserver les attitudes qu'on leur donne.

Catalyseur : qui déclenche quelque chose.

Clinophilie : tendance exagérée à garder le lit.

Mutisme : état d'un individu qui n'articule aucune parole. On réserve généralement ce terme au cas des sujets qui gardent le silence tout en ayant leurs centres du langage et leurs moyens d'expression intacts.

Stéréotypie : se dit des actes ou gestes habituels répétés involontairement, mais qui ne présentent pas le caractère convulsif des tics.

Annexe III : Animal, Handicap et Institution : Formation Continue

3314405 S

ANIMAL, HANDICAP ET INSTITUTION

OBJECTIFS :

- * Approche de la relation avec l'animal.
- * La présence de l'animal dans une institution ?
- * Nouvelle forme de thérapie ?

CONTENU :

- * Apports théoriques sur la relation animale :
 - L'histoire des rapports entre l'homme et l'animal.
 - La représentation des animaux dans notre quotidien.
 - Notions d'éthologie.
 - Les français et leurs animaux domestiques.
- * Expériences actuelles en relation avec l'animal dans des institutions.
- * Les limites de la relation :
 - Les abus de la relation.
 - Les droits de l'animal, le devoir des hommes.
- * Quel type d'animal avec quels publics ?
- * Réglementation en institution.
- * Les blocages à la présence d'animaux en institutions.
- * Elaboration d'un projet autour de la relation avec l'animal.

Selon les possibilités d'accueil, la visite d'un lieu pédagogique avec des animaux pourra être organisée.

METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES :

Apports théoriques. Exposés d'expériences, documents audiovisuels. Méthode participative à partir de l'expérience des stagiaires, projets.

PERSONNEL CONCERNE- PRE-REQUIS :

Tout personnel médical, social et éducatif.

FORMATEUR(S) / QUALITE : Nbre : 1

Educateur/conseil et intervenant dans le domaine de la relation Enfant-Animal.

NBRE DE PARTICIP : 12/14

DUREE : 5 jours

DATES :

LIEU :

2005 - du 30/05 au 03/06

PARIS

C.E.R.F. SA - B.P. 253 - 7 Rue du 14 Juillet - 79008 NIORT Cedex

SA au cap. de 100.000 € - R.C.S. NIORT : 92 B 176
Siret 342 268 331 000 28 - NAF 804 C

Tél. : 05 49 28 32 00
Fax : 05 49 28 32 02

COUT PEDAGOGIQUE NET : 942 €

Annexe IV : Diagnostic infirmier : Perturbation des relations sociales

Rapports sociaux insuffisants, excessifs ou inefficaces.

CARACTERISTIQUES DETERMINANTES

Malaise en société...
 Conduites inefficaces dans les relations sociales
 ...

FACTEURS FAVORISANTS

Obstacles à la communication
 Perturbation du concept de soi
 Altération des opérations de la pensée
 ...

INTERVENTIONS

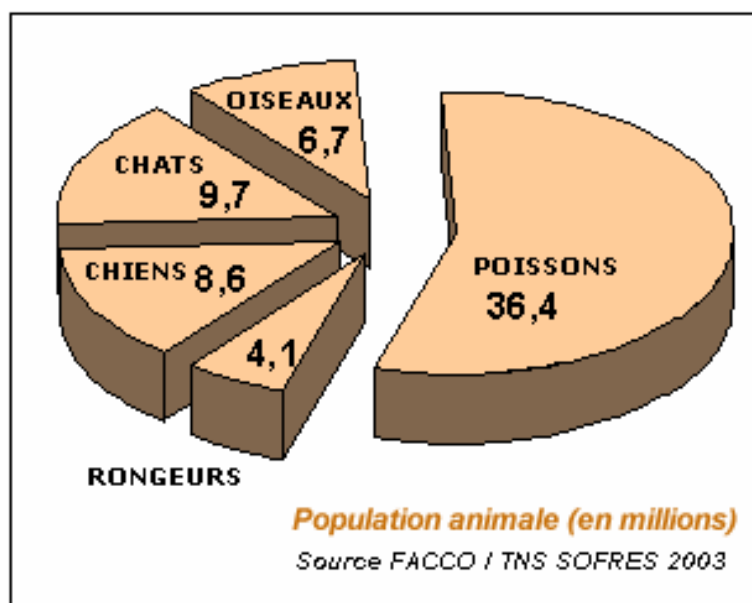
Soins relationnels

Amélioration de la socialisation
 Amélioration de l'estime de soi
 Animation
 Diminution de l'anxiété
Médiation par la présence d'un animal
 Stimulation cognitive
 ...

Soins à la famille

...

Pascal Annie, Frécon Valentin Eliane- Diagnostics infirmiers, interventions et résultats-
 Masson, Paris, 2000, pages 247-248.

Annexe V : Statistique : Répartition des animaux familiers dans les foyers français

bibliographie

OUVRAGES

Vernay Didier- Le chien partenaire de vies- Editions ERES, Ramonville Saint-Agne, 2003, 154 pages.

Bouchard Caroline, Delbourg Christine- Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé- Albin Michel, Paris, 1995, 264 pages.

Victor Jean-Louis- Ces animaux qui nous font du bien...- Editions Delville, Paris, 2004, 285 pages.

Pauchet-Traversat A-F- Soins infirmiers fiches techniques, 3^{ème} édition- Maloine, Paris, 2001, 767 pages.

Pascal Annie, Frécon Valentin Eliane- Diagnostics infirmiers, interventions et résultats- Masson, Paris, 2000, 605 pages.

Digonnet E., Friard D., Leyreloup AM., Rajablat M., -Schizophrénie et soins infirmiers- Masson, Paris, 2004, 296 pages.

ANDRE Pierre- Psychiatrie de l'adulte- Editions Heures de France, Thoiry, 1994, 253 pages.

Nouveaux Cahiers de l'infirmière-Sciences Humaines et Soins Infirmiers- n°6, Masson, page 72.

REVUES ET ARTICLES

Chédotal Florence-des médicaments sur quatre pattes-quotidien « La montagne »(Allier), 5 janvier 2005, page 3.

Castera Alain- dossier Schizophrénie - Santé Mentale, n°5, février 1996, page 22-25.

Vuillemenot Jean Luc- dossier l'Animal en institution pour personnes âgées- Soins gériatologiques, n°23, mai-juin 2000, page 4-15.

Barthalot Catherine- animation thérapeutique et thérapie facilitée par l'animal- Soins gériatologiques n°30, juillet-aout 2001, page 41-45.

Javel Patrick- des chiens qui donnent des ailes- Soins, n°679, octobre 2003, page 37-38.

Javel Patrick- Paris, le soignant aux pattes de velours- L'infirmière magazine n°180, mars 2003, page 34-35.

INTERNET

www.zoothérapie.com

www.zoothérapiequebec.ca

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Décret 2004.802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la Santé
Publique : www.Legifrance.gouv.fr

UN SOIGNANT QUI A DU CHIEN !**LA MEDIATION PAR L'ANIMAL : UNE STRATEGIE SOIGNANTE ?**

CHAMBENOIT Edith

La psychose isole le malade, elle l'enferme dans ses pensées, ses fantasmes, ses délires. De même elle coupe le patient de la réalité, le prive du plaisir, du désir, de la réalisation, du travail...

C'est contre tout cela que les soignants luttent jour après jour, dans la difficile prise en charge des patients schizophrènes. Pour ce faire, ils utilisent des « supports » de soins, que l'on appelle des médiations, par le biais d'activités.

Ce travail de recherche s'est intéressé au « chien médiateur », à l'instar d'autres pays tels que les Etats Unis ou le Canada, la France en est à ses balbutiements en matière de médiation par l'animal.

Force est de constater que le meilleur ami de l'homme, prend progressivement sa place dans les établissements de soins, et ce malgré de nombreux préjugés et réticences.

Seulement voilà, il s'avère que le chien présente des aptitudes susceptibles d'avoir des effets bénéfiques sur la santé mentale des patients : sa gaîté naturelle, sa spontanéité, sa sociabilité, sa capacité à diminuer l'angoisse, sa neutralité vis-à-vis de la personne malade (et bien d'autres) sont autant de qualités faisant de lui un allié de choix pour les soignants.

MOTS CLES : Alternative à l'hospitalisation
Patient schizophrène
Soins en psychiatrie
Médiation
Chien