

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières.....	1
Liste des figures	3
Liste des abréviations	3
1. Introduction	5
1.1 Motivations	5
1.2 Objectifs.....	5
1.2.1 Question de départ	6
2. Cadre conceptuel	6
2.1.1 Définition de l'Intervention Assistée par l'Animal	8
2.1.2 Quels animaux utiliser en IAA, avec quels patients et quel professionnel?	10
2.1.3 Les apports de l'IAA : les bénéfices et les limites	12
2.2 Santé mentale	14
2.2.1 Troubles et maladies psychiques	19
2.2.2 Quelques symptômes communs aux troubles psychiques	21
2.2.3 Handicaps psychiques et institutionnalisation	23
2.3 L'éducateur social.....	25
2.3.1 La pratique éducative	25
2.3.2 La notion de projet éducatif	29
2.3.3 Travail en équipe, travail interdisciplinaire	30
3. Problématique	32
3.1 Question de recherche	33
3.1.1 Hypothèses.....	33
4. Méthodologie.....	35
4.1 L'échantillon de recherche	36
4.1.1 Technique de récolte de données et risques liés à la démarche.....	37
5. Analyse des données recueillies.....	39
5.1 Hypothèse 1	39
5.1.1 Les ES face aux IAA.....	39
5.1.2 La relation.....	40
5.1.3 Visibilité, mesurabilité	40
5.1.4 Les effets de l'IAA.....	42
5.1.5 Les effets transposables	44
5.1.6 Synthèse de l'hypothèse 1	44
5.2 Hypothèse 2	45
5.2.1 Définition du Travail Interdisciplinaire (TI)	45
5.2.2 Le TI sur le terrain : admission et mise en pratique	46
5.2.3 Synthèse de l'hypothèse 2	48
5.3 Hypothèse 3	49
5.3.1 Protocole en cas d'absence aux IAA.....	49
5.3.2 Facteurs qui peuvent entraver la participation aux IAA.....	50
5.3.3 Évaluation de l'ES	51
5.3.4 Ressources à disposition de l'ES	53
5.3.5 Synthèse de l'hypothèse 3	54
5.4 Synthèse finale	54
6. Partie conclusive.....	58
6.1 Perspectives et pistes d'actions	58
6.2 Limites de la recherche	59
6.3 Bilan professionnel	60
6.4 Bilan personnel.....	60
6.5 Bilan méthodologique	61
6.6 Conclusion.....	61
7. Sources.....	62
7.1 Bibliographies	62
7.2 Articles.....	62
7.3 Sites internet.....	63

7.4	Rapports et conférences	64
8.	Annexes	66
A.	Grille d'entretien	66
B.	Retranscriptions d'un entretien.....	74
C.	Demande d'enquête	80
D.	Lettre consentement éclairé	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1: exigence santé mentale (Schuler & Burla, 2012, p. 7).....	15
Figure 2 : tableau récapitulatif des symptômes possibles chez un individu souffrant de troubles psychiques	23
Figure 3: interdisciplinarité entre ES et IAA.....	32
Figure 4: récapitulatif des six ES interrogés.....	37
Figure 5: effets de l'IAA	42
Figure 6: définition du TI par les ES	45
Figure 7: facteurs qui peuvent entraver la participation des résidents aux ateliers	50
Figure 8: ressources à disposition des ES.....	53

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AI :	Assurance Invalidité
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
CIM10 :	Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes dans sa dixième révision
CMS:	Centres médico-sociaux
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. En Français : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux dans sa cinquième révision.
ES :	Éducateur social, éducatrice sociale
IAA :	Intervention Assistée par l'Animal
LPA :	Loi fédérale sur la Protection des Animaux
MSP :	Maître Socio-Professionnels
OFAS :	Office fédéral des assurances sociales
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPan :	Ordonnance sur la Protection des Animaux
OSAV :	Office Fédéral de la Sécurité alimentaire et des Affaires Vétérinaires (OSAV)
PAI :	Plan d'Accompagnement Individualisé
PHI :	Programme Hebdomadaire Individualisé
SSED :	Suivis Socio-Éducatifs à Domicile
SSH :	Service Social Handicap
TAA :	Thérapie Assistée par l'Animal

TAC : Thérapie Avec le Cheval

TFA : Thérapie Facilitée par l'Animal

TI : Travail Interdisciplinaire

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, le thème de la santé mentale est particulièrement présent dans la société occidentale. La recherche du bien-être est un phénomène de mode actuel dont le but est de se ressourcer et de parer à de nombreux facteurs de stress de notre quotidien. Or, il arrive que des personnes n'aient pas ou plus les moyens de conserver un équilibre entre les ressources disponibles et la quantité d'exigences auxquelles elles doivent répondre. Cette barrière, si fine soit-elle, est représentative de la différence entre la santé mentale et le trouble psychique. Lorsque des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques se retrouvent dans l'incapacité de s'occuper d'elles-mêmes, une place leur est offerte en institution. C'est dans ce cadre que l'éducateur intervient. Ce professionnel du quotidien est présent pour accompagner la personne dans sa vie de tous les jours et pour lui permettre de retrouver une certaine stabilité dans son handicap psychique, tout en favorisant la découverte ou l'émergence de compétences. Les institutions proposent plusieurs prestations, en parallèle du soutien éducatif. Les Interventions Assistées par l'Animal peuvent, par exemple, en faire partie ; aujourd'hui, elles sont un phénomène de mode grandissant. C'est par cette porte d'entrée que j'ai décidé de m'intéresser à la thématique de l'animal en institution pour réaliser ce Travail de Bachelor.

1.1 Motivations

J'ai eu la chance de grandir dans une ferme et de participer aux travaux inhérents à l'exploitation agricole de mon père. J'ai ainsi grandi avec des animaux et je me suis toujours sentie dans une relation privilégiée avec ces derniers : j'ai trouvé auprès d'eux une oreille attentive quand j'en avais besoin et un refuge quand j'en ressentais la nécessité. Côtayer et travailler avec les animaux a contribué rapidement à développer quelques ressources et compétences chez moi, comme le fait de savoir prendre soin de quelqu'un, d'assumer une responsabilité importante, de faire preuve de bienveillance, etc. En est-il de même pour les personnes qui ont la possibilité, en institution, de côtoyer des animaux, par le biais d'une thérapie ?

Actuellement, je travaille dans une institution valaisanne de réhabilitation psychosociale pour des personnes atteintes de troubles psychiques, reconnus par l'assurance invalidité (AI). Dans le cadre de cette activité professionnelle, j'ai pu constater que, dans le travail social en général, les animaux étaient présents, par le biais de thérapies animales et d'accompagnements plus spécifiques, comme les chiens d'aveugles et les chiens d'assistance, pour ne citer qu'eux. Cette découverte a tout de suite réveillé mon intérêt. De plus, le handicap psychique me questionne et interpelle ma pratique professionnelle ; étant au début de ma carrière, je suis avide d'approfondir mes connaissances.

1.2 Objectifs

Voici deux objectifs que je souhaite atteindre, d'ici la soutenance de ce travail :

Étant passée d'une formation à plein temps à une formation en emploi, au cours de la deuxième année, je dois apprendre à articuler ce travail au sein d'une institution, en parallèle à la formation à l'HES.

- ❖ Tenir les échéances et les délais de la réalisation de ce travail écrit, afin de réussir et de valider cette recherche, en vue de l'obtention du diplôme d'Éducateur Social (ES).

Les différents apports théoriques et les recherches effectuées sur le terrain vont amener diverses réflexions en lien avec le métier d'ES. Ainsi, je dois être capable de prendre du recul et de questionner cette profession ainsi que ma pratique éducative, les apports théoriques et les pratiques de ce travail.

- ❖ Adopter une posture réflexive sur le métier d'éducateur et sur les thèmes développés.

1.2.1 Question de départ

La question de départ est, comme précisé précédemment, en lien avec la thérapie animale ou zoothérapie : « *Quelle est l'utilité de l'animal dans le milieu éducatif?* ». Les animaux ont une place importante et grandissante dans la société occidentale, par conséquent, également dans les institutions. Dans ces établissements spécialisés, l'animal en tant qu'outil semble être un questionnement pertinent à soulever.

Le risque majeur, auquel il faut être attentif, est d'éviter de se centrer uniquement sur l'animal, mais plutôt sur ce qu'il apporte au bénéficiaire. Ce qui est intéressant, dans le cadre de cette étude, c'est de pouvoir connaître et comprendre les apports des thérapies animales chez les individus qui la suivent et que les éducateurs côtoient.

2. CADRE CONCEPTUEL

À travers ce travail, je souhaite présenter plusieurs notions. Pour commencer, la définition de ce qu'est un animal sera précisée ainsi que les diverses appellations qui le représentent. L'animal a toujours été étroitement lié de différentes façons à l'homme, jusqu'à finir par être utilisé en thérapie. Ensuite, le concept de la thérapie animale sera délimité ainsi que ses effets et ses limites, pour saisir les apports de la thérapie facilitée par l'animal qui sont significatifs. Enfin, il sera précisé à quelles personnes celle-ci est destinée.

Pour continuer, par rapport aux premiers éléments découverts, la notion de la santé mentale sera éclaircie. Le fait que les IAA procurent une amélioration de l'état de santé humaine sera également analysé. Les questions suivantes se sont alors posées : que signifie être en bonne santé mentale et quelles sont les dimensions de cette notion ? Comment celle-ci se dégrade-t-elle et pour quelles raisons ? Ces interrogations m'ont poussée à définir la maladie psychique et à relever ses différents symptômes et conséquences sur la vie des personnes concernées. Les éléments qui différencient la possibilité de guérison et le risque de chronicité de la maladie seront également éclaircis, ce qui m'amènera vers l'institutionnalisation des personnes souffrant de handicaps psychiques sévères.

Pour le développement du concept éducateur social, les aspects suivants seront définis : les caractéristiques et le rôle de l'éducateur, sa fonction, la relation et la pratique éducative. Ensuite, le type de collaboration qui s'établit entre lui et la personne suivie sera délimité. Pour terminer, la manière dont cette collaboration s'instaure dans une relation tridimensionnelle entre la personne souffrant de troubles psychiques, l'éducateur et l'IAA sera étudiée. L'animal en intervention assistée

Tout d'abord, il paraît essentiel de définir ce qu'est un animal, afin de donner un point de départ à cette recherche. Selon le Larousse, l'animal est un « *Être vivant organisé, doué de mouvement et de sensibilité, par opposition à végétal ou minéral.* » (Larousse, 2013)

Plusieurs types d'appellation sont distingués pour les animaux : l'animal sauvage, l'animal domestique, l'animal de rente, l'animal de compagnie et l'animal familial.

Jean-Pierre Digard, anthropologue français, explique que l'animal sauvage est un animal qui n'entre pas en contact direct avec l'homme et qui ne subit pas des contraintes de ce dernier, en matière d'élevage, de captivité ou de domestication. Certains animaux peuvent être classés à la fois parmi les sauvages et les domestiqués, c'est-à-dire qu'il peut y avoir, dans une même race, des groupes d'animaux domestiqués et d'autres qui ne le sont pas. À titre d'exemple, il existe des chats sauvages et des chats apprivoisés. (Digard, 1990, p. 156)

En opposition à l'animal sauvage, l'animal domestique est au contact direct de l'homme, qui exerce sur lui une domestication continue. Celle-ci est dite « *continue* », en termes de temporalité (durée), car lorsqu'un animal n'est plus, pour une raison ou une autre, en contact avec l'homme, son instinct sauvage reprend le dessus (Digard, 1990, p. 177). Finalement, la barrière entre animal sauvage et animal domestique dépend principalement de l'intérêt et de l'utilité que lui porte l'homme. Certains animaux sont bien entendu plus enclins et plus habituellement domestiqués que d'autres. À ce propos, Digard explique que, selon l'époque à laquelle évolue l'homme et selon son besoin, certains animaux ont été plus facilement et plus rapidement domestiqués que d'autres. N'importe quel animal peut donc être considéré comme domesticable, à condition qu'il ait des interactions avec l'homme (Digard, 1990, p. 177).

L'animal de compagnie, lui, est considéré comme un animal domestique qui, en plus d'être apprivoisé, a une utilité différente que les animaux de production, de rente (dits d'élevage) ou ceux de laboratoire (Bruni, 2010, p. 24). Il n'est pas seulement domestiqué, mais, en plus, il sert de compagnie à l'homme qui, en échange, lui fournit les soins nécessaires à son développement. Certains animaux d'élevage peuvent donc aussi être perçus comme des animaux de compagnie, en fonction du type de relation qui les lie à l'homme.

Enfin, l'animal familier est celui qui vit dans le cercle familial d'une personne, quasiment au même titre qu'un membre à part entière de cette famille (Bruni, 2010, p. 31). Il fait partie de l'équilibre du système familial et lui donne un rythme, comme le ferait un enfant, par exemple. Dans cette définition, il y a une notion d'affectivité et de lien d'attachement très prononcé (Digard, 1990, pp. 231-234). Cette tendance à donner des traits de comportement et des qualités propres aux humains contribue à « *humaniser* » (Giffroy, 2002, p. 175) les animaux et à leur faire une place de plus en plus similaire à celle d'un être humain à part entière. Les hôtels réservés aux animaux ne sont qu'un exemple parmi d'autres qui illustre ces propos. En conclusion, la relation que l'homme instaure avec l'animal influence la manière dont ce dernier est nommé et considéré.

Dans ce travail, le focus a été mis sur les animaux domestiques ou de compagnie, qui évoluent dans notre société occidentale : les animaux de ferme qui n'ont pas une fonction d'élevage (chèvres, chevaux, vaches, ânes, poules, etc.), les rongeurs (lapins, hamsters etc.), les chiens, les chats et les oiseaux (perruches, colombes).

Lorsqu'un individu possède un animal de compagnie, l'animal est protégé par des lois spécifiques à sa condition. En Suisse, la loi actuelle sur la protection des animaux, établie depuis 2005, concerne les animaux vertébrés et leur assure une protection contre la douleur, les souffrances et l'angoisse. Cette loi a pour but de préserver la dignité et le bien-être de l'animal. Les conditions d'utilisation et de détention des animaux sont fixées par la loi fédérale sur la protection des animaux (LPA) et par l'ordonnance sur la protection des animaux (OPan).

Les animaux sont désormais considérés comme des êtres vivants sensibles et non plus comme des objets, comme ils l'étaient autrefois.

L'animal domestique de compagnie, comme décrit précédemment, prend une place toujours plus importante, au sein de notre société occidentale. Petit à petit, l'utilisation « traditionnelle » de ces animaux de compagnie a dérivé vers une utilisation à des fins thérapeutiques. Les animaux ont progressivement intégré les hôpitaux, les foyers pour personnes âgées, les milieux carcéraux, les institutions sociales et bien d'autres milieux encore. L'être humain a donc découvert que les animaux pouvaient apporter quelque chose de plus, difficilement mesurable, qu'une douzaine d'œufs ou deux vestes en cuir. Ils apportent de la compagnie, de la communication, de la présence, bref tout ce qui permet d'établir une relation.

Cette relation, retranscrite dans le domaine de la santé et du social, est nommée de diverses façons : zoothérapie, thérapie assistée par l'animal (TAA), thérapie facilitée par l'animal (TFA) ou encore médiation animale. « *L'intervention assistée par l'animal* » (IAA) (Maurer, Delfour & Adrien, 2008, p. 154) est l'appellation qui englobe tous ces termes ainsi que les activités assistées par l'animal qui ne sont pas forcément que thérapeutiques, mais qui remplissent plutôt des fonctions éducatives ou sociales. Les interventions à buts thérapeutiques et non thérapeutiques sont des pratiques « *qui engendrent des apprentissages permettant à la personne de surmonter les difficultés qu'elle rencontre.* » (Maurer, Delfour & Adrien, 2008, p. 154). Dans ce travail, les Interventions Assistées par l'Animal seront analysées, car elles incluent la notion d'apprentissage et n'excluent pas les fonctions éducatives et sociales.

2.1.1 Définition de l'Intervention Assistée par l'Animal

Il existe de multiples définitions pour expliquer ce qu'est l'Intervention Assistée par l'Animal. En voici deux qui ont été sélectionnées, parmi différentes lectures, car elles englobent les points principaux pour une définition complète.

La première est celle de Rachel Lehotkay, présidente de l'Association Suisse de Zoothérapie :

« La zoothérapie est un terme générique qui fait référence à toutes sortes d'interventions assistées par l'animal, c'est-à-dire des interventions encadrées par un intervenant dûment formé qui travaille accompagné d'un animal (ou des animaux) répondant à des critères bien définis. Elle se définit non pas comme une méthode mais comme un contexte d'intervention spécifique complémentaire aux interventions conventionnelles. La présence de l'animal permet ainsi de proposer des activités spécifiques qui ont pour but d'améliorer la santé mentale ou physique d'une personne, ou tout simplement sa qualité de vie. L'objectif de la zoothérapie peut donc être thérapeutique, préventif, social ou pédagogique. Parce qu'elle est complémentaire aux interventions conventionnelles, la zoothérapie peut être proposée par des professionnels issus de domaines différents. Enfin, pour ce qui est de l'animal, il doit être soigneusement sélectionné et son comportement doit être évalué avant de pouvoir travailler avec lui. Dans certains cas, notamment dans celui du chien, l'animal doit être éduqué, c'est-à-dire avoir une bonne éducation de base, voire davantage suivant la méthode de travail choisie. » (Lehotkay, 2015)¹

La deuxième définition de l'Intervention Assistée par l'Animal est la suivante :

¹ <http://www.rachelzoothérapie.ch/la-zooth-c3-a9rapie.shtml>.

« Une intervention individuelle ou en groupe au cours de laquelle un animal, répondant à des critères spécifiques et introduit par un intervenant qualifié, fait partie intégrante du processus thérapeutique. Le but est d'améliorer le fonctionnement cognitif, physique, émotionnel ou social d'une personne. Cette pratique doit être évaluée. » (Maurer, Delfour & Adrien, 2008, p. 154)

Quatre critères ont été relevés de ces deux définitions :

- ❖ L'animal doit correspondre à des critères de sélection spécifiques ; il doit également avoir été éduqué et formé.
- ❖ L'intervenant doit être un professionnel ayant reçu une formation.
- ❖ L'intervention doit faire partie d'un processus thérapeutique, elle est complémentaire au reste de la prise en charge.
- ❖ Le but à atteindre doit correspondre à l'amélioration ou au maintien de la santé d'une personne sur différents aspects (physique, psychique, cognitif, émotionnel et social).

« La pratique de la zoothérapie requiert de l'intervenant la connaissance de l'humain ET de l'animal. Il est en effet primordial de savoir non seulement aborder la personne en demande mais aussi de travailler dans le respect de l'animal, en tenant compte de ses capacités et de ses limites². »

La première fois que l'homme a utilisé les animaux pour améliorer ou maintenir la santé humaine remonte au Moyen-Âge. Bernard Belin (2000), éducateur social, explique qu'une trace, plutôt imprécise, de cette utilisation date du XI^e siècle : en Belgique, des convalescents devaient s'occuper, durant la journée, d'oiseaux. La première trace précise de cette forme de thérapie date de 1792 ; dans ce cas, il est question d'apprendre « aux malades mentaux à prendre soin des petits animaux, entre autres activités en contact avec la nature afin de leur rendre confiance en eux. » (Belin, 2000, p.18)

En 1867, c'est auprès de personnes épileptiques, dans un institut en Allemagne, que se retrouvent des oiseaux, des chiens et des chats. Le cheval, comme aide à la rééducation, semble être utilisé depuis 1901. Après la Première Guerre mondiale, aux États-Unis, des chiens ont été introduits dans certains hôpitaux auprès des rescapés de guerre, hospitalisés en unité psychiatrique. Dès 1942, toujours aux États-Unis, l'American Red Cross permettait aux convalescents et aux blessés de la Seconde Guerre de s'occuper des animaux d'élevage attendant à l'hôpital, dans le but d'améliorer leur moral. Cependant, aucune preuve scientifique ne rend compte des effets de ces premiers essais de l'IAA. (Belin, 2000, pp. 18-19)

C'est seulement vers 1960 qu'une première théorie scientifique est amenée par Boris Levinson, pédopsychiatre américain, décrite comme étant à l'origine de l'IAA. Un peu par hasard, il prit avec lui son chien, lors d'une consultation avec un jeune enfant autiste qui refusait de parler. Cette fois-là, le garçon s'est intéressé au chien du Dr. Levinson et c'est apparemment grâce à ce moyen qu'ils ont pu commencer à communiquer. Le chien a donc permis d'établir le contact entre eux. Le docteur continua, par la suite, à prendre son chien lors des séances et il développa le concept de la « *pet-oriented child psychotherapy basée sur le fait qu'en psychologie infantile, l'apprentissage se fait par le jeu.* » (Belin, 2000 p. 19)

² <http://www.zootherapiesuisse.ch/definition.htm>.

2.1.2 Quels animaux utiliser en IAA, avec quels patients et quel professionnel?

Comme expliqué dans le chapitre précédent, plusieurs types d'animaux ont été utilisés et plusieurs sortes de population ont été amenées à s'occuper d'eux. Qu'en est-il de l'IAA telle qu'elle est connue aujourd'hui ?

L'IAA est une intervention qui ne vise apparemment aucun public spécifique. Elle est ouverte à tous types d'individus qui en éprouvent le besoin durant une période de leur vie ou durant leur vie entière.

« [...] que ce soit à domicile ou dans le milieu familial ou dans le milieu institutionnel, et ceci aussi bien pour des personnes malades somatiques ou mentales, des personnes handicapées mentales ou moteurs ou non voyantes, des personnes âgées en perte d'autonomie, etc. » (Belin, 2000, p. 47)

Il a été remarqué que plusieurs essais d'intervention, décrits par Bernard Belin, ont été réalisés auprès de patients en hôpital psychiatrique qui ne semblaient pas répondre aux traitements psychotiques de base et aux thérapies conventionnelles (Belin, 2000, pp. 18, 21,50).

Dans la littérature parcourue, aucune référence concernant la typologie des animaux utilisés en IAA n'a été trouvée. Cependant, le chien est le plus utilisé, viennent ensuite, dans le désordre, le chat, le cheval, le lapin et les oiseaux (Belin, 2000, p. 47). Par contre, la capacité d'apprentissage de l'animal semble essentielle ainsi que son éveil, son intelligence et son intérêt à entrer en relation avec des individus. Finalement, l'animal est sélectionné d'après son caractère et ses compétences. Le thérapeute peut alors plus facilement le former et l'utiliser dans le cadre de ses interventions (Lehotkay, 2015)³.

De plus, la personne doit également vouloir entrer en relation avec l'animal, celui-ci doit lui plaire. Il faut donc adapter le type d'animal au type de population avec laquelle il doit travailler. Par exemple, une personne qui n'apprécie pas un chien ou qui en a la phobie n'aura aucun intérêt à suivre une IAA avec cet animal et l'intervention n'obtiendra pas l'effet recherché, car il n'y aura pas de communication entre eux (Schaad, 2015, p. 21).

Certains animaux ont des prédispositions pour certains rôles de l'IAA. Un équidé (cheval, âne, etc.), par exemple, sera utilisé pour calmer une personne qui aurait tendance à être très agitée. Si la personne a de la peine à se contenir, l'équidé va le ressentir et l'approche sera très compliquée et hasardeuse. Un chien vif et énergique permettra de motiver la personne faire des efforts physiques, car il faudra le sortir pour qu'il se dépense (Lehotkay, 2015)⁴.

À présent, l'intérêt est porté au type de personnes qui peuvent mettre en pratique l'IAA. Rachel Leothkay explique, sur son site internet⁵, qu'il existe plusieurs acteurs de ces interventions.

- ❖ Le zoothérapeute est avant tout un thérapeute diplômé et reconnu qui s'est spécialisé dans le domaine animal et qui exerce avec les animaux dans sa pratique professionnelle.
- ❖ L'intervenant en zoothérapie est une personne qui a une formation dans le domaine de la santé ou du social et qui se spécialise, par la suite, dans l'IAA.

³ <http://www.rachelzoothérapie.ch/la-zooth-c3-a9rapie.shtml>.

⁴ *Id.*

⁵ *Id.*

- ❖ Les adjoints en zoothérapie ont également une spécialisation dans le domaine de l'IAA, mais ils n'ont pas de formation antérieure dans le domaine de la santé ou du social.
- ❖ Les non-diplômés et les bénévoles sont des personnes non formées, mais qui participent aux IAA.

La spécialisation en zoothérapie n'est pas officiellement reconnue, en Suisse, pour le moment (Lehotkay, 2015).

« Une formation en zoothérapie se fait la plupart du temps sous forme de spécialisation dans le cadre d'une formation post-grade. En effet, étant donné toutes les applications possibles, l'animal pouvant être introduit dans de multiples situations, il n'est pas possible de faire une formation qui engloberait toutes les professions impliquées (psychologie, éducation, animation, etc.). C'est pour cette raison qu'il est indispensable d'avoir fait au préalable une formation reconnue dans le domaine pédagogique, de la santé ou du social. » (Lehotkay, 2015)⁶

En conclusion, les cinq aspects suivants ont pu être relevés :

- ❖ Le choix du type d'animal utilisé dépend de sa capacité à correspondre aux critères de la formation.
- ❖ La personne doit porter un intérêt envers l'animal présent, les affinités de chacun doivent être respectées.
- ❖ Le but de l'intervention et le type de population est un critère permettant de sélectionner un animal plutôt qu'un autre.
- ❖ Le type de population à pouvoir participer aux IAA n'est pas totalement libre : la personne doit avoir un intérêt pour les animaux et ne doit pas présenter d'agressivité ou de comportement maltraitant envers eux.
- ❖ La formation pour l'IAA est une formation post grade qui n'est pas encore reconnue en Suisse. Cependant n'importe qui peut, s'il en a envie, pratiquer l'IAA, car ce métier n'est pas protégé par une loi ou une convention.

Aucune information n'a été trouvée, concernant le coût, la fréquence et la durée d'une IAA. Je suis alors allée à la rencontre de Sonia Gey-Fabry, qui est zoothérapeute depuis plus de dix ans et qui est domiciliée à Nendaz. Une séance d'IAA chez une personne âgée a pu être observée, puis un entretien d'environ une heure a été mené avec Sonia. Voici les principaux éléments qui en sont ressortis :

- ❖ Il n'existe pas de réglementation claire quant aux coûts, la durée ni la fréquence des IAA.
- ❖ Le coût d'une séance individuelle se situe environ entre 80 et 120 CHF et n'est pas remboursé par les caisses maladies. Cependant, si un partenariat est réalisé ou si une institution engage un professionnel des IAA, le salaire est fixé mensuellement, par exemple, et non à la séance.

Ces interventions durent, en moyenne, une heure et ne dépassent pas, en général, deux heures. Parfois, les premières interventions ne durent que quelques minutes, puis les suivantes se rallongent et s'adaptent au cas par cas. Au fil du temps, les participants font connaissance avec l'animal et prennent leurs marques ; ils s'appivoisent mutuellement. Il

⁶ *Id.*

est important de préserver la santé de l'animal et celle du bénéficiaire, en évitant d'allonger les séances qui peuvent être épuisantes psychiquement et physiquement. La fréquence dépend de divers facteurs et se définit au cas par cas, selon les disponibilités des deux parties et la nature du trouble dont souffre le bénéficiaire.

Pour Sonia Gex-Fabry, les effets positifs des IAA sont visibles à différents moments. À court terme, durant la séance et jusqu'à la séance suivante, elle peut observer une amélioration, même si celle-ci est « *minime* », selon ce qui a été travaillé et/ou l'intérêt plus ou moins important du participant à suivre ces séances. À moyen terme, elle remarque que, d'une séance à une autre, le bénéficiaire ressent « *presque de l'impatience* » qui se traduit par une motivation toujours plus grandissante. Elle reçoit également des commentaires des proches ou des professionnels qui expliquent leurs observations, faites hors IAA. Elle décrit également qu'après une pause pour des vacances, par exemple, le bénéficiaire n'a souvent aucune peine à se remettre « *dans le bain* » et qu'il peut poursuivre les exercices quasi directement. À long terme, elle exprime qu'elle entend des retours souvent positifs des familles ou des professionnels au sujet du bénéficiaire qui arrive à transposer ce qu'il a travaillé lors des séances dans son quotidien. Elle prend l'exemple d'une dame agoraphobe qui faisait de l'hyperventilation et des crises d'angoisse, dès qu'elle se retrouvait entourée de plus de quelques personnes. Au bout de deux ans, cette dame a pu se rendre à nouveau dans les centres commerciaux sans se sentir mal. Elle explique également que même si cela est parfois difficile pour elle, son travail a atteint son but, lorsque le bénéficiaire n'a plus besoin de la compagnie de ses animaux et qu'il ne participe plus aux séances d'IAA. Cependant, elle dit clairement que le taux de réussite des IAA n'est pas de 100%, mais qu'il est important de valoriser et de se rendre compte des évolutions de la personne, même si celles-ci ne sont pas autant évidentes qu'espéré. Certains bénéficiaires ont besoin « *à vie* » des séances d'IAA, car celles-ci leur permettent de canaliser ou d'extérioriser des émotions, ce qui contribue à rendre leur quotidien plus agréable à vivre, pour eux et pour leurs proches.

2.1.3 Les apports de l'IAA : les bénéfices et les limites

Maintenant que les essais et le début de l'Intervention Assistée par l'Animal ont été exposés ainsi que la définition complète de ce concept et les différents acteurs impliqués, les effets de ces interventions seront abordés. Les effets de cette intervention sur l'être humain sont au centre de ce travail, car je souhaite les comprendre et savoir de quelle manière utiliser ces informations en tant qu'éducatrice.

« Que cela soit pour des enfants avec un trouble du comportement, des personnes handicapées physiques ou des personnes âgées souffrant de solitude (pour ne citer que ces exemples), la présence d'un animal est bénéfique à plusieurs niveaux. Ainsi, l'animal nous permet d'exprimer notre affection, il permet de développer les interactions sociales, il contribue à un sentiment d'acceptation inconditionnelle, il diminue le stress, il permet d'augmenter l'estime de soi, il réduit l'anxiété et la dépression, il est une source de motivation pour l'apprentissage, il permet une stimulation des fonctions cognitives et sensorielles, ainsi que des habiletés perceptivo-motrices, et enfin, il offre un contexte normalisant à la thérapie. En fait, la présence de l'animal "humanise" la thérapie. » (Lehotkay, 2015)⁷

Pour réussir à obtenir une liste représentative, mais de loin pas exhaustive, des apports de l'Intervention Assistée par l'Animal, je me suis référée à plusieurs auteurs tels que Belin

⁷ <http://www.rachelzoothérapie.ch/la-zooth-c3-a9rapie.shtml>.

(2000), Bruni (2010), Kohler (2009), Pralong (2004), Maurer, Delfour & Adrien (2008). Les différents sites internet concernant la zoothérapie et les IAA ont permis de compléter ces listes. Puis, il a été décidé de classer ces apports en quatre sections, pour davantage de clarté.

Plan physique : les IAA augmentent l'effort physique, rythment et donnent des repères dans la journée, améliorent le souffle et la tension artérielle, offrent un contact physique, renforcent les habiletés motrices, permettent une stimulation sensorielle, etc.

Plan psychologique : elles offrent un effet anxiolytique, permettent de diminuer l'angoisse, ont un effet apaisant, améliorent l'estime et la perception de soi, offrent un rôle valorisant et du soutien, deviennent un réceptacle émotionnel, augmentent le sentiment d'efficacité personnelle et la confiance en soi, permettent une meilleure gestion émotionnelle, etc.

Plan social : elles sont un facilitateur d'interactions entre les individus, évitent l'isolement social et la solitude, comblent un besoin d'amour et d'affection, augmentent l'autonomie, améliorent la communication gestuelle et non verbale, etc.

Plan cognitif : elles offrent un rôle responsabilisant, permettent un apprentissage lié à la connaissance des animaux (soins, etc.), facilitent le travail de verbalisation (ordres clairs et toujours identiques), aident à la motivation, deviennent un initiateur de mobilité, etc.

L'effet « *boule de neige* » est présent. C'est-à-dire que lorsqu'une amélioration physique se produit, une progression sur le plan psychique est généralement constatée et vice versa (Kolher, 2009).

En résumé, l'IAA est un outil qui apporte de nombreux bénéfices qui sont regroupés sous l'amélioration de la santé humaine sur différents aspects cognitif, sociaux, physiques et psychologiques.

Malgré ces nombreux apports bénéfiques, il existe quelques limites qu'il est nécessaire de citer et de prendre en considération. Tout d'abord, il faut avoir conscience que la plupart des personnes qui ont décrit les effets de l'Intervention Assistée par l'Animal en sont des fervents convaincus. Peu d'auteurs externes à ce type d'intervention ont analysé scientifiquement ces effets. Cependant, l'analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal de Maurer, Delfour et Adrien a été effectuée par des personnes externes à cette pratique. Ces derniers expliquent que bien que ces effets aient été observés, il est difficilement possible de ne les attribuer qu'à la présence animale. En effet, de nombreux biais existent dans les différentes méthodologies employées dans les dix recherches analysées. Plusieurs facteurs externes à l'animal seraient également à prendre en compte. Ils expliquent que les effets observés sont donc bien présents, mais qu'ils restent prudents quant à l'interprétation des données analysées (Maurer, Delfour & Adrien, 2008, p. 155).

D'autre part, il semble impossible de généraliser l'introduction d'une IAA pour tous, car certaines personnes ne portent aucun intérêt aux animaux. D'autres individus ont des antécédents particuliers, comme de la maltraitance envers les animaux ou une agressivité trop présente, qui ne permettraient pas le travail avec l'animal. Certaines caractéristiques, autant chez l'individu que chez l'animal, sont donc parfois incompatibles avec ce type de thérapie (Kolher, 2009, p. 199). De plus, une part d'imprévisibilité perdure toujours, car il est impossible de contrôler totalement les réactions d'êtres vivants.

Une autre limite assez claire reste celle de la capacité de l'individu (Kolher, 2009, p. 119). Peu importe la portée de l'IAA, un individu, au bout d'un certain temps, n'évolue plus dans ses capacités : l'IAA ne peut pas rendre la vue à un aveugle, par exemple. Ce cas particulier illustre bien que, comme dans toute thérapie, il est impossible d'aller au-delà des capacités maximales de chacun. Enfin, il faut rester attentif à la manière dont l'animal est défini dans

une IAA : il est bien un outil, ou « *un vecteur dans un cadre humanisé* » (Tribet, Boucharlat & Myslinski, 2008, p. 186), mais il n'a pas la qualification d'un thérapeute :

« Il nous paraît néanmoins opportun de rappeler que le chien a la qualité de ne pas avoir de désir en particulier pour la personne et de ne pas vouloir la soigner. Nous nous intéressons de ce fait à ce que, de façon non intentionnelle, le chien renvoie au sujet [...] et à comment le thérapeute peut se saisir de ce que l'animal mobilise chez la personne [...] pour l'utiliser dans une dimension relationnelle et thérapeutique. » (Tribet, Boucharlat & Myslinski, 2008, p. 186)

Une limite que soulève Sonia Gex Fabry⁸ est celle de la santé et de l'hygiène de l'animal. En effet, les risques sont moindres de transmettre des maladies à l'homme, mais ils ne sont pas inexistantes. Les animaux doivent être approuvés, contrôlés et revus régulièrement par le vétérinaire cantonal, afin d'écartier tout risque au niveau du comportement et de l'état de santé de l'animal. Prendre correctement soin des animaux est l'un des rôles obligatoires de l'intervenant IAA. Il doit également veiller à ce que l'animal ait une hygiène totale, car celui-ci travaille régulièrement avec différents individus. Sonia a donné l'exemple d'un monsieur d'un certain âge qui voulait toujours porter à sa bouche les petites crottes des lapins. Pour cette raison, le travail a dû être interrompu.

Il est important de prendre en considération ces limites, afin de garder un regard objectif concernant l'IAA. Finalement, malgré les quelques difficultés à prouver le lien de cause à effet, ces derniers sont présents, car ils sont ressentis par les bénéficiaires volontaires de cette intervention.

2.2 Santé mentale

Tout d'abord, afin de faire le lien avec le chapitre précédent, j'ai conscience que les études qui ont été réalisées à propos des effets bénéfiques des IAA ont, la plupart du temps, été menées par des personnes convaincues de leurs effets positifs. Il peut donc être supposé qu'elles sont, en partie, influencées dans leurs propos. Ensuite, beaucoup trop d'éléments varient d'une étude à une autre, comme l'ont souligné Maurer, Delfour & Adrien (2008) dans leur analyse, pour pouvoir réellement effectuer une étude comparative poussée : trop de facteurs différents (âge, sexe, diagnostic, espèces animales) qui entrent en jeu dans ces recherches, pour pouvoir les comparer méthodologiquement les unes aux autres. Cependant, et c'est sur cet élément que je souhaite m'arrêter, un réel impact positif, sur le plan de la santé humaine, est décrit et prouvé, grâce à ces recherches. L'introduction d'un animal, lors de thérapies ou diverses activités éducatives, a une influence nette sur la santé du bénéficiaire et principalement sur sa santé psychique. C'est pour cette raison qu'il semble important de définir les notions de santé mentale et de troubles psychiques. Une population spécifique n'a donc pas été ciblée, comme cela aurait pu être réalisé avec les chiens d'assistance et les personnes souffrant de handicap moteur. Ce travail s'oriente vers les troubles psychiques et donc la santé mentale, car les effets reconnus de l'IAA se centrent plus sur des apports positifs sur le plan psychique de l'être humain en général. Les IAA sont des interventions ponctuelles, au contraire des chiens d'assistance, par exemple, qui eux sont une aide quotidienne ciblée pour des personnes souffrant de handicap moteur.

Dans une approche biopsychosociale, la santé mentale ou santé psychique est un des aspects de la santé humaine. Bien qu'interdépendante de la santé physique et sociale, la santé

⁸ Intervenante assistée par l'animal à Nendaz reconnue et diplômée.

mentale en elle-même comporte de nombreux aspects complexes qu'il est nécessaire de définir et de comprendre, dans le cadre de ce travail.

La santé mentale est « *un état de bien être psychique émotionnel et cognitif*⁹ » qui comprend plusieurs dimensions (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, p. 12) :

- ❖ Le bien-être personnel,
- ❖ La satisfaction d'exister,
- ❖ La confiance en soi,
- ❖ La capacité relationnelle,
- ❖ L'aptitude à gérer sa vie au quotidien,
- ❖ L'aptitude à exercer une profession,
- ❖ La capacité à participer à la vie collective.

« *Une personne se sent psychologiquement en bonne santé lorsqu'elle peut exploiter son potentiel intellectuel et émotionnel, faire face au stress normal¹⁰ de la vie, travailler de manière productive et fructueuse et apporter une contribution à la communauté.* » (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, p. 12)

Un individu qui se sent en bonne santé psychique, croit en sa propre valeur et en sa dignité. Il développe plusieurs compétences personnelles, comme une estime de soi stable, une identité solide, un sentiment d'efficacité personnelle et une autodétermination qui lui permettent d'assumer les différents rôles de sa vie et qui font de lui un être optimiste, confiant et équilibré (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, p. 12).

« *La santé psychique requiert un équilibre entre ce qui est exigé de nous et les ressources dont nous disposons.* » (Schuler & Burla, 2012, p. 7)

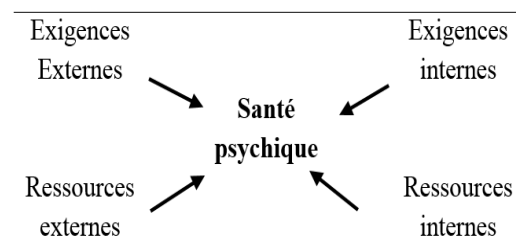


Figure 1: exigence santé mentale (Schuler & Burla, 2012, p. 7).

Différents facteurs de risque ou d'exigences peuvent survenir durant la vie d'une personne. Ces facteurs, qui provoquent du stress à plus ou moins forte intensité, sont à l'origine d'une perte d'équilibre dans la santé mentale d'un individu et donc de l'augmentation de la probabilité de développer un trouble. Bien entendu, chaque individu, de par sa personnalité, réagit plus ou moins intensément à chaque facteur, selon le degré d'importance qu'il y attache et les ressources qu'il a à disposition.

À l'inverse, divers facteurs de protection ou de ressources permettent de gérer ou de diminuer le stress et de favoriser l'adaptation d'un individu, afin qu'il (re)trouve un bien-être et un équilibre psychique. La liste ci-dessous, non exhaustive, démontre quels sont les facteurs de risque qui peuvent péjorer l'état de bien-être psychique émotionnel et cognitif (santé mentale) d'un individu, et les ressources qui contribuent, à l'inverse, à l'améliorer. Ces déterminants ne sont, bien entendu, pas forcément tous présents au même moment et peuvent varier d'un

⁹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

¹⁰ Par *normal*, il est entendu ici le niveau de stress moyen et classique (décès, séparation, etc.) qu'un individu rencontre durant sa vie ainsi que les phases de transition entre deux phases de vie (adolescence-âge adulte, par exemple).

individu à un autre. Les facteurs influençant la santé mentale sont d'origines multiples, ils sont internes et externes à l'individu (Schuler et Burla, 2014, pp. 11-13) :

Biologiques : prédispositions génétiques neurologiques et biochimiques (âge, sexe, constitution, résistance physique, problèmes de santé, infirmité, etc.).

Psychologiques : capacité d'adaptation, bien-être psychique, estime de soi, satisfaction, identité, sentiment d'efficacité personnelle et de maîtriser sa vie, etc.

Sociaux : environnement social, inclusion sociale, relations sociales, circonstances dans lesquelles un individu naît, grandit et vit, contexte familial, événements durant la petite enfance, etc.

Socio-économiques : accès et niveau de formation, activité professionnelle (chômage, perte ou stabilité de l'emploi, etc.), appartenance dans la société, revenu financier déterminant la qualité de vie, etc.

Socio-culturelles : valeurs de la société, marge de liberté, pouvoir de décision, choix, repères et normes, égalité des chances, Droits de l'Homme, etc.

Institutionnelles : accès à l'aide formelle, législation et sécurité, etc.

Écologiques : accès à l'habitat, environnement physique (qualité de l'air, eau, sol, aliments), catastrophes naturelles, protection des milieux naturels, déchets, bruits, etc.

« La santé psychique requiert une adaptation constante et active à des réalités objectives et subjectives qui évoluent sans cesse. Elle peut être entendue comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, socioéconomiques, socioculturels et institutionnels. Elle n'est pas seulement un résultat des dispositions personnelles et des comportements du sujet, mais un processus dynamique à plusieurs niveaux, influencé à la fois par des paramètres individuels et par des facteurs exogènes. » (Schuler & Burla, 2012, p. 7)

La santé mentale est donc l'aptitude du psychisme à fonctionner de manière harmonieuse, agréable et efficace, tout en affrontant les situations difficiles mais normales de la vie, avec pour finalité de toujours (re)trouver un (nouvel) état d'équilibre.

« Il est quasiment impossible de donner une définition complète de la santé mentale, tant celle-ci est liée aux valeurs sociales et culturelles en vigueur dans une société. » (Schuler & Burla, 2012, p. 7)

La santé mentale est vue comme un « *continuum entre deux pôles que sont la santé et la maladie mentale.* » (Schuler & Burla, 2012, p. 7). L'individu navigue entre ces deux pôles, au fur et à mesure de sa vie et des facteurs qui l'influencent. La santé mentale reste donc un état évolutif et dynamique qui est mesurable sous différents aspects internes et externes à l'individu. Cependant, il s'avère parfois nécessaire et judicieux d'avoir une vision plus dichotomique de la santé mentale et de la maladie dans la pratique. Le fait de classer, de poser un diagnostic, permet au psychiatre de prendre des décisions utiles et de venir en aide à un individu, grâce aux réponses données par l'assurance maladie ou des services sociaux. Les outils les plus connus, pour déterminer l'état de santé mentale, sont actuellement le DSM-5 et la CIM 10 (Schuler & Burla, 2012, pp.7-8). Ces outils de classification sont révisés assez régulièrement, afin d'évoluer en même temps que les découvertes scientifiques, les nouvelles approches et les nouvelles théories concernant les maladies.

2.2.1 Troubles et maladies psychiques

Maladies ou troubles psychiques ? Le terme « *trouble psychique* » semble être « *plus général et moins arbitraire* » (Schuler & Burla, 2012, p. 7) et sous-entend un dysfonctionnement, tandis que le terme « *maladie psychique* » suggère la responsabilité de l'individu et le mot maladie revêt une plus grande importance, bien qu'ils aient tous deux la même finalité (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, p. 15).

Les troubles psychiques sont définis comme suit par l'OMS :

« *Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou une altération des fonctions mentales.* » (OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2001, p. 37)

Cet extrait signifie qu'un individu souffrant de troubles psychiques a une dégradation dans sa façon de percevoir, de ressentir, de voir, de réagir, de se comporter et de comprendre une situation donnée. Cette altération, chez l'individu, est synonyme d'incompréhension, de souffrance et amène de nombreuses répercussions sur sa vie et celle de son entourage.

« *Les troubles psychiques peuvent se manifester par des limitations émotionnelles, cognitives, comportementales, physiques, ou par une forme d'inaptitude aux relations personnelles.* » (Schuler & Burla, 2012, p. 7)

Pour rappel, les facteurs de risque et le stress engendré par ces derniers sont les causes d'une perte d'équilibre au niveau de la santé mentale. Ce déséquilibre rend l'individu vulnérable qui se retrouve dans un état de crise psychique, appelée aussi décompensation.

« *Une maladie psychique est handicapante dans la vie quotidienne : elle peut avoir un impact au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel, physique et comportemental. Il est fréquent qu'elle affecte plusieurs domaines de la vie (famille, activité professionnelle, loisirs, etc.) et qu'elle réduise la qualité de vie.* » (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, p. 15)

Il arrive que des changements de comportements ou d'affects surviennent à un moment donné chez un individu, tout en restant dans les limites de la « *normalité* », sans pour autant qu'ils soient pathologiques. Il est alors important de différencier ces types de comportement des troubles psychiques.

« *Un épisode unique de comportement anormal ou un dérèglement de l'humeur de courte durée n'est pas en soi l'indice d'un trouble mental ou du comportement. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante.* » (OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2001, p. 37)

La maladie psychique n'est pas, à proprement dit, une maladie mortelle. Par contre, elle peut engendrer des conséquences graves d'invalidité, voire même de suicide (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, p. 15). Cette souffrance psychique, physique et sociale a également des répercussions sur l'entourage de l'individu. En effet, les proches sont les principaux « *soignants* » ; à cela s'ajoutent la surcharge émotionnelle, les différents symptômes et la stigmatisation des troubles psychiques qu'ils doivent surmonter (OMS, Investir dans la santé mentale, 2004, p. 12).

Les conséquences d'un trouble psychique sont importantes et péjorent fortement l'individu dans son quotidien. Sa vie sociale, professionnelle et familiale est fortement atteinte, car l'individu

est principalement restreint dans sa capacité d'entrer en relation et de communiquer avec les autres. Le trouble psychique a de nombreuses répercussions sur les AVQ (activités de la vie quotidienne), car tout prend une ampleur différente avec les symptômes et la souffrance engendrés par ces troubles.

La prévention primaire des troubles psychiques essaie, par le biais d'instances sociales, de lutter contre les mauvaises conditions de réhabilitation, la stigmatisation et l'isolement social des individus souffrant de troubles psychiques. La prévention secondaire tente de mettre l'accent sur le « *dépistage précoce* » des troubles psychiques, par la formation des professionnels et l'information au public, afin que tous soient à même de remarquer certaines prémices dans le comportement des individus touchés et sachent vers qui/quoi s'adresser dans ce cas. Enfin, la prévention tertiaire optimise les prises en charge thérapeutiques et éducatives, dans le but d'éviter les récurrences et la chronicisation des maladies psychiques (Rouillon, 2008, p. 69).

Il existe une grande quantité de classifications, concernant les troubles psychiques, qui contiennent elles-mêmes des catégories et des sous-catégories lesquelles regroupent encore autant de spécificités qu'il existe d'êtres humains, sans parler des comorbidités¹¹. Par contre, il est possible de répartir en quelques catégories, les principaux troubles psychiques (Bürli, Amstad, Duetz & Schibli, 2015, pp. 15-16 ; Dortier, 2010, p.3 ; Rouillon, 2008, pp. 63-70), comme expliqué brièvement ci-dessous.

Les troubles de l'humeur (troubles affectifs) débutent vers l'âge de 20 ans et touchent autant les hommes que les femmes, même si celles-ci seraient plus disposées à la dépression. Ils affectent particulièrement le côté émotionnel et l'énergie. Les dépressions et les troubles bipolaires sont également des troubles de l'humeur. L'absence de joie de vivre, d'énergie et d'intérêt sont les principaux symptômes du pôle de la dépression. Le pôle opposé à la dépression, la manie, est un état d'agitation, d'hyperactivité, de flots d'idées et d'exaltations inépuisables. Le trouble bipolaire, appelé autrefois trouble maniaco-dépressif, se caractérise par une alternance d'épisodes dépressifs et maniaques, de durées variables. Les troubles de l'humeur sont difficilement diagnostiqués au départ, il se passe alors quelques années avant leur prise en charge.

Les psychoses sont des altérations de la personnalité et de la perception. Elles débutent généralement vers 15-25 ans et durent toute la vie. La schizophrénie est une psychose avec des manifestations délirantes (fausses convictions, croyances, persuasions illogiques), des troubles de la pensée et des hallucinations (perceptions sensorielles). Il existe différentes formes de schizophrénie (indifférenciée, paranoïde, catatonique, hébéphrénique, mixte, etc.). Le sentiment de division et de déchirement intérieur est propre aux différentes psychoses. Les psychotiques ont une perception distordue de la réalité. Les schizophrènes représenteraient le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé.

Les troubles névrotiques (névroses) et les troubles somatoformes sont dominés par des symptômes d'anxiété et de compulsions qui influencent les émotions et le schéma de comportement. Les troubles somatoformes sont des troubles physiques qui ne sont associés à aucune cause organique manifeste. La névrose recouvre plusieurs troubles psychiques (phobies sociales, troubles compulsifs, troubles anxieux, stress post-traumatique, etc.). Les névroses

¹¹ Ce terme désigne, en médecine, des maladies et/ou divers troubles s'ajoutant à la maladie initiale. À noter que ces maladies *secondaires* peuvent être directement dues à la première ou, au contraire, ne pas avoir de liens apparents avec celle-ci. Pour donner un exemple, le diabète est une maladie présentant une forte comorbidité : il est fréquent que d'autres maladies y soient associées. En psychologie, le terme revêt un sens différent : il est ainsi appliqué lorsque plusieurs diagnostics sont émis pour le même individu. Le malade peut pourtant très bien n'avoir qu'une seule maladie mentale. La complexité de son cas empêche simplement de poser un diagnostic simple. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/17693-comorbidite-definition> par le Dr Pierrick Hordé.

parasitent l'individu par une hyperréactivité aux moindres stimuli. Les troubles anxieux non traités entraînent des conduites addictives et/ou des troubles dépressifs.

Les troubles psychiques et comportementaux dus à une substance psychotrope¹² découlent de la consommation répétée de celle-ci. Les symptômes typiques, en cas de dépendance, sont le besoin de consommer, l'absence d'autocontrôle, les symptômes d'accoutumance et de sevrage. Il n'est pas garanti que le fait de consommer des substances psychotropes soit le résultat d'un développement d'un trouble psychique, mais il y est souvent lié (comorbidité).

Volontairement, les troubles « *états limites* », dits borderline, n'ont pas été définis, car la complexité de ce trouble est trop grande pour qu'il puisse être décrit brièvement.

Pour chacun de ces troubles, il est impératif de repérer et de diagnostiquer le plus tôt possible les premiers symptômes, afin de pouvoir trouver, au plus vite, un traitement médicamenteux et non médicamenteux adéquat. Plus le trouble est rapidement pris en charge, plus il peut être rapidement stabilisé et traité. Chaque fois qu'il y a une décompensation, des répercussions graves ont lieu sur l'état de santé de l'individu. Une dégradation est alors visible au niveau psychique, cognitif, social et physique. Les objectifs d'intervention, pour les maladies psychiques, sont de stabiliser la maladie, de réduire les symptômes et d'associer ces éléments à des mesures psycho-socioéducatives, afin d'éviter des récives (crises) et le risque de chronicisation. En effet, l'individu doit bénéficier d'une psychoéducation, afin de comprendre sa maladie, l'importance de la médication et les signes avant-coureurs d'une crise. Ainsi, le fait d'allier un traitement médicamenteux et un non médicamenteux permet de trouver un moyen d'appriivoiser la maladie, dans le but que la personne suivie retrouve un équilibre dans sa vie.

Dans le cadre de cette recherche, je n'ai pas voulu approfondir plus en détails les définitions des troubles psychiques ci-dessus ni en citer d'autres. Il semble plus pertinent, pour la réalisation de ce travail, de comprendre principalement les causes et les effets de certains facteurs qui ont une influence sur la santé mentale et qui amènent un individu à développer un trouble psychique non spécifique. L'important est de saisir ce qui conduit la santé mentale d'un individu à se détériorer, puis de présenter ce qu'est un trouble psychique d'une manière générale ainsi que ses conséquences. Pour rappel, les IAA ont une influence bénéfique sur la santé mentale et elles concernent principalement les troubles psychiques, toutes catégories confondues, pour autant que l'individu participe à ces interventions.

2.2.2 Quelques symptômes communs aux troubles psychiques

Comme relevé précédemment, il est clair que de nombreuses spécificités sont liées à l'individu, à la nature du trouble psychique et aux diverses pathologies rencontrées. Quelques symptômes sont, par contre, propres aux troubles psychiques de manière générale. Dans le tableau ci-dessous, ceux-ci sont cités non exhaustivement, afin de comprendre plus concrètement ce à quoi les individus eux-mêmes, leurs proches et les professionnels sont confrontés au quotidien. Il faut préciser que chaque personne souffrant de troubles psychiques n'est pas touchée par tous les symptômes en même temps. Certains sont exacerbés chez des individus, tandis que d'autres ne sont pas présents. Pour réaliser ce tableau, je me suis appuyée sur le site de l'AQPAMM¹³ (Association Québécoise des Parents et Amis de la Personne Atteinte de la Maladie Mentale). Ce site offre des résumés clairs de divers articles scientifiques parus au Québec sur la santé mentale. Leur travail sur les symptômes reconnaissables chez une personne souffrant de troubles psychiques peut donc être utilisé, dans le cadre de cette recherche.

¹² Ce terme désigne des substances (stupéfiants) qui agissent sur le système nerveux central comme l'alcool, le cannabis et certains médicaments.

¹³ <http://www.aqpamm.ca/test/les-principaux-symptomes-de-la-maladie-mentale-2/>.

Implication sociale	Intérêts	Cours de la pensée
Indifférence face aux normes en vigueur, Violation des règles, Destruction de biens personnels et à autrui, Comportement parfois agressif, Isolement, Perte des normes et des courtoisies en vigueur.	Perte ou augmentation de l'appétit, Perte d'intérêt, abandon des activités, Fatigue extrême, Pessimisme extrême, Perte de motivation, Aboulie.	Incapacité de se concentrer, Propos absurdes, Diminution du raisonnement, de la mémoire et du jugement, Usage de mots étranges ou d'un langage mal structuré, Réponses à côté, parfois incompréhensibles, Peur et méfiance exagérées.
Gestion émotionnelle	Comportement	Aptitudes cognitives et perceptives
Impossibilité d'exprimer de la joie, Hostilité inhabituelle, Indifférence émotionnelle ou surinvestissement émotionnel, Incapacité de pleurer ou pleurs continuelles, Rire incongru, Incapacité à se sentir serein.	Hyperactivité ou inactivité, Détérioration de l'hygiène personnelle, Négligence de l'apparence, Abus de stupéfiants, Négligence en générale, Comportement étrange (regard fixe, posture anormale), Susceptibilité inhabituelle, Changement dans ses habitudes de sommeil et d'alimentation.	Désorientation dans le temps et l'espace, Incapacité de retrouver son chemin dans son environnement habituel, Perte de mémoire relative à des événements récents, Incapacité de se laver et de se nourrir, Incontinence urinaire et fécale.

Figure 2 : tableau récapitulatif des symptômes possibles chez un individu souffrant de troubles psychiques

2.2.3 Handicaps psychiques et institutionnalisation

« Les symptômes chroniques de la maladie mentale peuvent être suivis de déficits de comportement évidents et durables (troubles des capacités) ou de détériorations graves (préjudices) de la santé qui peuvent empêcher les individus de jouer un rôle social et entraîner une invalidité. » (DSAS, 2014, p. 8)

En Suisse, selon les statistiques de l'AI (assurance invalidité), établies par l'OFAS¹⁴ (Office Fédéral des Assurances Sociales), en 2014, 101'930 personnes, hommes et femmes confondus, bénéficiaient d'une rente AI en raison de maladies psychiques. Le classement démontre également que les maladies psychiques sont les causes principales de l'attribution d'une rente AI. En Valais, toujours en 2014, 9'564 individus étaient touchés par la maladie psychique et au bénéfice d'une rente AI, ce qui représente environ 3% de la population valaisanne.

« Une rente invalidité est attribuée quand une (ré)-insertion dans la vie active est jugée impossible. » (Schuler & Burla, 2012, p. 5)

Bien qu'aucun document scientifique n'ait été trouvé, j'ai eu l'opportunité d'être en contact avec le SSH (Service Social Handicap) d'Emera et de leur poser des questions. Les réponses obtenues m'ont permis d'alimenter le contenu de ce travail.

Les individus en phase aiguë de la maladie sont hospitalisés dans des structures adaptées telles que les différents pavillons à l'hôpital de Malévoz¹⁵, à Monthey, dans le département de psychiatrie et de psychothérapie. Comme déjà expliqué au point 2.2.3, une personne qui est

¹⁴ <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=fr>.

¹⁵ <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/hopital-du-valais/sites/monthey.html>.

prise en charge rapidement au niveau médicamenteux et non médicamenteux peut se stabiliser et apprendre à vivre avec sa maladie. Les hospitalisations dans les structures adaptées sont peu fréquentes, voire quasi nulles lorsqu'une stabilité est trouvée. Une partie des individus peut continuer à vivre à domicile, malgré leur handicap psychique. Ils reçoivent de l'aide et du soutien, grâce à leurs proches qui gardent un œil sur la situation ou à divers organismes (CMS, SSED, etc.).

Pour d'autres, il arrive que la maladie soit déjà à un stade chronique et/ou qu'elle ne réponde pas complètement aux traitements. Dans ces cas-là, quand les symptômes sont trop présents et la souffrance trop importante, l'invalidité devient omniprésente et le handicap psychique sévère. La personne n'est plus capable de s'occuper d'elle-même. Le risque qu'elle se mette en danger est élevé. Le besoin d'avoir une présence à ses côtés est hautement nécessaire et les proches ne sont plus/pas toujours capables d'assumer ce rôle. La gestion du quotidien est très difficile et l'individu souffre énormément. Les symptômes de la maladie sont parasitant et l'empêchent de mener une vie de qualité, dans le respect de la dignité humaine. Les hospitalisations sont alors fréquentes, voire régulières. Plus les décompensations sont nombreuses, plus il y a d'hospitalisations et plus l'état de santé des individus s'aggrave, car les capacités cognitives et psychiques se dégradent un peu plus à chaque crise. La perte d'autonomie des individus est importante et ils ne peuvent plus s'assumer eux-mêmes.

Lorsqu'il n'est plus possible pour un individu de vivre seul, un placement en établissement spécialisé semble le plus favorable et adéquat. Une fois en institution, la personne est prise en charge uniformément et sous les angles qui s'avèrent nécessaires, afin qu'elle ait une diminution de sa souffrance et/ou un soutien constant.

C'est le rôle du SSH d'offrir une aide au placement des individus en institution. Le SSH peut être contacté soit par la famille, les proches, un médecin, un assistant social, un curateur, l'APEA (Autorité de Protection de l'Enfant et de l'Adulte) ou encore par la personne elle-même. Les placements sont en majeure partie volontaires. Les placements à des fins d'assistance (PAFA) sont des décisions prises par les autorités compétentes et ne sont pas des placements « *volontaires* ». Le SSH et la personne réunissent tous les dossiers nécessaires et effectuent des demandes de placement dans les institutions qui semblent convenir le plus aux besoins et aux critères de la personne.

En résumé, une personne qui a atteint un niveau d'aggravation trop important de sa maladie et qui n'est plus capable de s'assurer une vie digne et sans souffrances est orientée vers un placement dans une institution correspondant à ses besoins.

En Valais, il existe plusieurs structures d'accueil. Certaines accueillent les bénéficiaires pour des séjours de plus ou moins longues durées (entre 1 an et 20 ans et +), comme la Fondation Domus, la Fondation Emera, le CAAD (Centre d'Accueil pour les Adultes en Difficulté), le centre ORIF, les Rives du Rhône et via Gampel qui font partie de la Fondation Addiction Valais. D'autres sont temporaires, comme la Fondation Chez Paou, ou proposent non pas un accueil, mais plutôt un accompagnement de type centre de jour à visée préventive, accompagnante, formative ou thérapeutique. C'est le cas de l'AVEP (Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique), le CDTEA (Centre pour le Développement et la Thérapie de l'Enfant et de l'Adolescent) ou la Fondation Addiction Valais avec la Villa Flora. Des associations sont présentes également dans le soutien des proches et des familles, comme Profamille ou Synapsespoir. Cette liste n'est pas exhaustive, le but étant de donner une idée générale de ce qui est proposé et non pas de recenser tout ce qui se fait en Valais, en termes d'accompagnement des troubles psychiques.

2.3 L'éducateur social

Dans cette partie, le travail de l'éducateur social¹⁶ sera mis en avant. Lorsqu'un individu est placé en institution, il se retrouve directement en présence d'éducateurs. Une partie des éléments qui définissent le métier d'éducateur social (ES), ses caractéristiques et sa pratique en lien avec mon travail, sera mise en exergue. Certains traits de cette profession ne seront pas traités, comme par exemple l'historique du métier, les enjeux de l'éducation sociale d'aujourd'hui, l'éthique et la déontologie ou encore les biais et les risques de transfert d'affects, etc., car, bien qu'importants et faisant partie intégrante de l'ES, ils ne rentrent pas dans le cadre de cette recherche.

Par contre, il est important de relever que, grâce à différentes méthodes spécifiques, l'ES accompagne une personne en difficultés, ou en voie de l'être, à un moment donné de sa vie, tout en favorisant les compétences de l'individu, en respectant sa différence et en s'inscrivant dans une volonté d'inclusion sociale et de citoyenneté. Pour Jehan Wacquez (2013, p. 45), l'accompagnement irait jusqu'à « [...] accomplir une action dynamique permanente, allant vers le mieux faire et le mieux-être de l'usager. ».

Le champ d'action et d'intervention de l'ES est large et diversifié :

« [...] prenant en charge des personnes de tous âges : enfants, adolescents, adultes, vieillards, en grande souffrance, avec un but commun de les accompagner, les aider, les soutenir au mieux dans l'approbation de leur espace physique, psychique et social. » (Rouzel, 2014, p. 25)

L'ES intervient dans des foyers, des institutions, des quartiers (hors murs), des lieux d'accueil, dans les familles, en milieux ouverts, en internats ou encore dans des écoles. Il travaille auprès de personnes en situation de handicap, de délinquants, d'asociaux, de toxicomanes, de chômeurs, d'immigrés ou de SDF, etc. (Rouzel, 2014, p. 25).

La mission centrale d'un ES est de favoriser le développement des ressources, des compétences et des apprentissages de toute nature qui améliorerait le processus d'autonomisation et d'insertion dans la société de chaque individu, cela dans l'appropriation ou la réappropriation de leur espace physique psychique et social (Rouzel, 2014). Le PEC (HES·SO, 2006, p. 6) souligne que les actions entreprises par l'ES doivent partir de l'individu lui-même et de ses ressources, du contexte institutionnel et du but du placement (mandat). C'est-à-dire que l'éducateur doit prendre en compte, d'un côté le mandat ou la mission de l'institution, pour lequel il est engagé et, de l'autre, les besoins de l'individu : il doit mener à bien ces deux points, tout en donnant la priorité aux besoins de l'individu.

2.3.1 La pratique éducative

Maintenant que la définition de l'éducateur est plus claire, il est important de s'intéresser au travail en lui-même que l'ES accomplit réellement et de la signification de ces mots : « *soutien et accompagnement* ». La pratique éducative désigne ce que l'éducateur élabore et réalise concrètement dans son travail. Selon Rouzel (2014, p. 9), la pratique éducative s'exerce dans trois directions.

La première, le plan social et politique dans lequel l'ES doit rendre des comptes et proposer des projets concrets aux instances politiques. Il s'agit du « *rôle social* » de l'éducateur : celui-ci est

¹⁶ Educateur social est l'équivalent de l'ancienne appellation éducateur spécialisé.

le relais, ou du moins il essaie de l'être, entre les populations exclues ou en voie de l'être et les politiques.

La deuxième est le plan de l'institution¹⁷ dans lequel chaque personne est censée avoir son poids et son mot à dire dans l'organisation. Or, comme l'explique très justement Rouzel (2014), cela est de moins en moins le cas, car les ES sont confrontés, de plus en plus, à ces systèmes de management qui rendent la pratique éducative parfois houleuse et pesante :

« On constate [...] un retour des chefferies et des directions monolithiques, [...] une infiltration rampante du management et du marketing social, dépossession des techniciens de leurs responsabilités et de leur parole, confiscation du droit des usagers... cela sous couvert d'impératifs économiques de rentabilité. [...] un discours qui vise la productivité, y compris dans le domaine du malheur et de la souffrance [...] » (Rouzel, 2014, p. 9)

La troisième est la direction clinique¹⁸, définie comme « *l'espace de rencontre et de relation* », sous cet angle, l'ES est en contact direct avec l'utilisateur. Cette troisième direction est centrale, bien que l'ES doive intervenir dans ces trois espaces et les investir. (Rouzel, 2014, p. 9)

À l'intérieur de la clinique, grâce à différents auteurs (Rouzel, 2014 ; Wacquez, 2013 ; Danancier, 2006 ; Gaberan, 2003), les mots suivants ont pu être ressortis, sous-jacents à la notion d'accompagnement dans la pratique éducative : la relation éducative, le travail au quotidien, la globalité de la personne, la complexité des situations, le travail en groupe, le projet éducatif individualisé et la pratique réflexive. Ce ne sont évidemment pas les seuls mots englobés dans la pratique éducative, encore une fois le choix a été réalisé pour obtenir le plus de pertinence possible dans le cadre de ce travail.

« L'éducateur ne répare rien ni personne, ni lui-même ni un autre. » (Gaberan, 2003, p. 47). Cette phrase a immédiatement fait sens pour moi, car je partage cet avis : l'ES ne fait ce travail ni pour se « *soigner* » d'événements qu'il aurait vécus, ni pour être un héros en résolvant tous les problèmes auxquels est confronté un individu. L'idée générale est plutôt que l'ES et le bénéficiaire cheminent ensemble vers l'acceptation de soi et de la situation, afin de trouver des moyens et des buts pour l'individu de se réaliser, grâce au savoir de l'ES et aux ressources de l'individu.

La pratique éducative, sous cet aspect clinique, n'est pas possible sans l'établissement d'une relation de confiance entre l'ES et le bénéficiaire ; le terme utilisé est une **relation éducative**. De plus, cette confiance ne survient pas dès que deux personnes se rencontrent et se côtoient. Gaberan (2003, p. 69) prend l'exemple du *Petit Prince* de Saint Exupéry. Dans cet ouvrage, le renard enseigne au Petit Prince l'apprivoisement nécessaire pour connaître une personne et apprécier sa singularité. Gaberan (2003) fonde sa théorie sur le fait que la relation éducative ne va pas de soi, qu'elle n'est pas une thérapie ou une manière de faire assimiler des éléments à un individu, mais plutôt un processus de transformation. Ainsi, l'individu et l'ES établissent un lien, apprennent à se connaître et, de ces débuts, naît une relation de confiance qui s'installe au fur et à mesure. Ce processus, cette relation éducative, permet de donner du sens et de comprendre la direction à prendre. Cependant, il n'y a pas de marche à suivre précise pour créer cette relation, elle relève de la pratique de la relation humaine. Le point de départ de toute

¹⁷ Joseph Rouzel (2014, p. 9) nuance le terme, d'après les travaux de François Tosquelles, en désignant l'institution non pas seulement comme l'établissement uniquement, mais en prenant en compte toutes les personnes qui font partie de cette institution (cuisinier, infirmier, éducateur, comptable, MSP, résident, etc.) et où chacun aurait sa part dans le projet institutionnel. L'institution comme un *collectif social* d'une *communauté humaine*.

¹⁸ Le mot clinique ici est pris au sens médical.

relation éducative est l'intérêt et le souci de la prise en charge de l'individu (Gaberan, 2003, p. 12).

« L'éducateur n'est pas extérieur à la tâche qu'il accomplit. Il est un compagnon de route qui, en s'engageant dans la même aventure que la personne, enfant ou adulte, dont il a la charge, va partager les mêmes joies et les mêmes peines, va rencontrer les mêmes difficultés et les mêmes victoires, va découvrir en même temps qu'il les élabore les stratégies de réussite, et va s'en apercevoir lui, tel qu'il est réellement au fond de lui-même, en même temps qu'il découvre cet autre qu'il a accompagné. [...] C'est là, me semble-t-il, le vrai sens de ce cheminement [...] qui renvoie autant au partage de liens construits dans le vivre-ensemble qu'à l'exercice d'une technique qui consiste à emmener un individu à la place où il a projeté d'être. » (Gaberan, 2003, p. 16)

Pour Rouzel (2014), la relation éducative est l'outil de départ incontestable. Il permet au bénéficiaire de se sentir plus entouré, donc mieux structuré, et d'initier le changement.

« La relation éducative est le moyen d'agir dans le sens d'un changement des personnes en vue d'une meilleure insertion pour elles dans la communauté des citoyens. » (Rouzel, 2014, p. 27)

Sans la relation éducative, il semble impossible de pouvoir engager son intervention auprès d'individus. En finalité, chacun a besoin de cette relation éducative.

Pour mettre en œuvre, chaque jour, cette relation avec le bénéficiaire, l'ES doit être **un travailleur du quotidien**. C'est, en effet, à partir des gestes de tous les jours, qu'il réalise ses missions. Ce n'est donc pas la difficulté de la réalisation d'une tâche en soi qui est fondamentalement importante, mais plutôt le sens recherché derrière cette action, ce qui constitue le « *pourquoi et le comment* » qui fonde les gestes du quotidien de l'ES qui est signifiant (Wacquez, 2013, p. 24).

« L'éducateur manque son objectif lorsqu'il méconnaît ou lorsqu'il oublie que la finalité de l'activité n'est pas dans la réalisation d'un objet mais dans la possibilité offerte à une personne de se saisir d'un sens à être là. » (Gaberan, 2003, p. 42)

L'ES doit concevoir, organiser et exploiter le quotidien, en y mettant du sens, afin de permettre à des individus d'enrichir leurs expériences, d'augmenter leur autonomie et de mieux maîtriser leur propre vie. Ces activités de la vie quotidienne (AVQ) offrent à l'individu d'importants repères. Elles permettent de démontrer les ressources et les limites des individus que l'ES pourra alors transposer sur le sens et le but recherché derrière celles-ci (HES-SO, 2006, p. 6).

« C'est pourquoi l'essentiel du travail de l'éducateur se fait dans la présence, même si à travers cette présence il donne l'impression de ne rien faire. [...] un temps propice aux observations qui permettront de mettre des mots sur les choses et faire naître de la parole. » (Gaberan, 2003, p. 42)

À travers ce quotidien, qui paraît anodin pour un regard extérieur, l'ES observe et exploite ces moments, afin de faire naître un échange, une confrontation, un apprentissage, etc., bref, tout ce qui permet à l'individu d'évoluer face à l'environnement qui l'entoure.

De part cet accompagnement du quotidien, l'ES doit prendre en compte **la personne dans sa globalité**. Il n'intervient pas de manière partielle ou spécifique à une difficulté, mais perçoit l'individu comme un tout.

« [...] ne réduisant pas la personne à ses comportements, à ses interactions, à son intrapsychisme, à ses difficultés, ni même à ses seules compétences. » (Wacquez, 2013, p. 24)

L'appréhension de cette globalité amène l'ES à **une approche de la complexité humaine**. Dans chaque situation à laquelle il est confronté, de nombreux enjeux multidimensionnels sont présents : individuel/collectif, espaces/temps, ordinaire et habituel/surprenant et événementiel, le contexte social et institutionnel, le travail d'équipe, l'échange et la dimension collective, la mise en œuvre des moyens techniques et le mandat (Wacquez, 2013, p. 26). Il doit élargir l'attention qu'il porte au sujet et analyser non seulement l'individu dans sa globalité, mais également le contexte dans lequel il s'inscrit. Comme l'éducateur agit dans l'ici et le maintenant (le présent), l'imprévisibilité et l'urgence contribuent à complexifier les conjonctures. Il doit donc « [...] développer sa capacité de réagir opportunément [...] » (Wacquez, 2013, pp. 26-27). Le travail individualisé prend en compte chaque sujet dans sa globalité, la multitude des éléments qui l'entourent, l'établissement d'un lien relationnel, les différents enjeux inhérents au sujet et au travail éducatif.

À cette complexité, s'ajoute encore le fait que l'ES s'inscrive également dans une optique de **travail avec un groupe** d'individus. L'action de l'éducateur se déroule bien souvent dans un cadre de vie tel qu'un foyer d'hébergement ou un groupe de vie dans lequel cohabitent plusieurs personnes. « *L'encadrement du groupe oblige l'éducateur à créer un minimum de cohésion au sein de ce groupe.* » (Wacquez, 2013, p. 27). L'éducateur se doit, à travers les interactions, les règles et les buts communs, de permettre à chaque individu et au groupe d'apprendre les fonctions de la vie collective (Wacquez, 2013, p. 27).

Pour faire face à cette complexité qu'implique le travail avec l'humain, l'ES doit avoir recours à la **pratique réflexive**. Son travail est en mouvement constant, face aux divers champs d'application (populations, âges, problématiques, etc.) auxquels il est confronté. Comme chaque individu est unique, l'ES doit sans cesse (ré)adapter sa pratique. C'est pour cette raison que, dans ce métier où chaque personne suivie est unique et où la société évolue constamment, il est important qu'il porte un regard critique sur ce qui est fait, ce qui a été fait et sur ce qui sera fait. Rouzel (2014) explique que les pratiques éducatives ne sont pas seulement l'expérience acquise au fil des années de travail, mais qu'elles résultent également d'un mélange des différents savoirs saisis durant la formation. En finalité, il faut (re)penser quotidiennement sa pratique qui est constituée de son expérience personnelle et de son savoir, afin d'être pertinent dans son activité.

Selon Danancier (2006, p. 7), il convient d'analyser et de questionner les pratiques éducatives selon ces quatre catégories : les valeurs, les méthodes, les pratiques et les positionnements.

- ❖ Les valeurs (institutionnelles) : sont-elles lisibles, facilement identifiables, conformes et en cohérence avec la mission de l'institution ?
- ❖ Les méthodes et les pratiques : il convient aux professionnels de relever la manière dont sont définies les méthodes et les pratiques. Sont-elles conformes avec ce qui est réalisé ou pas ? Les moyens pour adopter et approfondir les différentes méthodes et pratiques proposées doivent être adaptables et (re)questionnés ; l'évaluation de ces dernières doit se faire régulièrement.
- ❖ Les positionnements (des professionnels) : l'ES doit repérer ses postures et comprendre les enjeux de sa pratique. Il est important qu'il évalue et prenne conscience de sa pratique, afin de réaliser s'il est en adéquation ou non avec ce qui est fait au sein de sa structure. L'ES doit donc faire preuve d'un regard critique sur sa propre pratique, tout en se questionnant sur son adaptation à la mission de sa structure.

2.3.2 La notion de projet éducatif

Le mot « *projet* » est un terme à la mode : il s'utilise à tout va dans la société (projet de vacances, d'études, d'emploi, etc.) et dans les institutions (projet éducatif, pédagogique, institutionnel, thérapeutique etc.) (Rouzel, 2014, p. 34).

Le projet éducatif est le type de projet sur lequel je souhaite m'arrêter. Rouzel (2014, p. 43) explique que chaque projet réalisé avec un individu est envisagé au cas par cas, bien que les principes de fondement restent identiques. « *Travailler avec le sujet, c'est travailler au cas par cas en écoutant les dires de chacun [...]* » (Rouzel, 2014, p. 7). Bien qu'il soit difficile d'en définir une marche à suivre exacte, les étapes principales en ont été ressorties.

Dans un premier temps, un projet débute toujours par une envie, une intention ou un besoin de la part de l'utilisateur. En effet, si le besoin n'a été identifié que par l'ES, le bénéficiaire n'aura jamais la motivation propre de le réaliser. L'individu doit se sentir impliqué dans cette proposition. Il doit se retrouver actif et non passif dans la mise en œuvre et la réalisation du projet. Ensuite, les obstacles qui risquent de freiner la réalisation du projet doivent pouvoir être nommés, tout comme les ressources et les compétences internes et externes à l'individu qu'il va pouvoir mobiliser. La détermination des moyens de réalisation est primordiale, car c'est grâce à elle que chacun va savoir de quelle manière et avec quoi/qui il va pouvoir avancer. La finalité de ce projet est, bien entendu, importante. De cette dernière découle l'objectif que l'ES et l'individu souhaitent atteindre. La notion d'échéance et de temporalité permet au projet de ne pas tomber dans l'oubli et d'éviter qu'il ne reste qu'une vague idée.

Il faut également souligner qu'aucun projet ne se réalise pas de manière isolée. Il est important, pour l'ES et l'individu, de savoir avec qui ils vont collaborer à travers ce projet. Il est nécessaire que l'ES soit informé si d'autres professionnels internes ou externes à l'institution partagent sa vision du projet, s'ils le soutiennent et s'ils vont pouvoir contribuer à la réalisation de celui-ci. L'utilisateur doit également être informé concernant les personnes qui sont impliquées ou non avec lui et qui peuvent représenter des personnes ressources pour lui.

Pour terminer, l'évaluation du projet va permettre de déterminer comment l'individu a atteint ou non son objectif au travers de ce projet et de quelle façon il l'a réalisé. L'échec n'est pas perçu comme tel, dans la pratique éducative, car par l'échec naissent des apprentissages. Cependant, Rouzel (2014) nuance le fait de surévaluer et de fixer des objectifs trop élevés pour l'utilisateur. Le projet est alors d'avance impossible à réaliser, ce qui est une erreur qu'il faut éviter, car dans ce cas, l'échec est ressenti comme tel par l'individu.

« Finalement il n'est pas difficile de fournir, à quelqu'un qui demande un travail, l'adresse de l'Agence pour l'Emploi ; ce qui est plus difficile c'est d'accompagner un sujet pour qu'il trouve en soi-même les raisons de s'y rendre : les raisons qui fondent son action, qui lui donnent du sens. C'est à mon avis toute la finalité de l'action sociale et la seule forme acceptable d'aide sociale. Accompagner quelqu'un dans la mise en jeu dans l'espace social de ce qui lui manque et donc de ce qui mobilise son désir. » (Rouzel, 2014, p. 106)

Les projets éducatifs rythment le travail de l'ES et permettent de suivre et de constater l'évolution, le changement d'un individu, dans le contexte de prise en charge éducative.

2.3.3 Travail en équipe, travail interdisciplinaire

L'ES ne travaille pas seul, c'est certain, il collabore toujours, en lien direct, avec d'autres professionnels : les collègues, la hiérarchie, les autres professionnels de l'institution et les intervenants externes.

Le travail en équipe est différent, selon chaque structure, mais il se concrétise par des réunions ou des colloques. Il englobe les professionnels du même domaine, des ES, par exemple, ou des professionnels de multiples domaines qui collaborent (ES, infirmier etc.), le terme d'équipe pluridisciplinaire est alors utilisé.

« La pluridisciplinarité (ou multidisciplinarité) est l'addition de regards disciplinaires différents sur le même objet. C'est une juxtaposition de points de vue spécialisés : la particularité de chacun d'eux sera respectée. Les angles de vue sont multipliés mais chacun suit ses caractéristiques propres (méthodologie, langage, etc.). » (Foucart, 2008, p. 95)

Dès l'instant où plusieurs disciplines collaborent ensemble sur un sujet, la pluridisciplinarité apparaît. Le bénéficiaire est « l'objet », dans la définition de Jean Foucart (2008, p. 95), et les infirmiers, les ES, les MSP, les thérapeutes et le médecin, par exemple, constituent tous ces regards disciplinaires.

Selon la structure, les colloques d'équipes ont lieu à une fréquence plus ou moins régulière. Durant ces réunions, les professionnels exécutent différentes tâches. Ils font circuler les informations venant de l'intérieur et de l'extérieur de l'institution. Ils prennent un temps pour parler de chaque bénéficiaire, afin de mieux comprendre la situation. Ils échangent et confrontent leurs idées. Le travail en équipe permet d'enrichir les expériences et d'accroître les ressources de chaque professionnel. Toutefois, cette collaboration n'est pas toujours évidente, car le fait de prendre position implique aussi d'exprimer son désaccord. Ce moment d'échange donne également la possibilité aux professionnels pluridisciplinaires ou non d'exprimer leurs états d'âme et leurs émotions. Ce partage de ressentis permet de prendre de la distance face à une situation ou à un individu et favorise la cohésion d'équipe ainsi que le soutien entre les membres. La gestion de la logistique peut également se faire durant ce temps d'échange, car celle-ci permet d'assurer la pérennité d'une bonne ambiance de travail. De plus, le fait de faire preuve de réflexion et de créativité permet de sortir parfois d'habitudes dans le fonctionnement éducatif et c'est en équipe que cela peut être favorisé (Wacquez, 2013, p. 37).

L'individu placé en institution se retrouve en contact avec divers professionnels dont, entre autres, les éducateurs, les MSP, les infirmiers, les médecins, les thérapeutes, etc. Chacun de ces professionnels établit donc un contact différent avec l'utilisateur, durant une période pouvant varier et à une fréquence différente. Chacun d'entre eux crée avec le bénéficiaire un lien propre à son rôle de professionnel et effectue des tâches ou remplit une mission en lien avec celui-ci. Chacun émet donc des constats, des observations et des idées, quant à la manière la plus adéquate de travailler avec l'utilisateur. L'ES collabore avec ces différents professionnels, car ils sont tous reliés à l'utilisateur. Chaque professionnel peut intervenir dans la prise en charge de l'individu et se positionner en fonction de son rôle et de sa mission, par rapport au projet éducatif mis en place. L'inverse est également possible : l'ES s'appuie sur les réflexions des disciplines diverses pour accompagner le bénéficiaire dans la mise en œuvre et l'élaboration de son projet. De la pluridisciplinarité naît l'interdisciplinarité.

« La circulation des idées, des concepts, des théories ou des méthodes entre les disciplines se révèle être un des modes opératoires des pratiques interdisciplinaires. » (Darbellay, 2012, p. 18)

Darbilly (2010, p. 18) explique que les pratiques interdisciplinaires ont pour but de faire circuler toutes les informations entre plusieurs disciplines, mais surtout que les professionnels puissent partager et transférer leurs idées, leurs concepts et leurs méthodes à propos d'un même sujet, sans rester enfermé dans leur propre discipline.

Il existe deux façons de pratiquer l'interdisciplinarité, selon Foucart (2008, pp. 95-103) : la complémentarité lorsque les individus travaillent sur un sujet commun ou, au contraire, la circulation quand les individus se centrent directement sur une discipline.

Le modèle de la complémentarité est celui qui semble le plus parlant, car il inclut vraiment cette volonté de réaliser un objectif commun, grâce aux transferts de savoirs et des méthodes attendant à chacune des disciplines impliquées autour du bénéficiaire.

« Dans ce modèle, au-delà d'une simple juxtaposition des apports disciplinaires, les chercheurs explorent les points d'articulation entre leurs savoirs afin de concourir à un objectif commun : une réalisation conjointe, l'analyse d'un objet donné ou la conception et l'usage d'un dispositif expérimental et d'un instrument. La complémentarité est souvent asymétrique. Dans ce cas, une des disciplines en présence joue un rôle plus important que les autres. Dans une telle démarche, les disciplines en viennent à se transformer l'une l'autre, à réorganiser leurs champs et leurs approches méthodologiques [...]. » (Foucart, 2008, pp. 95-103)

L'interdisciplinarité permet à l'ES de se trouver à une distance plus adéquate et d'avoir une vision systémique, plus complète de l'usager. Tous les professionnels qui travaillent avec l'individu placé en institution peuvent ainsi enrichir les connaissances et les méthodes de l'ES et contribuer à l'élaboration d'une pratique éducative plus individualisée et plus pertinente, en fonction des besoins du bénéficiaire. De plus, l'interdisciplinarité a un effet sur la prise en charge éducative et sur les autres disciplines concernées. Indubitablement si celle-ci a un effet sur la prise en charge éducative, elle a donc aussi un effet sur le bénéficiaire. Dans cette définition, Dupuy (2013, p. 2) résume le but qui est recherché dans le travail social et le métier d'ES par le travail interdisciplinaire :

« Il en résulte un croisement fertile à la fois des démarches abordées et des résultats observés en vue de l'enrichissement des informations collectées, et par conséquent une compréhension plus complète, voire systémique, de l'objet étudié. L'interdisciplinarité croise les démarches scientifiques de chaque discipline en vue d'étudier le même objet, mais dans une perspective plus globale. Certes, le chercheur demeure centré sur un objet d'étude en particulier et en partant d'une discipline bien précise, mais sa distance critique est bien plus pertinente, ayant intégré initialement les problématiques des autres disciplines mises à contribution. » (Dupuy, 2013, p. 2)

La quête d'une pratique interdisciplinaire est une volonté de s'écarter des sentiers battus, de s'ouvrir à un point de vue différent et d'adopter une réflexion et un approfondissement hors du cadre habituel, afin de trouver une méthode différente de celles utilisées usuellement. L'interdisciplinarité, expliquée par Darbilly (2012 p. 87), rejoint la créativité, la réflexion et l'analyse dont doit faire preuve un éducateur social au quotidien dans sa pratique.

Il est cependant nécessaire d'être attentif à un risque important dans le travail interdisciplinaire : chaque professionnel doit être enclin à parler un langage commun et à vulgariser les concepts propres à sa discipline, afin d'en permettre une compréhension totale pour chaque intervenant (Darbilly, 2012, p. 26). Il est également important qu'il ne veuille pas défendre à tous prix son savoir comme étant le plus juste, mais plutôt qu'il soit disposé à le partager sans l'imposer. Accueillir la discipline de l'autre fait donc aussi partie du travail interdisciplinaire.



Le schéma ci-dessous résume le travail interdisciplinaire entre les ES et les intervenants IAA. Dans la première bulle, figurent l'ES et sa pratique éducative, ce qui est singulier à l'ES, donc ses méthodes, ses connaissances, son savoir-faire, son savoir-être, son savoir agir, ses outils, etc. La deuxième est spécifique à l'intervenant IAA et expose sa pratique d'intervenant IAA qui est composée également de tout ce qui est propre à sa discipline et à sa personne. Si les deux bulles se rejoignent et se mélangent, à l'image par exemple d'une collaboration interdisciplinaire, le résultat sera la naissance d'un outil, d'une pratique concernant le projet éducatif. Ce dernier est un point central dans l'accompagnement de personnes en institution. Cependant, il peut, tout en gardant la ligne directrice de l'institution, revêtir plusieurs couleurs, car il se doit d'être individualisé, en fonction du projet, des besoins et du bénéficiaire lui-même.



Figure 3: interdisciplinarité entre ES et IAA

Enfin, pour établir le lien avec les précédents concepts, la compréhension de ces trois éléments (IAA, santé mentale et ES) ensemble évoque une trilogie relationnelle. En effet, l'individu est en lien avec l'ES et l'intervenant IAA qui sont eux-mêmes en relation, car ils doivent collaborer dans un but commun. Il est constaté que l'usager est bel et bien au centre de la pratique éducative de l'ES et au centre de celle de l'IAA. Le bénéficiaire, avec son état de santé et ses troubles psychiques, se retrouve en institution et a besoin d'un soutien, d'un accompagnement spécifique, afin de diminuer ses souffrances et de (re)trouver un équilibre, une nouvelle autonomie. Ainsi, l'ES et l'intervenant IAA poursuivent tous deux un but commun : améliorer la qualité de vie de cet individu, grâce à un accompagnement spécifique visant l'acquisition de ressources et de compétences à travers l'élaboration d'un projet et d'objectifs. Ces deux professionnels ont l'opportunité et le devoir de collaborer à travers l'interdisciplinarité, afin de prendre en charge l'individu, dans un partage de leur approche multidimensionnelle, individualisée et plus spécifique. Cette prise en charge interdisciplinaire permet l'élaboration d'un projet commun propre à l'individu avec, pour finalité, la stabilisation ou l'amélioration de l'état de santé psychique de l'individu.

3. PROBLÉMATIQUE

Ma réflexion a évolué au fil des lectures et de la rédaction des différents concepts théoriques. Au début de cette recherche, mon questionnement concernait la place de l'animal en institution et la manière dont il pouvait être utilisé par les éducateurs. Premièrement, je me suis rendu compte que l'animal n'était pas un outil comme je le pensais au départ. En effet, il est plutôt perçu comme un facilitateur de contact, un être vivant ressentant et permettant de faire ressentir des émotions, car il est moins « *jugeant et confrontant* » dans la relation qu'un être humain. Deuxièmement, il a été découvert qu'il n'était pas à la disposition des éducateurs, mais plutôt des thérapeutes et/ou des intervenants formés en IAA. Cependant, malgré un effet de mode certain, ces IAA ne sont pas inutiles, car leurs effets bénéfiques sont reconnus et s'avèrent légitimes auprès de la quasi-totalité des participants.

Dès lors, le premier aspect de la problématique questionne le lien qui existe ou non entre l'impact des IAA et le travail éducatif quotidien. Comment articuler une IAA avec l'accompagnement quotidien des bénéficiaires par les éducateurs ? En effet, le point central qui relie les ES et les intervenants IAA sont les bénéficiaires : ils participent aux séances d'IAA et reviennent sur le groupe de vie. Mais que se passe-t-il ensuite, au niveau du travail éducatif des ES et de celui des intervenants IAA ? Est-ce qu'une collaboration existe entre l'intervenant IAA et l'éducateur social ? Ce travail interdisciplinaire permettrait une prise en charge éducative plus spécifique, individualisée et plus adaptée pour le bénéficiaire.

L'autre partie de la problématique que je souhaite soulever est la suivante : lorsque les éducateurs sont confrontés aux troubles psychiques, il n'est pas toujours évident d'évaluer s'il est judicieux de motiver la personne à effectuer une tâche ou s'il est préférable, à l'inverse, de la laisser se reposer. En effet, certains symptômes des troubles psychiques sont similaires à une phase de dépression, tels que la perte d'envie et de motivation, l'aboulie, etc. Par moment, la pratique éducative et réflexive consiste à « *stimuler* » un individu, afin de l'aider à initier l'action. À d'autres moments, l'individu n'est simplement pas capable, en raison de sa souffrance, d'initier quoi que ce soit ; il faut donc l'aider à se reposer et tenter de diminuer sa souffrance. Cette frontière est fine et semble parfois difficile à cerner.

3.1 Question de recherche

Toutes les réflexions abordées précédemment ont permis l'émergence de la question de recherche suivante :

« Comment l'éducateur utilise-t-il les effets de l'Interventions Assistée par l'Animal pour accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques en milieu institutionnel ? »

Pour répondre à cette question, ce travail a été articulé autour de trois hypothèses. Par la suite, elles seront vérifiées sur le terrain, à l'aide de la méthodologie présentée au chapitre 4.

3.1.1 Hypothèses

Les séances d'IAA participent à stabiliser ou/et à améliorer la santé mentale des personnes atteintes de troubles psychiques placées en institution durant la durée de la séance. Les ES observent que certains de ces bénéfices perdurent également une fois la séance terminée.

L'augmentation de l'estime de soi, l'apprentissage de la gestion des émotions et la réduction du niveau d'anxiété sont des ressources qui peuvent être travaillées durant les IAA. Cependant, une fois que la personne rentre de sa séance, ces effets sont-ils encore observables ? En dehors du contexte des IAA, l'ES peut-il nommer et décrire les apprentissages réalisés durant cette intervention par le bénéficiaire ? Se poursuivent-ils ensuite à court, à moyen et à long termes ? Le but de ces interventions est de permettre un travail des ressources et des compétences de l'individu (une meilleure gestion des émotions, une augmentation de l'estime de soi, de la responsabilité, etc.). Le bénéficiaire utilisera-t-il ensuite, inconsciemment ou non, ce qu'il a appris dans un autre contexte que celui-ci ? L'objectif de cette hypothèse est de vérifier si les éducateurs observent, durant leur accompagnement au quotidien, une amélioration, un changement ou un effet chez l'utilisateur qui serait dû à l'introduction des IAA.

❖ L'impact de l'IAA sur la santé mentale des bénéficiaires est observable, après la séance, par les éducateurs, à court, à moyen et à long termes, sous différents aspects :

- Physique : une amélioration de la condition physique.

- Psychique : une diminution de l'angoisse, grâce à l'effet anxiolytique, une augmentation de la confiance en soi, de l'estime de soi, grâce à la valorisation (rôle, apprentissage, responsabilité, etc.).
 - Social : une interaction avec l'entourage facilitée, donner et recevoir des preuves d'affection.
 - Cognitif : capacité d'apprentissage et d'auto-évaluation (avoir conscience de son progrès) possibles.
- ❖ Les éducateurs peuvent relever certains de ces effets, durant leur temps de prise en charge éducative.
 - ❖ Ces effets (physiques, psychiques, sociaux et cognitifs) sont transposables dans d'autres actes de la vie quotidienne par le bénéficiaire.

Un travail interdisciplinaire entre les ES et les Intervenants Assistés par l'Animal augmente la qualité du suivi du résident. Cet accompagnement plus spécifique apporte plus d'individualisation et de pertinence au bénéficiaire.

Les questions soulevées par cette hypothèse sont principalement les suivantes : un partenariat et un suivi régulier existent-ils entre les éducateurs et les Intervenants Assistés par l'Animal ? Les objectifs mis en place sont-ils similaires ? Les professionnels travaillent-ils ensemble dans la même direction, afin que leur travail quotidien ait un impact fort sur l'utilisateur ? Le bénéficiaire est-il pris en charge de manière adaptée, individuelle et spécifique par les professionnels de milieux différents ? L'objectif de cette hypothèse est de comprendre le déroulement d'une collaboration entre l'ES et l'intervenant IAA, du point de vue de l'ES. Quelles procédures, quels outils de communication, quel temps sont mis à disposition pour qu'un partenariat efficace se mette en place ?

- ❖ Le projet éducatif rejoint celui des IAA qui travaillent simultanément sur la même problématique. Les éléments suivants peuvent être relevés :
 - Les objectifs du projet éducatif sont élaborés, en impliquant le bénéficiaire et les observations de l'équipe éducative ainsi que celles des intervenants IAA.
 - Les objectifs mis en place dans le projet éducatif sont présentés et validés par les trois parties.
 - Les objectifs mis en place lors des IAA ont la même visée que celle du projet éducatif des ES.
- ❖ Le travail en interdisciplinarité est utile à l'éducateur, car l'utilisateur est considéré dans sa globalité.
- ❖ Les ES et les intervenants IAA ont du temps à disposition au quotidien (colloques, réunions formelles ou informelles) pour se rencontrer et débattre des différents aspects concernant le bénéficiaire.
- ❖ Les ES ont la possibilité d'observer et/ou de participer régulièrement à une journée type avec des intervenants IAA, afin de connaître et de comprendre le travail qu'assurent ces derniers.
- ❖ L'ES a donc des moyens à disposition pour communiquer et échanger des informations avec les intervenants IAA.

- Des informations, sous la forme de « *feedback* », sont transmises régulièrement par l'intervenant IAA ou l'ES, via les canaux de communication utilisés par l'institution.

L'état de santé psychique du résident nécessite que l'ES évalue quotidiennement sa capacité à se rendre ou non à une IAA.

Les symptômes de la maladie psychique comme l'inactivité, la fatigue extrême, la perte de motivation, la difficulté à initier l'action et l'aboulie font partie du ressenti quotidien de certains usagers. L'ES est confronté régulièrement à deux situations. Parfois la personne n'a pas/plus la force ni la possibilité d'entreprendre une quelconque activité et le rôle de l'ES est alors d'apporter du soutien et de favoriser un mieux-être afin que la personne puisse se reposer. D'autres fois, son rôle est d'accompagner les usagers, de les stimuler, afin qu'ils trouvent la motivation nécessaire à effectuer une tâche ou à se rendre à une activité. La difficulté, pour l'ES, est de prendre la meilleure décision, en fonction des différents paramètres en jeu, ce qui ne semble pas être évident. Au premier abord, rien ne paraît différencier une situation de l'autre. L'objectif de cette hypothèse est de recueillir la manière dont les ES s'y prennent pour distinguer une situation d'une autre. Puis, éthiquement, je me demande s'il est juste de pousser une personne à se rendre à une activité telle qu'une IAA, si l'ES sait pertinemment que la personne sera dans un mieux-être après, ce qui s'avère être un effet reconnu de ces interventions. Quels indices permettent à l'ES de déterminer si le bénéficiaire est dans un état d'esprit, psychique et physique adapté pour participer réellement à une IAA ?

- ❖ L'ES sait reconnaître les indices qui l'amènent à choisir judicieusement s'il faut inciter ou non un bénéficiaire à se rendre à une IAA :
 - L'ES connaît suffisamment le résident (référence de longue durée, anamnèse, réseau, objectifs, projet) pour savoir s'il faut insister ou non, selon son état de santé psychique.
 - L'ES et l'intervenant IAA ont connaissance du trouble psychique du bénéficiaire et ils restent attentifs aux signaux de mal-être (changement d'attitude inhabituel, propos incohérents, fatigue accentuée, délires persistants, tristesse profonde ou état d'agitation et de nervosité accrue, etc.).

4. MÉTHODOLOGIE

L'intérêt s'est porté sur des personnes placées en institutions et non sur celles qui restent à leur domicile, car la gravité des troubles psychiques chroniques est beaucoup plus sévère en foyer d'hébergement. Mes recherches ont été effectuées dans une institution qui accueille des personnes souffrant de troubles psychiques et qui permet aux résidents l'accès aux IAA : la Fondation Domus. Un terrain facilement accessible pour moi, car j'y travaille actuellement. Cette institution est novatrice en termes d'IAA et, à ma connaissance, il n'en existe pas d'autres en Valais.

La Fondation Domus est née le 1er janvier 2011 de la fusion de la Fondation « *Le Chalet* » à Salvan et de l'association « *La Miolaine* » à La Tzoumaz. Domus est une institution à but non lucratif avec un statut de droit privé. Reconnue d'utilité publique, elle est financée par le Canton du Valais, au travers d'un contrat de prestations. La Fondation Domus collabore étroitement avec le SSH, afin d'accueillir au mieux les nouveaux bénéficiaires. Il existe actuellement deux sites : le foyer d'Ardon qui accueille 22 résidents et celui de La Tzoumaz qui en compte 34. Les deux foyers sont repartis par unité de vie de 7 à 11 personnes. La mission de l'institution est d'accompagner, 365 jours par an et 24h/24, des personnes adultes en situation de handicap

psychique. Les résidents sont amenés à participer à divers ateliers occupationnels rémunérés (atelier animalier, bois de feu, conciergerie, intendance, etc.) et des centres de jours (TAC, musicothérapie, sport, etc.), selon leurs possibilités et leurs désirs. Le but recherché est de diminuer la souffrance et de les amener vers une autonomie la plus grande possible et/ou un retour à une vie sociale et professionnelle en fonction des possibilités de chacun. Pour favoriser cette autonomie, Domus propose une approche qui met en avant les forces de l'individu, son potentiel d'évolution, afin qu'il puisse se réadapter à la vie au sein de la communauté, tout en étant encadré par des professionnels tels que des éducateurs, des infirmiers, des maîtres socioprofessionnels et des thérapeutes.

4.1 L'échantillon de recherche

Dans le cadre des entretiens, six éducateurs ont été interrogés. Il s'agit d'hommes et de femmes qui travaillent à la Fondation Domus à Ardon et à La Tzoumaz, sur les unités de vie. Afin de délimiter les données, quelques critères ont été fixés, pour garantir des résultats de qualité :

- ❖ L'éducateur doit avoir, au minimum, deux ans d'expérience dans le domaine des troubles psychiques. Ce critère a été posé, car, pour réaliser un CAS en psychiatrie, il est recommandé aux éducateurs d'avoir, au minimum, deux ans d'expérience dans ce domaine.
- ❖ L'éducateur doit être le référent d'une ou de plusieurs personnes qui participent régulièrement, au minimum, une fois par semaine, aux IAA et qui résident dans le foyer d'hébergement d'Ardon ou de La Tzoumaz. Pour que l'éducateur ait une compréhension globale du sujet de recherche, il doit avoir connaissance de ce que la Fondation Domus propose en termes d'atelier occupationnel (atelier animalier) et de centre de jour (TAC).

Le tableau ci-dessous présente les six ES interrogés :

Prénom ¹⁹	Âge	Formation	Années de travail et lieu	Références ²⁰ IAA	Diagnostic	TAC	Animalier
Leila	28 ans	CFC d'ASSC, Bachelor en TS, CAS en psychiatrie	3 ans, Foyer La Tzoumaz	2 (1H et 1F)	H : psychose F : trouble névrotique		XX

¹⁹ Afin de garder l'anonymat les prénoms sont fictifs.

²⁰ Résidents qui participent aux IAA : H = Homme, F = Femme.

Sylvie	32 ans	CFC Commerce, Bachelor en TS	7 ans, Foyer La Tzoumaz	2 (1H et 1F)	H : psychose F : trouble de l'humeur	X	X
Carole	27 ans	Diplôme ECG, Bachelor en TS, CAS en psychiatrie	5 ans, Foyer La Tzoumaz	2 (2H)	H : psychose H : psychose	X	XX
Lucien	54 ans	Licence en théologie, validation d'acquis en TS, CAS en psychiatrie	9 ans, Foyer La Tzoumaz	2 (1H et 1F)	H : psychose due à une substance psychotrope F : psychose	XX	
François	29 ans	CFC ASE, début en soins infirmiers, Bachelor en TS	4 ans Foyer La Tzoumaz	1 (1F)	F : psychose	X	
Patricia	26 ans	Diplôme ECG, Bachelor en TS	3 ans, Foyer d'Ardon	1 (1H)	H : psychose	X	X

Figure 4: récapitulatif des six ES interrogés

4.1.1 Technique de récolte de données et risques liés à la démarche

Afin de récolter des données pertinentes et utilisables dans le cadre de ce travail, des entretiens semi-directifs ont été réalisés, avec des questions ouvertes, semi-ouvertes et parfois fermées. Au préalable, une grille d'entretien²¹ a été préparée, pour orienter les éducateurs et moi-même, et ainsi éviter de s'éloigner trop de l'objet de recherche. À mon avis, il est important que les réponses de la personne interviewée restent libres et que cette dernière puisse argumenter à chaque question. C'est la méthode qui paraît la plus adéquate et pertinente, en vue des éléments que je souhaite récolter. Une trace audio des entretiens a été conservée, à l'aide d'un dictaphone, afin de pouvoir réécouter et retranscrire les entretiens avec exactitude. De plus, la personne interrogée est moins perturbée par un dictaphone qu'une caméra. La retranscription minutieuse des paroles de la personne permet d'éviter, le plus possible, les interprétations subjectives et de garder la véracité des propos tenus.

J'ai conscience que le fait de travailler au sein même de l'institution dans laquelle j'effectue mes recherches comporte certains risques. C'est pourquoi j'ai été attentive à être claire dans mes propos, lors des entretiens, et à savoir porter « *une autre casquette* » à ces moments-là. De plus, dès le début de ce travail, je me suis mise dans une dynamique de recherche et de découverte, c'est-à-dire que les préconstruits et les visions déjà établies par mon expérience professionnelle au sein de cette institution ont été mis de côté, afin de ne pas influencer la personne interrogée et d'établir une certaine neutralité. Lors des entretiens, mes attentes sont définies et un cadre clair est posé quant au déroulement de celui-ci, afin de bien délimiter mon rôle qui n'est pas celui d'une « *collègue* » ce jour-là.

²¹ Annexe A

Durant les entretiens, divers facteurs peuvent provoquer des biais. Premièrement, il faut être conscient des biais qui proviennent de la personne interrogée, comme une mauvaise compréhension des questions, l'implication personnelle, l'honnêteté et l'humeur du jour. Ainsi, je me dois d'être attentive au déroulement de l'entretien, afin d'offrir un cadre sécurisant et agréable, tout en reformulant les questions si besoin. De plus, il faut aussi être vigilant quant aux biais qui proviennent de la personne qui interroge, comme par exemple l'impact personnel, la manière d'interroger, l'attitude et le non-verbal, l'humeur du jour et l'interprétation. Ce sont des éléments auxquels je dois donc être particulièrement attentive lors des entretiens. Un entretien « *test* » m'a permis de débriefer, de veiller à soigner mon attitude verbale et non verbale ainsi que d'expérimenter la manière dont se déroule l'entretien (préparation du matériel, rythme, temps d'attente entre les questions, reformulations, etc.). Enfin, les facteurs externes, comme le moment dans la journée, le temps à disposition et les imprévus possibles doivent également être pris en considération.

Le fait d'avoir conscience de ces nombreux biais m'a permis de rester la plus objective possible et de réaliser les entretiens dans les meilleures conditions, soit dans un contexte adéquat, avec un temps suffisant à disposition, en mettant la personne à l'aise et en ayant préparé des questions claires et compréhensibles. Tous les entretiens se sont ainsi déroulés dans une dynamique positive et chaque éducateur s'est intéressé au sujet. Comme la direction de la Fondation Domus m'en avait donné l'autorisation, je me suis déplacée sur leur lieu de travail, à Ardon et à La Tzoumaz, pendant leur horaire long, afin qu'ils n'aient pas à prendre ce temps sur leur temps libre. Un autre éducateur, présent dans le bâtiment à ce moment-là, a pris le relais afin que nous ne soyons pas dérangés. Avant chaque entretien, l'ES a pris connaissance du formulaire de consentement²² et l'a signé, tout comme l'avait fait, au préalable, le directeur de l'institution. Comme les critères étaient assez précis, je n'ai pas eu de mauvaise surprise, car tous les éducateurs correspondaient au profil recherché. Pour chaque entretien, environ 40-45 mn d'enregistrement audio ont été récoltées.

²² Annexe D.

5. ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

La grille d'entretien était préparée de la manière suivante : premièrement les questions introductives à mon thème ont été posées, puis les questions liées à la première hypothèse, celles associées à la deuxième et enfin celles concernant la troisième. La même méthode a été utilisée pour l'analyse des résultats. Un document a été élaboré, dans lequel, les six réponses sont regroupées sous chacune des questions, ce qui a permis d'obtenir une vision d'ensemble des réponses. En les lisant, en les comparant et en ressortant les éléments importants, une ligne directrice à cette analyse est apparue. Le texte a donc été structuré de la même manière, c'est-à-dire par hypothèses. Les réponses obtenues entre les personnes interrogées et les thèmes faisant surface sont observées, comparées et décrites. Ensuite, avec une partie de ce premier raisonnement, l'intérêt est porté sur les trois hypothèses, afin de les expliciter et de les étudier. Après cela, une synthèse finale de ce qui a été exposé jusque-là est effectuée. Ces réponses obtenues permettront de formuler une opinion et de valider ou non les hypothèses. Finalement, grâce à ces éléments, une réponse sera apportée à la question de recherche.

5.1 Hypothèse 1

Les séances d'IAA participent à stabiliser ou/et à améliorer la santé mentale des personnes atteintes de troubles psychiques placées en institution durant la durée de la séance. Les ES observent que certains de ces bénéficiaires perdurent également une fois la séance terminée.

Dans cette partie, l'opinion des ES sera analysée, par rapport à celle des IAA. Ensuite, quelques notions centrales, qui ressortent des IAA, selon les ES, seront précisées. Enfin, les moyens par lesquels les éducateurs peuvent observer les effets des IAA seront présentés ainsi que les effets qu'ils ont relevés. Un récapitulatif des éléments analysés se trouve en fin chapitre.

5.1.1 Les ES face aux IAA

Les six ES ont une vision positive des IAA. Ils expriment cette opinion grâce à leurs observations, à des conversations avec les bénéficiaires ou avec les intervenants IAA, ou encore après lecture du concept de l'atelier animalier et de la TAC propre à la Fondation Domus. L'une des ES questionnées considère les IAA comme positives et intéressantes, car elle les perçoit comme une « thérapie » ouverte à tous, dont l'approche lui semble non centrée directement sur la maladie ou le handicap. Les six ES rencontrés trouvent adéquat et pertinent de proposer des séances d'IAA, dans le domaine des troubles psychiques. En effet, comme l'explique Belin (2000, p. 47), pour ces séances, il n'y a pas de public spécifique, cependant les premiers essais avec les animaux concernent la psychiatrie.

Certains critères semblent quand même représenter un frein quant à la participation aux IAA comme, par exemple, celui de la « sécurité ». Ce point est ressorti dans tous les entretiens. Les ES ont d'ailleurs souligné qu'il est primordial de s'assurer que le résident soit suffisamment coaché, afin qu'il ne soit ni un danger pour lui-même ni pour les autres. L'intervenant IAA se retrouve, durant les séances, à assumer une surveillance équivoque des réactions de l'animal et de celles du résident présent. Pour cette raison, les six ES sont unanimes pour soulever que les IAA ne sont pas indiquées pour un résident en situation de « mal-être » intense ou de « crise ». Les personnes ayant des antécédents de zoophilie sont également non-recommandables. Une ES formule qu'un travail peut tout de même être réalisé avec des personnes violentes et maltraitantes, mais qu'un certain aménagement de la séance est nécessaire. Selon Lehotkay (2015), un des critères de non-participation aux IAA est de présenter des comportements agressifs ou maltraitants envers les animaux. Les intervenants IAA ont donc la responsabilité

d'évaluer, au préalable, au cas par cas, si les résidents sont à même de participer ou non à la séance, en plus de rester vigilants aux éventuelles réactions inappropriées du résident, sur le moment.

5.1.2 La relation

L'élément central souligné par les six ES interrogés est la relation entre le résident et l'animal. Celle-ci est caractérisée par les ES d'unique et de respectueuse permettant à de véritables liens de s'établir. C'est à partir de ce « *lien* », qui naît de l'interaction entre le résident et cet autre être vivant, non-jugeant, qu'une intervention comme l'IAA prend tout son sens. Il a été constaté que les résidents ont de la facilité à entrer en relation avec l'animal, chose qui n'est pas toujours évidente avec l'homme. Ils semblent avoir créé de véritables liens avec l'animal, car ils se montrent dans l'attente de cette relation et ils se réjouissent de chaque séance, comme le montre cet extrait d'entretien : « *Je sais qu'il les adore. Il en parle avec des yeux pétillants [...]* » (Patricia, l.1501). Une autre éducatrice soulève qu'elle n'a jamais vu de « mauvaise » relation entre les résidents et les animaux. Elle explique que parfois les résidents ne sont pas tout à fait adéquats envers les animaux, mais que cela reste, finalement, très raisonnable (exemple : le fait de vouloir leur donner plus de nourriture que nécessaire). Ce qui ressort, en toile de fond, dans le discours des ES questionnés, par rapport à cette relation entre l'animal et le bénéficiaire, est le ressenti de bonheur, de plaisir et d'affection qu'éprouvent les participants. « *En plus ce qui est magnifique avec les animaux c'est que c'est donnant donnant et les gens ils reçoivent l'affection.* » (François, l.1281.)

Certains résidents semblent percevoir les animaux comme des membres à part entière de leur cercle social. Une éducatrice mentionne le risque de personnification, en évoquant sa référée qui s'adresse aux cochons d'Inde comme à un être humain. Giffroy (2002, p. 175) évoque cette tendance à « humaniser » les animaux et à leur faire une place identique à celle d'un membre de la famille. Ce point de vue est également partagé par Digard (1990, pp. 231-234) qui inclut les animaux familiers dans l'équilibre du système de la personne, grâce aux notions d'affection et d'attachement qui les uniraient tous les deux. La limite semble donc être fine entre le risque de personnification et l'attachement profond.

En rédigeant le cadre théorique, il a été remarqué que l'IAA prend sa source dans la relation entre le bénéficiaire et l'animal. Bien que les animaux n'aient pas la faculté de « soigner », néanmoins, il apparaît primordial de s'intéresser à ce qu'ils renvoient aux bénéficiaires de façon non intentionnelle. Il revient aux intervenants IAA de parvenir à saisir ce que l'animal mobilise chez la personne à travers cette relation et de l'utiliser (Tribet, Boucharlat & Myslinski, 2008, p. 186).

5.1.3 Visibilité, mesurabilité

Quelques questions de la grille d'entretien portaient sur la légitimité de l'IAA, du point de vue de l'ES : des changements²³ sont-ils observables et de quelle manière le sont-ils ? À ce niveau, les avis restent assez divergents.

Ces professionnels du social ont, pour la plupart, constaté uniquement des effets et des changements positifs chez la personne pratiquant l'IAA. L'aspect de « *fatigue* », remarqué chez la personne après les séances, a été ressorti comme un effet négatif, même s'il s'apparenterait à une « *bonne* » fatigue. Les ES soulèvent cependant que la médication aux effets secondaires

²³ Changements : sous-entendu ici les effets constatés de l'IAA qui ont été observés dans l'état général du bénéficiaire.

parfois conséquents et le trouble psychique représentent également une source de fatigue pour la personne. Le tableau réalisé au point 2.2.2 démontre que, chez les individus souffrant de troubles psychiques, la fatigue extrême est un symptôme récurrent.

Trois personnes n'ont constaté aucun changement particulier chez le bénéficiaire, depuis qu'il participe aux IAA. Une d'entre elles explique que, lors de son arrivée à la Fondation Domus, la résidente participait déjà, depuis longtemps, aux IAA et qu'il était donc délicat d'identifier si elles étaient responsables de changements chez cette dernière. Pour les deux autres ES, il leur semblait complexe de se positionner objectivement face aux changements observés, car il leur était difficile de dire si ceux-ci résultaient uniquement des IAA ou s'ils sont plutôt dus à l'ensemble des prestations fournies simultanément. En effet, à la Fondation Domus, les IAA s'insèrent dans une dynamique d'accompagnement pluridisciplinaire²⁴ : c'est-à-dire qu'un résident bénéficie quotidiennement d'un suivi éducatif, d'entretiens infirmiers et d'ateliers occupationnels et/ou thérapeutiques. Pour les trois autres ES, il est clair que des changements proviennent des IAA et qu'ils sont observables.

Cette question en lien avec « la légitimité des IAA » a fait jaillir également un certain malaise chez trois ES qui ont pris conscience de leur carence de connaissances à ce niveau, concernant leurs référés. La mission de la Fondation Domus cherche à créer une synergie entre les prestations proposées, c'est peut-être pour cette raison que l'ES ne porte pas une attention spécifique à l'IAA.

Toutefois, des effets à deux niveaux ont pu être identifiés lors des entretiens : premièrement, dans l'immédiat, après la séance et deuxièmement, sur la durée, le long terme. En effet, dans les minutes qui suivent la séance, les ES relèvent tous avoir constaté que les participants éprouvaient du plaisir, de la satisfaction et/ou de l'apaisement jusqu'au mieux-être. À moyen ou à long terme, les ES constatent des habilités sociales acquises et/ou travaillées comme une meilleure gestion des émotions, plus d'aisance en communication, un sens des responsabilités plus développé, etc. Il est constaté que certaines compétences doivent être régulièrement travaillées pour espérer maintenir les acquis; d'où l'importance que les interventions s'étendent sur une certaine durée et soient régulières. Comme le résident, l'animal et l'intervenant doivent d'abord établir une relation, avant de pouvoir bénéficier de ces effets. De plus, comme la maladie psychique s'ancre également sur le long terme pour la personne concernée, les IAA trouvent du sens à perdurer et à accompagner l'individu sur du long terme, afin de permettre l'éclosion de certains effets positifs en continu.

Cinq moyens semblent être utilisés par les ES qui leur permettent d'observer et de se rendre compte des effets des IAA sur les résidents :

- ❖ L'observation du résident à son retour de la séance d'IAA,
- ❖ Les temps d'échange formels et informels avec le résident,
- ❖ Les temps d'échange formels et informels avec l'intervenant IAA,
- ❖ Les « feedback » des intervenants IAA pour le bilan annuel avec le réseau.

Les effets de l'IAA sont donc visibles. Ils sont observables par les ES, mais ils restent subjectifs car ils ne peuvent pas être spécifiquement observés avec les moyens à disposition et en raison de la simultanéité de l'accompagnement pluridisciplinaire. Les temps d'échange avec le résident ou avec l'intervenant IAA sont importants pour que l'ES reste informé du déroulement des IAA. Il a été constaté que si un ES n'utilise ni les échanges ni l'observation, il récolte, au minimum, une fois par année les « feedback » des professionnels IAA. Sonia Gex-Fabry

²⁴ <http://www.fondation-domus.ch/institution/notre-mission>.

conçoit également deux temps d'apprentissages : « *court et long terme* ». Le travail sur certaines problématiques ou le développement de certaines compétences (gestions des émotions, réappropriation corporelle etc.) s'effectue donc sur du long terme. Cependant, le court terme est également important pour sceller la relation et les effets ressentis par le bénéficiaire (joie, implication, apaisement, etc.).

5.1.4 Les effets de l'IAA

À l'aide du tableau ci-dessous, les effets attribués à l'IAA, observés par les ES chez leurs référés, ont été regroupés et classés selon les aspects physiques, psychiques, sociaux et cognitifs. Les ES ont donné une multitude de termes tout au long de l'entretien. Il a donc fallu regrouper, classer et enfin désigner une analogie qui permettait d'englober les propos des différents ES. Ce classement reste subjectif, car certains effets ne sont pas uniquement attribués à un aspect et influencent plusieurs catégories en même temps. Le fait que ces aspects soient étroitement liés entre eux est ce que Kolher (2009) appelle l'effet « *boule de neige* ».

Physique	Psychique	Social	Cognitif
Coordination Gestion des distances Mobilité	Affection Apaisement Concentration Estime de soi Gestion des émotions Instant présent Motivation Plaisir Réappropriation corporelle Réconfort Sentiment d'efficacité personnelle Responsabilité	Attachement Facilitateur de lien Interaction Non jugeant Relation	Apprentissages des termes et gestes techniques Prise d'initiatives

Figure 5: effets de l'IAA

Selon ce tableau et les entretiens, certains éléments développés ci-dessous, ont pu être relevés :

Physique : le fait que le résident ait une activité physique et se mobilise à travers différents gestes est exprimé très clairement par plusieurs ES. L'un d'entre eux explique que son référé travaille sur la proximité, car il a tendance à « *envahir l'espace personnel d'autrui.* »

Psychique : énormément de données sont émises par les ES, à ce niveau. La diminution de l'anxiété (apaisement), la valorisation (estime de soi), la gestion des émotions, l'implication (motivation) et le sentiment d'efficacité personnelle sont des termes apparus à plusieurs reprises dans le langage de tous les éducateurs.

De plus, le fait de se concentrer sur une action manuelle claire et précise aide le résident à se retrouver dans l'instant présent. Il peut se focaliser sur l'ici et maintenant et se concentrer sur ce qui est en train de se passer au moment même où cela se passe.

« Quand il fait ça, on pourrait pas croire qu'il a des troubles psychiques, il est dans l'instant présent il est comme toi et moi et c'est quelqu'un qui quotidiennement est très délirant. » (Sylvie 1.430)

Le morcellement fait partie également des symptômes de certains troubles psychiques tels que la schizophrénie. L'angoisse de morcellement est comme un état de non conscience, de non connaissance de l'espace et des limites de son corps. Réaliser des activités dans l'ici et maintenant, permet de retrouver, petit à petit, une réappropriation de son corps comme étant une unité propre.

Il a également été constaté que le terme de « responsabilité » est apparu dans chaque entretien. Ce concept a donc une importance élevée pour les éducateurs interrogés.

« [...] il y a toutes ces notions de responsabilité, ils doivent les nourrir, s'en occuper. Ils doivent mettre un peu de côté leur personne et se dire je prends sur moi ma maladie elle est là, si je m'occupe pas d'eux personne le fait, je trouve c'est hyper important. Sinon ça leur permet de prendre responsabilité sur certains actes, sur comment il faut faire et les comportements qu'il faut avoir [...]. » (Carole, 1.722)

L'IAA participe à faire émerger et à redonner des compétences chez le bénéficiaire à travers le fait de prendre soin d'un être vivant, d'en être responsable. L'individu souffrant de troubles psychiques est de nature « centré sur soi ». Être responsable d'un animal offre la capacité de raisonner et d'agir pour quelqu'un d'autre en laissant, pour un temps, de côté sa personne.

De plus, les bénéficiaires se sentent valorisés par la confiance accordée par les professionnels pour s'occuper des animaux. Le message qu'ils reçoivent est le suivant : « j'ai confiance, tu es capable de prendre bien soin d'eux. » Ils sont considérés, une tâche leur est confiée et, en plus, ils ont accès à une relation qui leur procure du bonheur. Responsabiliser une personne, c'est donc, semble-t-il, la replacer en tant que sujet autonome et capable, lui donner les moyens de faire des choix singuliers dans un espace de liberté qui lui est propre. Dans ce but, il est nécessaire de lui (ré)attribuer ce qui lui appartient en tant qu'acteur, c'est-à-dire la conséquence de ses actes et de lui faire prendre conscience qu'elle a un pouvoir de décision. Le fait d'interagir avec un animal et d'en avoir la responsabilité semble également avoir un impact sur la motivation profonde du résident.

Social : l'animal est perçu comme un confident attachant et aimant par le bénéficiaire. Des interactions sont présentes et le résident développe une relation de nature amicale et affective avec les animaux. L'animal facilite aussi la création du lien entre le résident et le professionnel durant les IAA. Il est également « un sujet à aborder », permettant d'entrer en conversation avec le bénéficiaire. Un ES a observé que des interactions et des contacts se sont créés, parmi les pairs qui participent aux IAA. L'isolement social semble donc diminuer pour les participants de ces séances.

Cognitif : trois éducateurs n'ont pas observé d'effets dans ce domaine. Les trois autres parlent essentiellement de développement de la mémoire et des capacités d'apprentissage, lié aux termes et aux gestes techniques. Ils expliquent que l'apprentissage de certains comportements permet d'interagir et de travailler avec l'animal. « Des fois, il m'explique être trop content à côté des animaux et qu'il doit se contenir car les animaux ont parfois peur. » (Patricia, 1.1503)

Un éducateur relève que les effets des IAA ne sont pas automatiques, c'est-à-dire qu'une multitude de paramètres doivent être considérés pour que ces changements se produisent chez

les bénéficiaires. La qualité de la relation entre les trois partis, la professionnalité de l'intervenant, la motivation de la personne, son seuil d'apprentissage et le temps sont, entre autres, des paramètres qui vont déterminer l'efficacité des IAA. Encore une fois, l'IAA s'insère dans une dynamique de prestations fournies simultanément par l'équipe pluridisciplinaire.

Tous ces aspects relevés par les ES apparaissent de manière identique à ceux décrits dans la partie théorique de ce travail (cf. 2.1.3). Ces effets sont donc réellement présents et surtout ressentis par le bénéficiaire. Les IAA ne sont pas « magiques », mais restent une intervention dans un contexte et un environnement donné, avec de nombreux facteurs externes qui en peuvent influencer la réussite.

5.1.5 Les effets transposables

Pour savoir si les compétences acquises dans un contexte donné, comme celui des IAA, pouvaient être généralisables, j'ai cherché à savoir si les bénéficiaires pouvaient, en dehors des IAA, transposer certains effets.

Les avis des ES sont partagés ; ils ont éprouvé de la difficulté à se positionner clairement sur ce sujet. Plusieurs ES estiment que les bénéficiaires transposent inconsciemment des aptitudes dans les AVQ. Ils ont rapporté que certains résidents peuvent transposer ce qu'ils ont acquis, d'autres partiellement et d'autres pas du tout. Cependant, ces estimations des ES sont au stade hypothétique, car aucun exemple concret ne ressort des entretiens quant à la capacité du résident à transposer ou non ce qu'il a appris aux IAA. Cette capacité n'est donc pas objectivable.

Certains ES expriment être co-responsables de la capacité du résident à transposer ou non ce qu'il entreprend aux IAA. En effet, le rôle des éducateurs est d'accompagner le résident dans l'émergence de ses aptitudes au quotidien. L'ES peut amener le résident à se remémorer des situations dans lesquelles celui-ci est parvenu à canaliser ses émotions, par exemple. Il a également la possibilité d'accompagner le résident dans la prise de conscience de ce qu'il travaille aux IAA. Le fait de valoriser le participant et de lui montrer que, dans une situation concrète, il a été capable de faire quelque chose va lui prouver qu'il peut le refaire.

5.1.6 Synthèse de l'hypothèse 1

Après avoir recueilli et interprété les données relatives à l'hypothèse 1, les éléments importants pour y répondre avec justesse dans la synthèse finale seront récapitulés ci-dessous.

Les IAA sont utiles pour des personnes souffrant de troubles psychiques. Des effets bénéfiques aux niveaux physique, psychique, social et cognitif sont observés et constatés par les ES. Ces derniers ont connaissance de ces effets, grâce aux discussions formelles et informelles avec le résident ou l'intervenant IAA, aux feedback des intervenants IAA ou par leurs observations directes du résident. Un bilan annuel permet aussi à l'ES, au minimum une fois dans l'année, de récolter un feedback des intervenants IAA. Les IAA apportent des effets bénéfiques durant la séance, puis à court et à long terme. Les ES constatent qu'une partie des effets est immédiate (attachement, plaisir, etc.) et qu'une autre concerne plutôt des compétences qui se développent sur le long terme. Il est du rôle de l'ES de faire prendre conscience au bénéficiaire de ses compétences et de faire émerger ces capacités acquises aux IAA dans d'autres moments du quotidien. Cependant, il est important de nuancer ces propos, car ils ne sont pas complètement objectivables. En effet, il est difficile de prouver que les IAA et leurs effets sont les uniques responsables des changements constatés chez les bénéficiaires. La raison est que le résident est entouré par divers professionnels et participe à plusieurs prestations en même temps que les IAA. De plus, les ES semblent ne pas avoir de vue d'ensemble sur ce tout ce qui concerne le

bénéficiaire. Divers facteurs entrent donc en jeu au niveau de l'efficacité ou non de l'IAA et la présence seule de l'animal ne suffit pas à ce que le résident bénéficie de tous ces aspects positifs.

5.2 Hypothèse 2

Un travail interdisciplinaire entre les ES et les Intervenants Assistés par l'Animal augmente la qualité du suivi auprès du résident. Cet accompagnement plus spécifique permet plus d'individualisation et de pertinence pour le bénéficiaire.

Dans cette section, l'objectif est de cerner la vision du travail interdisciplinaire de la part des ES. Je souhaite comprendre de quelle manière il est mis en pratique sur le terrain et de quelle façon il est perçu par les ES. Le but est également de définir les moyens que les ES ont à disposition pour communiquer avec les intervenants IAA. Une synthèse des éléments en lien avec l'hypothèse 2 est présentée au terme de ce chapitre.

5.2.1 Définition du Travail Interdisciplinaire (TI)

La définition du TI a été demandée aux ES, afin de vérifier la manière dont ils comprennent cette notion. Une ES l'a défini comme étant le fait que plusieurs professionnels de divers horizons superposent leurs compétences pour répondre aux divers besoins du résident. Cette définition ne peut pas être acceptée, car elle correspond plutôt à celle du travail pluridisciplinaire tel que le définit Foucart (2008, p. 95) : « *Les angles de vue sont multipliés mais chacun suit ses caractéristiques propres (méthodologie, langage, etc.).* » Les cinq autres ES ont donné des définitions qui ont été regroupées, en quelques mots-clés, ci-dessous.

Travail Interdisciplinaire	Apporter une plus-value	Surpasser le travail d'un seul secteur
	Prendre en compte chaque secteur	Partager les compétences
	Volonté et envie de s'impliquer	Connaître le travail de l'autre secteur
	Être cohérents tous ensemble	Avoir un suivi spécifique
	Faire preuve de transparence	Mettre le résident au centre
	Cibler une dimension du résident	Travailler sur un objectif commun
	Connaître le résident dans sa globalité	Communiquer régulièrement

Figure 6: définition du TI par les ES

Ce qui ressort à travers ce tableau, c'est une notion du TI tout à fait correcte et claire, en théorie du moins, pour les ES. Cette constatation rappelle les propos de Darbellay (2012, p. 18) et de Dupuy (2013, p. 2) qui mentionnent la nécessité d'échanger sur les idées, les concepts, les théories ou les méthodes entre les disciplines, afin d'avoir accès à une compréhension du sujet plus complète. Le travail interdisciplinaire implique d'être cohérent et de communiquer étroitement, afin de se concentrer tous ensemble sur un projet que le résident et toutes les personnes impliquées espèrent réaliser. Il consiste également à collaborer dans le but de trouver un nouvel élément qui apporterait singulièrement une plus-value et qui ne serait pas possible d'obtenir sans un partage des pratiques professionnelles.

La plupart des ES ont estimé n'avoir que des avantages lors d'une pratique interdisciplinaire. La dimension de cohérence entre les secteurs semble relativement importante. Il semble évident que cette cohérence donne du poids et de la qualité à l'accompagnement du bénéficiaire. Cependant, lorsque cette même question leur a été posée à propos des désavantages, trois d'entre eux ont ressorti deux éléments : le temps conséquent à y consacrer et la difficulté à

communiquer en grand groupe. D'après leurs propos, la perte au niveau du temps serait due à l'organisation et à la mise en place des diverses rencontres entre les secteurs. Se rencontrer et laisser un temps de parole à chacun prend certes plus de temps que d'élaborer, de son côté, des projets avec le résident. L'investissement temporel à court terme, dans le TI, est peut-être plus conséquent, mais il permet de gagner du temps sur le long terme. L'accompagnement est, de ce fait, plus spécifique, moins dispersé et davantage centré sur l'individu. Il en est de même pour la difficulté à communiquer en grand groupe. Il est clair, que plus les individus sont nombreux, plus il y a de regards différents, ce qui peut être à double tranchant : positif ou négatif. Il faut donc un temps d'adaptation, un cadre clair et précis pour chaque secteur ainsi qu'un fil rouge qui permettra de rythmer ces temps d'interdisciplinarité.

5.2.2 Le TI sur le terrain : admission et mise en pratique

J'ai demandé aux éducateurs comment se déroule l'intégration d'un résident lorsqu'il est placé à la Fondation Domus, afin d'avoir une compréhension de la pratique usuelle de l'institution et de pouvoir relever où et comment se forme l'interdisciplinarité. Il faut préciser que, dans le cadre de mon travail, je n'ai pas encore réalisé, à cette heure, une admission d'un résident et que les informations qui suivent sont tirées des entretiens réalisés.

À l'heure actuelle, à la Fondation Domus, le fonctionnement est le suivant : le résident qui arrive bénéficie de trois mois d'intégration. C'est une période durant laquelle il découvre le fonctionnement institutionnel. Il est intégré sur une unité de vie du foyer d'hébergement et un éducateur référent lui est attribué. Il va ensuite découvrir ces différents secteurs : les ES, les infirmiers, les psychiatres, le médecin généraliste, les MSP et les thérapeutes. Le résident doit effectuer une journée d'essai dans chaque atelier de la Fondation Domus (bois, animalier, intendance, sport, art-thérapie, musicothérapie, TAC, etc.). Le résident n'est cependant pas toujours en mesure de se faire un avis, en une journée d'essai, de ce qu'implique sa participation à un atelier (rythme, charge de travail, difficulté liée à son trouble psychique, etc.). Suite à ces brèves visites, il va débiter certains ateliers qu'il a choisis. Le résident va donc, durant les semaines restantes, commencer son Programme Hebdomadaire Individualisé (PHI). Pour établir le PHI, l'ES doit prendre en compte les besoins et les souhaits du résident, en fonction des prestations de la Fondation Domus (horaires et disponibilité des ateliers, tâches sur l'unité de vie, temps libre, etc.). À la fin des trois mois, un bilan concernant sa période d'intégration est réalisé avec l'ES référent, le responsable de foyer, le curateur, le SSH et le bénéficiaire. Durant cette séance, les éléments significatifs de cette période sont présentés aux membres du réseau. L'ES récupère des informations dans les divers secteurs, afin de soumettre au réseau un Plan d'Accompagnement Individualisé (PAI) qui décrit le résident. L'ES et le bénéficiaire réalisent en co-construction ce document et sélectionnent les objectifs les plus pertinents à travailler pour la période suivante, en lien avec les besoins et le projet de vie du résident. Un équilibre entre les observations et les constats de l'ES, et les souhaits du bénéficiaire doit être trouvé. Gaberan (2003, p. 69) parle de l'importance de la « *relation éducative* » pour pouvoir être en mesure d'accompagner le résident. Le parallèle peut ici être établi avec le processus de rencontre et de confiance qui s'installe afin de négocier ensemble (le résident et l'ES) les objectifs souhaitables et réalisables.

« Je pense il est co-acteur. Un psychotique, il est souvent carencé pour initier un projet. C'est-à-dire qu'il a certainement des envies, des goûts, il y a quelque chose qui est là mais que nous on a à faire émerger. C'est un art de faire prendre conscience aux psychotiques de ce qu'il a comme envies donc c'est pour ça que je dirais co-acteur. [...] On est vécu comme ça par lui dans la tête du psychotique on fait partie de sa conscience de sa volonté et parfois on a une certaine influence et

à mesure qu'on connaît son histoire, sa sensibilité on va mettre des mots dessus et on peut le guider, co-acteur mais seul non, autrement il reste sur place. » (Lucien 1.1154)

Si le placement est validé, l'ES énonce également les deux objectifs co-construits avec le résident. Le PAI et les deux objectifs sont mis en place pour une année et ils seront évalués au prochain bilan avec le réseau externe. Entre deux, six mois après le bilan externe, a lieu un bilan interne avec le responsable de foyer, l'ES référent et le bénéficiaire, afin d'effectuer un point de situation intermédiaire. Le résident doit se sentir « *acteur* », impliqué dans la construction de son projet pour être motivé. L'échéance et la temporalité sont également nécessaires pour appuyer cette démarche, comme l'explique Rouzel (2014, p. 7) au sujet du projet éducatif. Le PAI inclut non seulement l'énoncé des objectifs, mais aussi les difficultés possibles et les ressources internes et externes à disposition du résident pour y parvenir. Rouzel (2014) souligne l'importance de ces critères pour qu'un projet soit légitime et réalisable.

Le résident a également un à deux objectifs propres à chaque atelier auquel il participe. C'est le référent d'atelier et le résident qui choisissent ces objectifs à travailler dans le cadre de l'atelier. Le référent d'atelier effectue, au minimum une fois par année, un retour concernant les objectifs et le déroulement de l'atelier à l'ES référent pour que ce dernier puisse récolter les informations, les insérer au PAI et préparer le réseau externe. Les intervenants IAA n'ont pas l'obligation de se référer au PAI pour construire les objectifs d'atelier. Le résident a donc deux objectifs principaux qui s'intègrent dans son projet nommé PAI. Il peut ensuite avoir une multitude d'autres objectifs qui découlent du nombre d'ateliers auquel il participe. Ainsi, il est constaté que, dès le départ, l'organisation ne permet pas de réaliser une mise en commun entre les secteurs, étant donné que chacun établit de son côté les objectifs.

Les moyens de communication les plus réguliers et les plus utilisés entre les ES et les intervenants IAA de l'atelier animalier ou de la TAC sont les e-mails et le téléphone. Toutefois, certains ES expliquent qu'ils ont de la difficulté à joindre les intervenants IAA par ces canaux de communication. Les intervenants IAA ne travaillent pas dans un bureau, il est difficile pour eux d'être atteignables à certains moments de la journée. Un ES soulève que les rencontres informelles se font peu. En effet, il a été relevé que les collaborateurs n'ont pas forcément de moments de rencontre durant la journée. Plusieurs ES soulèvent que les pauses des professionnels ont lieu à des heures différentes et que les ateliers ne se trouvent pas géographiquement au même endroit que le foyer d'hébergement où ils travaillent. Plusieurs ES estiment que les moments de rencontre formelle entre les intervenants IAA et les ES sont très faibles. Ils sont apparemment convenus de manière aléatoire, selon les disponibilités de chacun. Les ES ont droit à une demi-journée par an pour visiter un atelier de leur choix, en lien avec leurs référés, idem pour les collaborateurs des ateliers. Les intervenants IAA peuvent aussi participer aux colloques des unités de vie, lorsque cela semble nécessaire pour eux ou pour les ES. Cependant, cela est rarement possible, car, pour des raisons organisationnelles, ils ne sont pas relayés à l'atelier. En effet, deux ES expliquent n'avoir jamais rencontré les intervenants IAA et que toutes communications se passent uniquement par mail. Une éducatrice soulève que les rencontres entre les intervenants IAA et les ES ont plutôt lieu lorsque quelque chose ne va pas à propos du résident. Le cas contraire ne se fait apparemment pas. La fréquence à laquelle les ES et les intervenants IAA communiquent n'a donc pas pu être définie. D'une part, celle-ci est plus intense lorsqu'ils jugent ces moments nécessaires et, de l'autre, elle varie au cas par cas, selon la manière de faire des ES. Certains communiquent chaque semaine, d'autres au compte-gouttes ou certains encore seulement une fois par année. La compétence de travailler en interdisciplinarité est notifiée dans le cahier des charges des ES ; quasiment tous les éducateurs ont répondu qu'elle y figurait, mais qu'au quotidien, elle n'apparaît pas.

Quatre ES affirment ne pas faire réellement de l'interdisciplinarité et les six estiment ne pas être satisfaits de la collaboration actuelle.

« Dans le quotidien il n'apparaît pas assez. Je reste convaincu que l'outil est génial mais qu'il n'est pas suffisamment utilisé parce qu'on serait plus performant si on décide ensemble [...], on décide d'avoir deux objectifs pendant six mois pour tel résident et les objectifs de chaque atelier doivent avoir un lien avec ça autrement on fonctionne comme des psychotiques morcelés. » (Lucien I.1101)

Les ES mentionnent la difficulté à transmettre et à recevoir des informations régulièrement et de manière précise. Certains affirment que le manque de « *feedback* » de la part des intervenants IAA ne favorise pas la bonne dynamique face aux résidents. Le résident peut tenir des discours différents dans chaque secteur et « *profiter* » du manque de communication.

« Quand on communique avec des professionnels qui ont d'autres lunettes, on en ressort changé et enrichi du regard de l'autre, on est dans le côté qui fait qu'on est soignant on solidifie et on est anti psychotique. Autrement si on le fait pas, on risque de renforcer son problème et pas de le résoudre. » (Lucien I.1251)

Les informations mettent du temps à arriver et sont souvent peu compréhensibles. De plus, le manque de régularité dans leur transmission engendre la perte de données. Deux ES ont le sentiment de communiquer à sens unique, mais une ES estime que c'est à elle d'aller chercher les informations. Les ES relèvent également que les intervenants IAA ne connaissent que très partiellement leurs pratiques éducatives. De l'autre côté, les ES n'ont également que peu d'informations sur ce qui est concrètement réalisé aux IAA. Ils ne tiennent pas non plus au courant rapidement les intervenants IAA de certains changements ou décisions concernant le bénéficiaire. Ils expliquent aussi qu'une demi-journée de visite dans un atelier de leur choix ne leur permet pas de se rendre compte de manière suffisante du travail effectué par leurs collègues. La plupart d'entre eux n'ont jamais pu observer une séance d'IAA de leur référent. Les deux secteurs ne sont donc pas informés mutuellement des pratiques de chacun. Ils n'entretiennent pas de collaboration régulière et précise et n'ont pas de projet commun concernant le bénéficiaire. Le projet éducatif doit inclure les professionnels qui entourent et côtoient le résident, car ils contribuent à la réalisation de celui-ci (Rouzel, 2014). Les professionnels des autres secteurs deviennent alors des personnes ressources pour le résident qui l'accompagnent dans son parcours. Le Travail Interdisciplinaire vise la même perspective que le projet éducatif, en ce sens. En se référant aux auteurs Darbellay (2012), Dupuy (2013) et Foucart (2008) qui ont participé à l'élaboration des chapitres sur l'ES et le TI, il est constaté que les principes de ce dernier ne se retrouvent pas clairement chez les professionnels de cette institution. Le croisement des savoirs, la compréhension systémique du résident, la circulation des informations et le but commun ne se retrouvent pas dans cette pratique actuellement.

5.2.3 Synthèse de l'hypothèse 2

Les ES interrogés ont une définition correcte du TI. L'élément essentiel ressorti est la valeur ajoutée, grâce à la circulation des savoirs entre les secteurs, qui permet de surpasser ce qu'un seul corps de métier serait capable de réaliser. Cette valeur ajoutée se trouve dans la réalisation d'un projet commun propre au résident. Le résident doit être complètement impliqué dans ce projet, afin de se sentir motivé ; c'est la co-construction.

Le travail interdisciplinaire n'est pas qualifié comme tel et n'est pas satisfaisant pour les ES interrogés. De nombreuses difficultés (communications biaisées, irrégulières, peu de temps et de moments prévus disponibles, projets séparés, etc.) surviennent dès le départ, dans la collaboration entre les intervenants IAA et les ES. Les deux secteurs n'ont également pas une

connaissance suffisante de leur pratique mutuelle. A l'heure actuelle, il n'existe aucune ligne directrice qui définit la collaboration des intervenants IAA et des ES. L'absence de protocole clair et le manque de moyens à disposition rend le travail interdisciplinaire complexe. La place de l'ES dans la collaboration est carencée, ce qui ne permet pas d'unifier les manières de procéder des professionnels. De plus, le résident a de la difficulté à se projeter dans un programme hebdomadaire et ne perçoit pas tous les éléments qui entrent en compte, sur la base d'une période d'intégration de trois mois et d'une visite des ateliers. L'ES doit l'accompagner, sans avoir une connaissance complète de toutes les données le concernant. Le résident n'est pas dans un suivi spécifique, mais multiple, en lien avec la quantité d'objectifs différents que comporte son quotidien. De ce fait, il peut plus facilement trianguler, se sentir moins entouré ou encore se sentir surinvesti, un risque pas des moindres. Ainsi, l'organisation laisse peu de place à la réalisation du TI.

5.3 Hypothèse 3

L'état de santé psychique du résident nécessite que l'ES évalue quotidiennement sa capacité à se rendre ou non à une IAA.

Le but de cette dernière hypothèse est de comprendre comment se déroule le quotidien des ES, lorsqu'un résident se rend aux ateliers et plus spécifiquement aux IAA. Le trouble psychique comporte de nombreux symptômes qui entravent la motivation et l'énergie de la personne. L'objectif est d'identifier comment les ES agissent quand ils se retrouvent dans une situation où un résident ne souhaite pas se rendre aux IAA. Enfin, au terme de cette analyse, une synthèse des points centraux sera effectuée.

5.3.1 Protocole en cas d'absence aux IAA

J'ai demandé aux ES de m'expliquer quelle était la procédure, si un résident déclarait ne pas pouvoir/vouloir se rendre aux IAA.

Les ES accompagnent les bénéficiaires sur les unités de vie quotidiennement. Les résidents, par le biais de leur PHI, ont un programme qu'ils sont tenus de respecter. S'il ne se sent pas en état de se rendre à l'atelier, le résident doit le signaler à l'ES qui évalue cette demande. Ce dernier doit déterminer si le résident n'est réellement pas en état de se rendre à l'atelier ou s'il a besoin d'être sollicité pour le faire. L'ES n'a pas l'autorisation de valider ou non cette absence. Pour cela, il doit accompagner la personne auprès des infirmiers qui évaluent si le mal-être est d'ordre physique ou psychique, suite aux explications du résident et de celle de l'ES. Les infirmiers essaient d'établir si l'absence paraît justifiée ou non. Le résident repart ensuite à l'atelier ou sur l'unité de vie. Les infirmiers, en tenant compte des informations récoltées, rédigent un e-mail relatant l'entretien au responsable de foyer. Ils décrivent leurs impressions quant à la situation et demandent au responsable de justifier ou non cette absence. C'est donc à lui qu'appartient la décision finale ; il s'occupe également de prévenir l'atelier concerné de l'absence du bénéficiaire. En dehors de ses horaires, l'ES annonce l'absence aux ateliers. Si le MSP ou le thérapeute constate l'absence d'une personne dans son atelier et qu'aucune annonce n'a été faite, il contacte, par téléphone, le responsable du foyer concerné. Lorsqu'un résident est en absence injustifiée, soit il n'est pas payé, s'il s'agit d'un atelier rémunéré, soit il reçoit une amende de CHF 15.-, si c'est un atelier non rémunéré.

5.3.2 Facteurs qui peuvent entraver la participation aux IAA

Tous les ES questionnés affirment que le bénéficiaire a un comportement différent, hors du contexte de son lieu de vie. La relation avec les ES peut être difficile à rendre symétrique. Les bénéficiaires ont tendance à vivre certains moments du quotidien comme des contraintes (nettoyage de la chambre, préparation des repas, etc.). La relation aux IAA semble d'une nature différente : d'une part, le lieu n'est pas le lieu de vie du résident et, de l'autre, la nature de la relation qu'il entretient avec l'animal et l'intervenant IAA n'est pas la même que celle qu'il tisse avec l'ES. Les résidents apprécient de se rendre aux IAA, bien que la plupart des ES racontent aussi que la plupart éprouvent de la difficulté à s'y rendre. Ils nomment une multitude de raisons possibles qui ont été regroupées ci-dessous.

Facteurs susceptibles d'entraver la participation à l'atelier			
Aboulie	Désorientation dans le temps	Douleurs somatiques	Médications conséquentes
Angoisses d'origines diverses	Difficulté à initier l'action	Évènements marquants survenus ou à venir	Perte de mémoire
Craintes non fondées	Douleurs psychosomatiques	Fatigue extrême	Volonté de ne pas s'y rendre
Délires		Hallucinations	
Désintérêt		Manque de motivation	

Figure 7: facteurs qui peuvent entraver la participation des résidents aux ateliers

Le trouble psychique a donc une énorme influence dans la capacité du bénéficiaire à se rendre aux IAA. Certains symptômes, comme ceux cités dans la partie théorique, au point 2.2.2, se retrouvent dans ce tableau. D'autres découlent de la répercussion de ces symptômes, comme la médication importante que les résidents doivent prendre chaque jour et son lot d'effets secondaires. Comme l'explique Schuler & Burla (2012, p. 2012), la capacité à retrouver un équilibre, à travers tous les facteurs internes et externes qui influencent la santé mentale, demande une adaptation constante. Les personnes qui souffrent de troubles psychiques et qui sont placées en institution n'ont plus les capacités de trouver cet équilibre. La difficulté à faire face aux événements est intensifiée. Un ES souligne l'importance de toujours se rappeler que la maladie psychique est présente. En effet, certains symptômes ne se voient pas au premier abord et pourtant la personne est en souffrance et se retrouve dans l'incapacité de se rendre à ces séances. Il a également été observé que, certaines fois, le résident souhaite simplement ne pas y aller volontairement.

Les IAA font partie du traitement « thérapeutique » proposé par la Fondation Domus. Il est important que les bénéficiaires puissent en ressentir ces effets, également lorsqu'ils sont moins bien psychiquement. En effet, les ES relèvent souvent que le résident est mieux une fois qu'il s'est quand même rendu aux IAA. Une ES explique que, du point de vue psychique, si le résident n'est pas un danger pour lui ou pour les autres, qu'il n'est pas décompensé, il n'a aucune raison concrète de ne pas s'y rendre, sous réserve que la séance soit adaptée (ménagée, raccourcie, etc.), en fonction de l'état du participant. Un autre ES mentionne le risque que le résident reste dans son mal-être et « *ressasse ses pensées négatives envahissantes* », s'il ne se rend pas à l'atelier alors qu'il avait les ressources pour le faire, mais qu'il manquait de stimulation. Les IAA sont aussi en place justement pour permettre aux résidents de se retrouver,

dans un contexte différent que celui du foyer d'hébergement. Ce dernier peut s'avérer très cadrant, afin de permettre l'émergence de certaines capacités.

5.3.3 Évaluation de l'ES

À l'intérieur du protocole, il est constaté que l'ES n'a pas concrètement de poids dans l'évaluation de la capacité d'un résident à se rendre ou non à un atelier, mais c'est à lui qu'incombe la tâche de l'estimer, en premier lieu, car il est en contact direct avec le bénéficiaire. Si l'ES est en mesure de stimuler le résident, le protocole d'absence n'est pas activé. Une ES précise qu'il est primordial de « *creuser* » ce qui se cache derrière le refus du résident. En effet, l'un des rôles de l'ES est d'accompagner le bénéficiaire dans une « *approche de la complexité humaine* » (Wacquez, 2013, p. 26), c'est-à-dire de prendre en compte le sujet (le résident) dans sa globalité et dans le contexte dans lequel il s'insère. Si un résident déclare ne pas pouvoir se rendre aux IAA, l'ES doit pouvoir appréhender tout ce qui entoure le bénéficiaire, afin de comprendre les raisons de ce refus. Si les raisons sont déterminées, l'ES et le résident peuvent entrevoir des possibilités de dépasser cette difficulté.

Cependant, les six ES éprouvent de la difficulté à réaliser ces évaluations. Ils expliquent ne pas toujours savoir de quelle manière se positionner face à cette situation. « *Je me sens quand même hyper démunie dans ce moment-là, je suis vraiment entre deux c'est pas évident je trouve [...].* » (Leila I. 301)

Il a également été relevé que les troubles psychiques sont fluctuants et influencent de manière considérable les perceptions et les ressentis des bénéficiaires qui sont plus vulnérables face aux exigences internes et externes (Schuler & Burla, 2012, p. 7). C'est ce qui fait la particularité de l'accompagnement de cette population : l'état général d'un résident varie tous les jours et dépend de plusieurs facteurs cités précédemment. L'ES doit prendre en compte une multitude d'éléments pour évaluer si le résident a la capacité de se rendre ou non à l'atelier.

Lors de l'évaluation de l'état de santé psychique du résident, il a été remarqué que les six ES avaient quasiment tous la même manière de procéder, mais pas nécessairement dans le même ordre. Il faut souligner qu'il est important que cette manière d'évaluer ne soit pas figée, mais dépende des interactions entre l'ES et le bénéficiaire. De plus, chaque résident a des ressources et des troubles différents. L'ES utilise sa créativité, son savoir-faire et son savoir-agir pour trouver des « *leviers* » qui permettront peut-être aux résidents de participer à l'IAA. L'ES essaie donc plusieurs méthodes, dans un premier temps, qui seront des indicateurs potentiels du niveau de mal-être psychique :

- ❖ L'entretien formel/informel (écoute, questionnement, confrontation, validation de la souffrance, etc.),
- ❖ L'observation du verbal et du non verbal (agitation, propos incohérents, etc.),
- ❖ La recherche dans le journal de bord d'évènements particuliers à venir ou survenus,
- ❖ La lecture d'informations concernant l'état psychique du résident durant les jours précédents.

Une fois ces éléments pris en considération, l'ES peut se faire une première idée des capacités du résident à assister à la séance ou non. Plusieurs ES ont clairement soulevé le fait qu'il n'y a aucune vérité absolue dans cette décision. Il arrive, en effet, qu'ils ne puissent pas évaluer correctement l'état du résident et que celui-ci ne se rende pas à l'atelier, alors qu'il en avait les moyens. Cette situation fait partie des probabilités. L'ES peut, par la suite, s'en rendre compte et reprendre ces éléments avec le résident. Plusieurs ES estiment se « tromper » rarement, car grâce à leur expérience, ils ont développé une meilleure compréhension des différentes

situations. Cette donnée ne peut toutefois pas être interprétée, car l'ES n'est pas à même de savoir, en tout temps, s'il s'est trompé ou non et cela fait partie de la marge d'essai/erreur à laquelle les ES sont confrontés en travaillant avec l'humain. La confiance établie, à travers la relation éducative (Rouzel 2014, p. 27), peut être un facteur qui empêche les résidents d'essayer de « feinter ». Enfin, l'élément qui ressort est le fait que l'ES doit réaliser une « pesée d'intérêts », c'est-à-dire qu'il doit estimer si le résident aura plus d'avantages ou de désavantages à être sollicité de nombreuses fois et qu'il ne soit pas forcément preneur de la séance en finalité.

Les ES, spécialement face à une population comme celle de la Fondation Domus, ont, dans leur présence et leur travail au quotidien, un rôle motivationnel à jouer. Encourager, stimuler, faire avec, solliciter et initier l'action sont des termes qui ressortent des entretiens. Un ES relève même que la difficulté majeure de tous professionnels, « c'est d'apprendre à mettre en route quelqu'un ». Il faut envoyer un message clair et convainquant au bénéficiaire, afin qu'il sente que l'ES est lui-même persuadé des propos qu'il tient. Sans cela, le résident le ressentira et n'osera pas se lancer.

« Le fait de ne pas y aller est une expérience d'échec, le fait d'y aller forcé et de tenir à tous prix comme les autres fois c'est ne pas entendre et ne pas tenir compte de la souffrance. De travailler avec la personne à une solution autre c'est de l'ordre de l'éducatif et pour moi c'est plus de l'ordre du référant ou de l'ES de travailler sur cette espace tiers, sur cette option gagnant-gagnant. On n'est plus dans le clivage, on est dans quelque chose qui fait que la personne tire malgré tout un bénéfice de ce qui se passe là. Une solution avec, co-construire une solution sans être dans une logique de ou oui ou non. » (Lucien I.1184)

Ces propos reflètent clairement le rôle des ES, aussi difficile qu'il soit, de trouver un compromis et de négocier avec le bénéficiaire. Pour ce faire, les ES expliquent avoir quelques moyens à disposition.

Un ES précise qu'il faut aller, en partie, dans le sens de la personne tout en l'amenant un peu plus loin. Il est en effet nécessaire que la personne se sente écoutée et comprise, pour qu'elle soit disposée à accepter un compromis. Les ES mettent en avant leur connaissance du résident qui leur permettent de cerner les éléments qui vont lui servir de « levier ». Pour utiliser ces leviers, ils s'appuient sur le lien qu'ils ont créé avec le résident. Certains résidents ont des sujets qui sont motivants, voire même confrontant pour eux comme leur famille, tels que leur projet de sortie de l'institution ou encore l'animal de l'IAA. Toutefois, les personnes souffrant de troubles psychiques éprouvent de la difficulté à se projeter dans l'avenir et pensent souvent uniquement en termes d'immédiateté. Le fait de leur rappeler certains enjeux permet de refléter le but des IAA et du placement. Certains ES essaient d'amener ce qu'ils appellent le « choix impossible », par exemple, en proposant deux options au participant, dans lesquelles le résident doit y aller, mais peut, par exemple, avoir le choix sur la durée. La plupart des ES propose au résident de l'accompagner jusqu'à l'atelier. Cette façon peut sembler simple, mais aide le résident qui, en raison de son trouble psychique, a de la peine à initier l'action. L'ES initie donc l'action physiquement, en proposant de l'accompagner. Enfin, ce qui peut être relevé de ces façons de procéder, c'est que les ES font preuve de créativité avec ce qu'ils ont à disposition, en fonction du moment, du résident et de ce qu'ils pensent judicieux en matière de négociation. Le fait que les ES essaient à plusieurs reprises et de manières différentes de stimuler le résident à se rendre aux IAA, en expliquant toujours la possibilité d'adapter la séance, est également ressorti des entretiens.

Une ES explique, par contre, qu'elle ne peut pas proposer aux résidents que les séances d'IAA soient adaptées en termes de temps. Cette éducatrice travaille sur le site d'Ardon et les séances

d'IAA ont lieu à La Tzoumaz. Le résident doit donc, en premier lieu, se rendre à La Tzoumaz. Par conséquent, le participant qui a une séance d'une heure le matin ou l'après-midi doit rester sur le site jusqu'au retour de la navette interne. Cet élément démotive souvent les résidents d'Ardon, car ils n'ont pas la possibilité de retourner sur leur unité de vie, une fois la séance finie.

5.3.4 Ressources à disposition de l'ES

Lors des entretiens, plusieurs ressources à disposition des ES ont pu être relevées, celles-ci ont été classées en trois sections dans le tableau ci-dessous.

Internes	Externes	Techniques
Compétences	Collègues directs	Documentations
Expériences	Colloques d'unité de vie	Entretien motivationnel
Postures professionnelles	Inter / supervision	Journal d'observations
Ressentis	Résidents	Techniques d'entretien
Traits de personnalité	Responsable de foyer	Documentations
Connaissances de l'environnement, de l'individu, des troubles psychiques		Formations

Figure 8: ressources à disposition des ES

Ce tableau révèle que les outils, au niveau interne, sont tout ce que l'ES a en lui, qui lui est propre et qui fait qu'il va être en mesure d'adapter sa pratique. Au niveau externe, il s'agit des personnes qui peuvent servir d'appui à l'ES, soit sur le moment, soit ultérieurement, afin d'amener une réflexion sur sa pratique, comme le suggère Danancier (2006, p. 7) qui parle d'analyser les valeurs, les méthodes, les pratiques et les positionnements. L'ES peut également débriefer sur ce qu'il a vécu, prendre de la distance et permettre aux autres professionnels d'échanger sur ce sujet (Wacquez, 2013, p. 37). Enfin, au niveau technique, il y a ce que l'ES peut mobiliser, en termes d'outils pratiques. Ces ressources ne sont pas forcément utilisables en tout temps et en même temps, mais elles sont tout de même utilisées et pertinentes, si ce n'était pas le cas, les ES ne les auraient pas citées. Il est remarqué que, bien que l'ES puisse avoir tous les outils ou moyens à sa disposition, il sera toujours confronté à la difficulté de cette évaluation. En effet, aucune décision impartiale n'est possible, face aux troubles psychiques et à leurs conséquences. L'ES réagit donc, lors de ces situations, de la façon qui lui semble la plus juste à ce moment précis. Une pesée d'intérêts conditionne cette décision, entre ce qui lui semble le plus adéquat pour le bénéficiaire ou pas, tout en prenant en considération la multitude d'éléments qu'il a pour le faire.

5.3.5 Synthèse de l'hypothèse 3

Une procédure est mise en place, lorsqu'un résident ne se rend pas à l'atelier. Il faut toutefois souligner le flou artistique qui se dégage du protocole d'absence. En effet, le responsable de foyer est celui qui décide si l'absence du résident est justifiée ou non. C'est pourtant l'ES qui côtoie le résident au quotidien et qui a les compétences d'évaluer au mieux sa capacité, car il est au quotidien avec le bénéficiaire, il le connaît ainsi que sa situation, et un lien est établi entre eux. Il semble donc le plus à même de juger si l'absence est justifiée ou non.

De plus, le trouble psychique engendre divers symptômes qui entravent la capacité du résident à participer à l'IAA. Celui-ci est plus influencé par une multitude de raisons (internes et externes à l'individu), de par sa vulnérabilité liée à son trouble psychique. Lorsqu'il est en état de détresse psychique, il n'est pas en état de se rendre aux IAA. Parfois, le bénéficiaire a besoin d'être accompagné dans son action et d'être stimulé. Parfois, il n'a simplement pas l'envie d'y aller. L'ES doit donc évaluer si le bénéficiaire, en raison de son état de santé psychique et du contexte donné, est capable ou non de d'y participer. Ainsi, les ES éprouvent de la difficulté à être toujours pertinents dans leur évaluation, bien qu'ils aient une quantité de ressources disponibles. Il n'existe pas d'outil ni de moyen qui permettrait aux ES d'effectuer une évaluation impartiale. Les bénéficiaires ont besoin d'accompagnement et de stimulation au quotidien, pour à peu près tout ce qui demande une action. L'ES est donc confronté à évaluer si le résident n'est pas trop submergé par son trouble psychique et par ce qui l'entoure pour être stimulé ou s'il a besoin de repos. Cette difficulté est représentative de la spécificité du travail avec la population souffrant de troubles psychiques.

5.4 Synthèse finale

Dans cette synthèse finale, les trois hypothèses seront reprises, afin d'examiner si elles s'avèrent correctes ou non. Une fois que ces trois hypothèses auront été vérifiées, le même processus sera effectué concernant la question de recherche qui m'a accompagnée tout au long de ce travail. Les éléments de réponse ci-dessous découlent intégralement de l'analyse, des entretiens et de la partie théorique de ce document.

Les séances d'IAA participent à stabiliser ou/et à améliorer la santé mentale des personnes atteintes de troubles psychiques en institution durant la durée de la séance. Les ES observent que certains de ces bénéficiaires perdurent également une fois la séance terminée.

Cette hypothèse s'avère être en partie exacte. Il est clair que les séances d'IAA sont légitimes et permettent d'accompagner le bénéficiaire dans la stabilisation ou l'amélioration de sa santé mentale. Les ES ont une opinion très positive des IAA. Celles-ci sont appropriées à cette population, car elles ont des effets nettement dirigés vers les aspects psychiques et sociaux. Cependant, un bémol doit être émis : cette hypothèse est seulement partiellement vérifiée, car l'analyse ne permet pas de dire si les ES ont pu clairement observer que les effets bénéfiques de l'IAA perduraient une fois la séance terminée. Ils ont uniquement constaté, par moment, des effets et des changements à court et à long termes, chez les bénéficiaires, grâce aux IAA. Or, ces changements ne sont pas totalement objectivables, car les IAA s'inscrivent dans la dynamique des prestations proposées et fournies par l'institution. En effet, un individu qui participe aux IAA fréquente en même temps d'autres ateliers, interagit et collabore avec une multitude de professionnels. Il est accompagné, au quotidien, par une équipe pluridisciplinaire dont tous les membres amènent leur pierre à l'édifice. Les observations des ES ne sont donc pas uniquement centrées sur les effets de l'IAA sur le bénéficiaire, mais plutôt sur les effets des prestations regroupées de l'institution.

Il semblerait que les ES ne peuvent pas, à l'heure actuelle, décrire de manière pertinente ce qui est concrètement réalisé aux IAA. Comme cela sera développé avec l'examen de l'hypothèse 2, les ES et les intervenants IAA ne collaborent pas de manière étroite. Ils n'ont pas de moyen ou d'outil à disposition pour observer ce que chaque secteur apporte au bénéficiaire. Certains ES, selon leur conscience professionnelle, font des choix dans leur pratique et décident de focaliser, plus ou moins, leur accompagnement dans certains domaines qu'ils estiment prioritaires pour le bénéficiaire. Parfois, ce choix inclut les IAA, parfois non. Cependant, les intervenants IAA et les ES semblent déjà très impliqués dans leur propre secteur, en tenant compte du temps et des moyens qu'ils ont à disposition.

Un travail interdisciplinaire entre les ES et les Intervenants Assistés par l'Animal augmente la qualité du suivi du résident. Cet accompagnement plus spécifique permet plus d'individualisation et de pertinence pour le bénéficiaire.

Cette hypothèse est correcte, mais partiellement vérifiable. Dans l'analyse de cette hypothèse, il a été constaté que les six ES n'étaient pas satisfaits du TI réalisé actuellement. Quatre ES disaient ne pas réellement être en mesure d'en faire. Je tiens à préciser que je ne mets pas en question les professionnels dans leurs fonctions, à travers cette hypothèse, mais que je soulève ce qui compromet le TI de manière concrète dans la pratique quotidienne. Travailler en interdisciplinarité est une compétence demandée aux professionnels travaillant dans cette institution, car le TI est inscrit dans le cahier des charges de l'ES. De plus la quasi-totalité des ES ont une définition exacte de cette notion, ce qui laisse imaginer qu'ils ont une vision correcte de ce qui manque pour l'effectuer réellement. Il a été relevé que, dès l'arrivée d'un résident dans l'institution, la pratique usuelle ne permet pas d'y intégrer l'interdisciplinarité, car chaque professionnel a des tâches respectives et bien définies, dans un temps limité. Une demande existe, de la part de l'institution, d'effectuer du TI, cependant, en réalité, aucune ligne directrice claire, qui dirigerait les professionnels vers cette interdisciplinarité, n'a été observée.

Ainsi, le projet éducatif des ES et celui des IAA ne peuvent pas se rejoindre complètement. Des similitudes existent, car tous deux travaillent auprès du même bénéficiaire, mais aucun de ces deux professionnels n'est au courant, de manière formelle et concrète, du travail de l'autre. De plus, il n'existe aucune procédure ou une marche à suivre qui donnerait naissance au TI.

Le bénéficiaire, lui, participe activement à la construction de son projet (PAI). Le résident et l'ES co-construisent, tous deux, un ou plusieurs objectifs qui serviront de base solide à l'accompagnement au quotidien. L'intervenant IAA et le bénéficiaire fixent, de la même manière, des objectifs propres à l'IAA. Or, le TI vise un partage entre les professions, afin de créer un projet spécifique aux besoins du bénéficiaire. Actuellement, la collaboration s'inscrit plutôt dans une visée de travail par secteur, sans réel échange interdisciplinaire.

Personnellement, dans mon expérience professionnelle, j'ai constaté, comme le décrit un ES interrogé, que nous collaborons de manière « morcelée ». J'entrevois deux risques à ce fonctionnement. Premièrement, les accompagnements et les effets bénéfiques de chaque secteur se retrouvent peu exploités et ils risquent de perdre du sens. Deuxièmement, il risque de causer un impact négatif au résident. De plus, le fait de ne pas connaître les autres secteurs collaborant avec le bénéficiaire peut amener les professionnels à ne pas avoir une vision complète de l'environnement dans lequel vit le résident. Ne pas être informé clairement des objectifs travaillés engendre également une carence chez les professionnels. En effet, s'ils n'ont pas connaissance de tout ce qui est spécifique au bénéficiaire, il peut arriver que, dans certaines situations, les réponses apportées ne soient ni adéquates ni bénéfiques. Un surinvestissement et le sentiment de ne pas être soutenu peut avoir des conséquences sur la stabilité psychique de l'individu.

Cette hypothèse est correcte, dans le sens où un TI est indispensable pour établir un suivi spécifique du bénéficiaire. Cependant, elle n'est que partiellement vérifiée, dans la mesure où elle n'est pas visible concrètement sur la réalité du travail, mais reste une prescription.

L'état de santé psychique du résident nécessite que l'ES évalue quotidiennement sa capacité à se rendre ou non à une IAA.

Cette hypothèse est correcte. Grâce à l'analyse, il a été relevé que la difficulté des ES est bien présente, lorsqu'ils doivent juger de la capacité des bénéficiaires à se rendre aux IAA. De plus, le comportement des résidents est différent, selon le contexte. Par le biais du trouble psychique, ils ont de la difficulté à initier l'action ou peuvent, par exemple, se sentir angoissés. Le dilemme auquel sont confrontés quotidiennement les ES est le suivant : différencier un résident qui peut encore activer certaines ressources pour se rendre aux IAA de celui qui n'a plus la capacité de s'y rendre. L'ES peut s'appuyer sur les infirmiers et le responsable de foyer qui vont déterminer si l'absence est justifiée ou non. Seulement, avant l'étape de la justification ou non de l'absence, l'ES est seul face à l'évaluation de l'état de santé psychique du résident. Il essaie de trouver un compromis avec le résident, en utilisant diverses ressources à disposition. Les séances d'IAA peuvent être adaptées, sous certaines conditions (distance géographique, possibilité de joindre l'intervenant IAA).

L'ES est donc confronté à cette évaluation au quotidien. Il le sera toujours, car il n'y a pas de solution exacte, mais il peut, pour faire face à cette difficulté, s'appuyer sur les ressources internes, externes et techniques dont il dispose. L'ES doit donc évaluer la capacité générale du résident à se rendre aux IAA. Or, il n'est pas possible de différencier réellement si la cause du mal-être du résident vient directement du trouble psychique ou des conséquences de celui-ci dans un contexte donné. Cet élément n'est pas quelque chose de vraiment identifiable, car il n'y a pas d'outil de mesure qui permettrait de déterminer avec exactitude si le résident est apte ou non à se rendre à l'IAA. Finalement, l'important ce n'est pas de savoir avec précision la cause du mal-être, mais plutôt de pouvoir faire le lien entre les éléments récoltés (observations, connaissance du résident, etc.), afin de déterminer si l'évaluation penche plutôt du côté « *il ne peut pas* » ou à l'inverse du côté « *il peut* ».

Maintenant que les trois hypothèses ont pu être vérifiées, celles-ci vont permettre de répondre à la question de recherche :

« Comment l'éducateur utilise-t-il les effets de l'Interventions Assistée par l'Animal pour accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques en milieu institutionnel ? »

Suite à l'étude menée dans le cadre de ce travail, la réponse suivante peut être apportée à cette question : l'éducateur utilise les effets de l'IAA pour accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques en institution, par le biais du travail interdisciplinaire. À travers l'analyse, il a été constaté que le TI est incontournable, si les ES veulent connaître, comprendre et utiliser les effets de l'IAA dans leur pratique éducative. Au vu des informations récoltées, une condition doit être apportée à la réponse à la question de recherche. Cette réponse est exacte, mais elle ne correspond que partiellement à ce qui a été découvert sur le terrain. En effet, sur ce terrain d'analyse, le TI ne fonctionnait que de manière partielle, je ne peux donc pas m'appuyer objectivement sur ce qui se passe concrètement en termes d'interdisciplinarité dans cette institution. C'est donc grâce à l'interprétation des données, aux liens effectués avec la théorie et à mon raisonnement personnel que je peux répondre à cette question, en disant que le travail interdisciplinaire permet aux ES d'utiliser les effets de l'IAA auprès des personnes souffrant de troubles psychiques en institution.

L'éducateur, utilise les effets de l'IAA à travers le travail interdisciplinaire, c'est-à-dire qu'il ne pourrait pas directement se saisir des effets de l'IAA et s'en servir, mais qu'il a besoin du TI

pour le faire. En effet, lors d'un travail interdisciplinaire entre l'intervenant IAA et l'ES, plusieurs points ont pu être déterminés :

- ❖ Chaque secteur connaît concrètement les pratiques de l'autre secteur.
- ❖ Chaque secteur partage ce qu'il a acquis comme informations à propos du bénéficiaire.
- ❖ Les deux professions mélangent leurs compétences métiers.
- ❖ Les deux professions réfléchissent à un projet commun spécifique au bénéficiaire concerné.
- ❖ Le résident est mis à contribution et est intégré à la démarche.
- ❖ Un projet commun est mis en place.
- ❖ Des échanges réguliers ont lieu, tout au long du processus.

L'ES a connaissance de ce qui se passe lors des IAA et des impacts de ces dernières sur le résident. Un projet commun permet aux secteurs de donner plus de poids à une dimension choisie. Le résident est inclus dans un suivi continu et une approche spécifique. L'ES et l'intervenant IAA l'accompagnent vers l'émergence de ses compétences et de ses habilités sociales, en simultané. Le résident ressent cette unité et il est alors plus compliqué pour lui de trianguler. De plus, il se sent soutenu et valorisé par plusieurs professionnels qu'il considère comme des personnes ressources. L'ES et l'intervenant IAA sont à même de mieux connaître le résident et d'être en mesure de lui apporter des réponses adéquates, afin de contribuer à la stabilité et/ou l'amélioration de sa santé psychique. L'ES, pour parer à la difficulté d'évaluer l'état de santé psychique du résident avant son départ pour l'atelier, peut s'appuyer sur un nouveau « levier » : les effets de l'IAA. En effet, les compétences acquises dans un secteur peuvent être transposées à un autre, toujours en tenant compte des possibilités du résident. Plus les ES connaissent le bénéficiaire sous tous les angles possibles, plus il est envisageable d'évaluer sa capacité d'aller ou non à la séance d'IAA. Si l'intervenant IAA est également mieux informé de cette évaluation, il pourrait plus facilement adapter sa séance d'IAA.

Les ES qui ont participé aux entretiens ont tous affirmé l'importance du travail interdisciplinaire pour que chaque professionnel puisse collaborer de manière pertinente, dans l'optique de garder le bénéficiaire au centre de leurs pratiques. Ils définissent également le TI comme un manque dans leur pratique actuelle. C'est pourquoi, la réponse à la question de recherche offre aussi une piste d'action à mettre en place.

6. PARTIE CONCLUSIVE

Arrivée au terme de ce travail, je suis en mesure d'effectuer un bilan final. Les perspectives et les pistes d'actions, qui paraissent possibles à mettre en œuvre, d'après les éléments abordés tout au long de ce mémoire, sont présentées ci-dessous. Ensuite, les limites de la recherche seront exposées et enfin un bilan professionnel personnel et de recherche seront effectués, afin de pouvoir donner mon ressenti après plus d'une année de travail.

6.1 Perspectives et pistes d'actions

J'ai souhaité, dans ce travail, mettre en évidence la relation particulière et enrichissante que pouvait entretenir un individu avec un animal. Or, la question de l'interdisciplinarité entre les ES et les intervenants IAA pourrait s'élargir à la totalité des ateliers proposés par l'institution. En effet, le TI doit concerner tous les secteurs et pas uniquement celui des IAA ; il serait donc intéressant d'élargir cette recherche à tous les ateliers.

Comme cela a déjà été souligné précédemment, la perspective majeure serait de créer réellement de l'interdisciplinarité entre les ES et les intervenants IAA. Voici quelques pistes d'actions concrètes qui permettraient de faire émerger le travail interdisciplinaire :

Instaurer une ligne directrice officielle : il serait pertinent de réaliser un protocole officiel concernant le TI qui définirait concrètement les tâches à exécuter pour chaque secteur. Ainsi, chaque secteur pourrait avoir des critères définis à l'avance, qu'il devrait réaliser dans les délais fixés. De cette manière, les professionnels de chaque secteur sauraient ce qu'ils ont à faire et quand ils doivent le faire, ce qui permettrait d'inscrire le travail interdisciplinaire dans le fonctionnement de l'institution.

Du temps pour connaître les secteurs : la demi-journée mise à disposition actuellement, pour visiter un atelier de son choix, est un bon point de départ. Il serait, à mon avis, bénéfique d'allonger ce temps et de réaliser un « tournus » d'une demi-journée par atelier, ce qui signifie que l'ES ne participerait pas à un atelier de son choix, mais à tous. Durant cette période, l'ES serait tenu de participer à l'atelier, d'être en interaction avec les professionnels et les participants, afin de les observer.

Du temps pour l'interdisciplinarité dans la période d'intégration : lors de l'admission d'un résident à la Fondation Domus, du temps devrait être dégagé pour les ES et les MSP/Thérapeutes qui interviennent auprès de celui-ci afin de permettre l'établissement du TI. Durant le deuxième mois d'intégration, les professionnels de chaque secteur (ES, MSP/T, infirmiers) devraient se rencontrer pour effectuer un point de situation. Les points à aborder seraient ceux du PAI, c'est-à-dire : une synthèse de la situation du bénéficiaire concernant le groupe de vie, les ateliers, le niveau médical ainsi que les ressources et les difficultés observées. Un temps de discussion et d'échange serait offert à chacun et un PV serait rédigé pour conserver une trace écrite. L'ES pourrait également utiliser ce qui est dit lors de cette rencontre comme matière pour rédiger le PAI. Ensuite, l'ES et le résident effectueraient, comme actuellement, le travail de co-construction autour d'un seul objectif, en lien avec le projet du résident. Une réunion serait réalisée, juste après le bilan de réseau des trois mois d'intégration, avec le résident, le référent d'atelier et l'ES. Le résident énoncerait son objectif. Chaque professionnel de secteur pourrait s'entretenir avec le résident et énoncer des moyens à disposition, dans le but de réaliser cet objectif. Suite à cette séance, tous les secteurs et le résident seraient au courant des tenants et des aboutissants du projet de celui-ci.

Un journal de bord informatisé : L'idéal serait de créer un journal de bord informatisé, nominatif pour chaque résident. Celui-ci serait consulté, à chaque prise de service des professionnels de chaque secteur qui côtoient le résident ce jour-là. Il serait également rempli, à la fin de service, par les professionnels. Le journal permettrait d'avoir un aperçu rapide et une vue d'ensemble de la situation du bénéficiaire. Les informations seraient groupées et visibles de tous, en tout temps.

Rendre mon travail visible : une possibilité de piste d'action serait de transmettre cette étude à la direction de la Fondation Domus. Certains points analysés permettraient de démontrer où se situent les carences, en termes d'interdisciplinarité. La Fondation Domus est déjà, à l'heure actuelle, dans un processus de prise de conscience, par rapport au travail interdisciplinaire et se penche sur un remaniement de l'organisation. Ce document pourrait donc servir d'appui. La visibilité de ce travail permettrait aussi de mettre en lumière les compétences réelles des ES face à l'évaluation de l'état de santé psychique du résident et de réduire le flou concernant la procédure d'absence aux ateliers.

6.2 Limites de la recherche

Cette recherche comporte plusieurs limites qui sont expliquées dans ce chapitre.

La première limite est en lien avec le Travail Interdisciplinaire. Au départ, j'avais concentré mes questions sur les IAA, leurs effets sur les troubles psychiques et le métier d'éducateur social. Au fur et à mesure que cette recherche avançait, j'ai finalement réalisé que ces trois notions étaient reliées à un concept finalement incontournable dans ce travail : le Travail Interdisciplinaire. C'est pourquoi, j'ai focalisé mon attention, de plus en plus, tout au long de ce travail, sur le TI. À l'image d'un arbre, le Travail Interdisciplinaire est le tronc qui sert de base aux branches qui correspondent à l'IAA, aux troubles psychiques et au métier d'ES.

La deuxième limite est celle du terrain. En effet, je me suis rendu compte, qu'en Valais, actuellement, une seule institution accueille des personnes souffrant de troubles psychiques et met en place des IAA. Je n'ai donc pu recueillir que l'avis de professionnels qui travaillent tous dans cette même institution.

Une troisième limite est le nombre d'entretiens effectués. Bien que des entretiens aient été réalisés avec six ES, cet échantillon n'est pas forcément représentatif.

Une autre limite a été celle de la quantité et de la qualité des écrits concernant les IAA. En effet, peu de documents scientifiques, qui définissent clairement les IAA et leurs buts, ont été trouvés. Ainsi, il a été nécessaire de lire, de trier et de recenser divers sites internet, articles et auteurs, afin de pouvoir en ressortir des éléments concrets et pertinents pour cette recherche.

Il aurait été intéressant, dans ce travail, d'interroger également les intervenants IAA qui travaillent dans l'institution, pour obtenir une analyse plus complète. Pour des raisons de charge de travail et de temps, j'ai préféré me centrer sur les ES qui sont au centre de ma question de recherche.

Une dernière limite s'est peut-être fait ressentir dans ce travail : il s'agit du fait que je travaille actuellement à la Fondation Domus et que j'ai éprouvé certaines difficultés à prendre de la distance par rapport à l'institution. Bien que j'aie essayé d'être la plus neutre possible et de rester sur les éléments ressortis des entretiens, ce travail a tout de même été influencé par mes questionnements concernant ma pratique professionnelle actuelle.

6.3 Bilan professionnel

Les deux objectifs posés au début de ce travail vont maintenant être évalués.

Premièrement, je souhaitais être capable de tenir les échéances entre ma formation en emploi et ce travail de Bachelor. Par exemple, pendant plusieurs semaines, il m'est arrivé de ne pas pouvoir me concentrer sur cet écrit, à cause de mes horaires irréguliers. J'ai donc dû apprendre à m'organiser différemment, afin de pouvoir dégager un temps spécifique à la rédaction de celui-ci. Je peux dire, aujourd'hui, que cet objectif est atteint, car même si mon planning n'a pas toujours été celui prévu au départ, je suis parvenue au terme de ce travail dans les délais impartis.

Deuxièmement, le fait d'adopter une posture réflexive sur le métier d'ES et sur les thèmes abordés constituait l'autre objectif. Finalement, je me rends compte que le fait de réaliser ce Travail de Bachelor est déjà, en soi, un travail de réflexion sur ma profession.

Les échanges avec les éducateurs, lors des entretiens, ont fait écho à ma pratique professionnelle. Travaillant également dans cette institution, j'ai pu remarquer certaines similitudes, divergences ou questionnements au sujet de cette pratique que je n'aurais certainement pas perçus si je n'avais pas réalisé ce travail. Je suis, par exemple, beaucoup plus attentive aux ressources à disposition lors de l'évaluation de l'état de santé d'un résident qui doit se rendre aux IAA. Ma posture de recherche m'a permis de prendre de la distance par rapport à mon travail au quotidien, car j'ai pu mener une réflexion qui mêle et confronte à la fois des connaissances théoriques et des apports pratiques.

Je peux, d'ores et déjà, dire que le Travail Interdisciplinaire a pris une place importante dans mon appréhension du métier d'éducatrice, car j'ai conscience de l'impact et de la réelle plus-value qu'apporte un TI dans les pratiques éducatives. Je vais être plus attentive, dorénavant, dans mon quotidien d'éducatrice à favoriser l'interdisciplinarité. De ce fait, je peux dire que le deuxième objectif est atteint, car j'ai acquis de nouvelles connaissances qui étayent mes réflexions et ont un impact sur ma pratique professionnelle.

Enfin, j'ai également développé certaines compétences grâce à ce Travail de Bachelor qui se retrouvent dans le Plan d'Etudes Cadre (2006), comme par exemple la compétence n°11 : « Participer à une démarche de recherche ».

6.4 Bilan personnel

J'ai appris énormément en réalisant ce travail. D'une part, je n'ai pas eu le choix de tenir les délais et de me responsabiliser face à ceux-ci, ce qui n'a pas toujours été évident, car je n'ai pas toujours très bien mesuré l'ampleur de la tâche. La solution que j'ai trouvée fut celle de venir à l'HES-SO pour travailler afin de m'isoler.

D'autre part, tout au long de la formation, de nombreux travaux de groupe ont été réalisés, mais pour ce travail, j'ai fait le choix de le rédiger individuellement. Je ne le regrette pas, car cela m'a permis d'apprendre énormément sur moi-même. Cependant, j'avoue que, parfois, j'aurais aimé confronter mes idées et mes positions avec quelqu'un qui vivrait aussi de l'intérieur ce travail.

Lorsque je réalise une recherche, j'ai tendance à m'éparpiller et à trouver intéressant de nombreux thèmes qui ne sont pas forcément toujours pertinents, ce qui a comme conséquence d'agrandir considérablement mon travail. J'ai donc dû apprendre aussi à canaliser mes idées, afin d'arriver à les écrire, de manière à ce qu'elles aient du sens. Sinon, personnellement, je ne me pensais pas capable de réaliser un travail aussi conséquent et je suis fière d'y être parvenue.

De manière générale, je suis très satisfaite du rendu de ce travail. Le fait d'avoir pu traiter des sujets actuels m'a permis d'agrémenter et d'éclaircir certains thèmes auxquels j'attache de l'importance. Par exemple, l'impact de la société sur l'équilibre de la santé mentale me questionne régulièrement. En recherchant des aspects théoriques sur le métier d'ES, j'ai découvert un auteur, Joseph Rouzel qui a retenu mon attention, car il soulève des thématiques pertinentes et d'actualité. Enfin, les animaux ont, bien sûr, personnellement une valeur importante et je suis satisfaite d'avoir pu mettre un peu plus en évidence ce qu'ils nous apportent.

6.5 Bilan méthodologique

Le fait d'avoir réalisé des entretiens m'a permis de comprendre cette démarche de recherche quantitative. Ce choix méthodologique s'est avéré pertinent, car j'ai vraiment pu saisir les propos des ES. Grâce aux entretiens, j'ai pu m'adresser directement aux ES, ce qui m'a permis de sélectionner des éléments centraux qui m'ont guidée dans la réalisation de ce travail. Le choix de la méthodologie est donc correct à mes yeux.

J'ai eu cependant de la peine à comprendre initialement la méthodologie de réalisation d'un Travail de Bachelor. En effet, j'ai dû passer du temps à lire et à relire le manuel de recherche en sciences humaines de Dépelteau (2003). La méthodologie a réellement été saisie, une fois celle-ci terminée. J'aurais certainement gagné du temps et de la rapidité d'exécution, si j'avais pu cerner plus tôt la méthodologie de ce travail.

6.6 Conclusion

La finalité de ce travail se retrouve dans deux notions que je souhaiterais relever pour conclure. La première est celle de l'interdisciplinarité qui s'avère incontournable dans les institutions qui fournissent des prestations de professionnels d'horizons multiples. En effet, afin d'éviter la perte d'informations, de compétences précieuses, de forces d'action et de temps, les structures devraient se pencher sur la place du travail interdisciplinaire. La seconde réside dans le constat des effets bénéfiques de la relation entre l'homme et l'animal, retranscrite par le biais des IAA. Les apports de cette relation ont un réel impact sur la santé et plus particulièrement sur la santé mentale de l'individu. La population des troubles psychiques est complexe et comporte de nombreuses dimensions qu'il faut considérer lors d'un accompagnement éducatif. La psychiatrie, telle qu'elle est connue aujourd'hui, est relativement jeune et de nombreux progrès sont, je l'espère, encore à venir. Il est, en effet, important de permettre l'accès à toutes sortes de thérapies et d'actes éducatifs susceptibles de stabiliser ou de diminuer les souffrances des individus qui souffrent de troubles psychiques en parallèle. Les IAA font partie, à mon avis de ces interventions qui permettent, momentanément ou sur le long terme, d'apporter un bienfait pour cette population et certainement davantage.

Le résultat de cette recherche m'a quelque peu étonnée, car je ne pensais pas, au départ, que le travail interdisciplinaire deviendrait l'un des thèmes principaux de cette analyse. De plus, le fait de constater que la mise en place du TI est difficile, dans l'institution dans laquelle les entretiens ont été effectués, me questionne. Comment donc, à l'intérieur des institutions, est-il possible de mettre en place un travail interdisciplinaire de qualité ? Au chapitre 6.1, des pistes d'actions concrètes ont été proposées pour favoriser le TI, mais est-ce finalement à l'ES d'assurer la pérennité du travail interdisciplinaire dans sa pratique ? Est-ce à l'ES d'être la personne de relais qui doit assurer la mise en application et le travail de fond dans le travail interdisciplinaire ?

7. SOURCES

7.1 Bibliographies

BELIN B. (2000). *Animaux au secours du Handicap*. Paris. Édition L'Harmattan. Technologie de l'action sociale. 225 pages.

BRUNI F. (2010). *Le psychothérapeute et le chien. Émotion, communication, relation*. Paris. Édition FABERT. Psychothérapies créatives. 177 pages.

CONSTANTIN M & FONTANNAZ A. (2004). *La présence de l'animal domestique en institution*. Sion. Travail de diplôme. HES-SO Valais//Wallis. 49 pages.

CYRULNIK B. (1989). *Sous le signe du lien. Une histoire naturelle de l'attachement*. France. Édition Hachette. Histoire et Philosophie des Sciences. 311 pages.

DARBELLAY F. (2012.) *La circulation des savoirs. Interdisciplinarité, concepts nomades, analogies, métaphores*. Bern. Édition Peter Lang. 241 pages.

DENANCIER J. (2006). *Analyser et faire évoluer les pratiques éducatives*. Paris. Édition Dunod. 183 pages.

DÉPELTEAU F. (2003). *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Volume 2. Bruxelles. Édition De Boeck. Méthodes en sciences humaines. 413 pages.

DIGARD J-P. (1990). *L'homme et les animaux domestiques. Anthropologie d'une passion*. Paris. Édition Fayard, le temps des sciences. 321 pages.

GABERAN P. (2003). *La relation éducative. Un outil professionnel pour un projet humaniste*. France. Édition Érès. L'éducation spécialisée au quotidien. 143 pages.

ROUZEL J. (2014). *Le travail d'éducateur spécialisé*. Paris. Édition Dunod, 3^{ème} édition. 176 pages.

ROUZEL J. (2015). *Le quotidien en éducation spécialisée*. Paris. Édition Dunod, 2^{ème} édition. 175 pages.

SCHAAD T. (2015). *L'animal au cœur de la relation sociale. Analyse de situations en contexte de Zoothérapie*. Sierre. Travail de Bachelor. HES-SO Valais//Wallis. 64 pages.

7.2 Articles

COMEAU L, DENONCOURT J & DESJARDINS N. (2011). « Pourquoi et comment investir en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux ? » *Le partenaire*. Vol.19 N°4. Quebec. Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. P.4-8.

DORTIER J-F. (2010). « Qu'est-ce qu'un trouble mental ? Histoire, symptômes, prise en charge. » *Les Grands Dossier des Sciences Humaines*. N°20 p.3-33. www.cairn.info/magazine-les-grands-dossiers-des-sciences-humaines-2010-9-page-3.htm.

DUCHÊNE J, BEAUFAYS J-P & RAVEZ L. (2002). « Entre l'homme et l'animal: Une nouvelle alliance ? » Vol.2. Édition Namur, presses universitaires de Namur. P.25-51.

FOUCART J. (2008). « Travail social et construction scientifique » *Pensée plurielle*. N°19 p.95-103. <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-3-page-95.htm> (25.10.2016). DOI : [10.3917/pp.019.0095](https://doi.org/10.3917/pp.019.0095).

KOHLER R. (2009). « L'animal : une approche humaniste en maison de retraite – 1^{ère} partie – Un outil à la disposition des thérapeutes. » *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, volume 29(3), 118-123. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0242648X09000826> (25.09.2015). DOI : 10.1016/j.jrm.2009.07.007.

KOHLER R. (2009). « L'animal : une approche humaniste en maison de retraite – 2^{ème} partie – L'expertise d'Handi-Chiens. » *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, volume 29(4), 158-162. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0242648X09000838> (25.09.2015). DOI : 10.1016/j.jrm.2009.07.008.

MAURER M, DELFOUR F & ADRIEN J-L. (2008). « Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal : quelle méthodologie pour quels effets ? » *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, volume 28(4) 153-159. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0242648X08001357> (25.09.2015). DOI : 10.1016/j.jmr.2008.09.030.

PRALONG D. (2004). « La relation Homme – Animal : un lien jusqu'au bout de la vie. » *Revue internationale de soins palliatifs*, volume 19, 9-12. <https://www.cairn.info/revue-infokara-2004-1-page-9.htm> (16.09.2015). DOI : 10.3917/inka.041.0009.

ROUILLON F. (2008). « Épidémiologie des troubles psychiatriques » *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, volume 166, issue 1, 63-70. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448707003204> (28.04.2016). DOI : 10.1016/j.amp.2007.11.010.

TRIBET J, BOUCHARLAT M & MYSLINSKI M. (2008). « Le soutien psychologique assisté par l'animal à des personnes atteintes de pathologies démentielles sévères. » *L'Encéphale*, volume 34(2), 183-186. Récupéré du site : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700607000383> (16.09.2015). DOI : 10.1016/j.encep.2007.01.006.

7.3 Sites internet

AQPAMM, Association Québécoise des parents et amis de la personne atteinte par la maladie mentale : <http://www.aqpamm.ca/test/les-principaux-symptomes-de-la-maladie-mentale-2/>, consulté le 28.04.2016.

Association Suisse de Zoothérapie : <http://www.zootherapiesuisse.ch/> , consulté pour la première fois le 15.04.2015.

Association de Zoothérapie de Paris : <http://www.azp.fr/index.php?rub=2&page=4> , consulté pour la première fois le 15.04.2015.

Confédération Suisse, Loi fédérale sur la protection des animaux : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20022103/index.html> , consulté le 10.10.2015.

Dictionnaire Larousse, pour le nom « animal » : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/animal/3580> , consulté le 02.10.2015.

Hôpital du Valais, Hôpital de Malévoz à Monthey : <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/lhopital-du-valais/sites/monthey.html>, consulté le 06.05.2016.

Information concernant l'habitat, sur les animaux de compagnie : <http://www.hausinfo.ch/fr/home/habitat/animaux-de-compagnie.html> , consulté le 10.10.2015.

La Ferme du Lama Bleu, institution qui travaille avec la zoothérapie : <http://www.fermedulamableu.com/institut-de-mediation-animale.htm> , consulté pour la première fois le 15.04.2015.

La santé en Suisse Romande: http://www.santeromande.ch/TSR36_9/20110531_2.html, consulté le 15.04.2015.

OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales), statistiques de l'Assurance Invalidité (AI) en Suisse, en 2014 : <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=fr>, consulté le 29.04.2016.

OFSS (Office Fédéral de la Statistique Suisse), population vivant en Suisse, en Valais au 31 décembre 2014 : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone_gemeinden.html , consulté le 29.04.2016.

Partenaire de l'ASZ, <http://medianimal.ch/index.php>, consulté le 15.04.2015.

Psychologue et psychothérapeute, Mme Rachel Lehotkay : <http://www.rachelzoothérapie.ch/4481.html>, consulté pour la première fois le 15.04.2015.

Le Matin, quotidien suisse, article sur les bars à chats : <http://www.lematin.ch/suisse/inedit-geneve-bar-chats/story/25682454> , consulté le 02.10.2015.

7.4 Rapports et conférences

BÜRLI C, AMSTAD F, DUETZ M & SCHIBLI D. (2015). « Santé psychique en Suisse, états des lieux et champs d'action. » *Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Berne. Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP). http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/BAG_2015_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_f.pdf , consulté le 28.04.2016.

AUBRY JM (2014) « Conférence du professeur Jean-Michel Aubry. » *Le Services des Spécialités Psychiatriques SSP*. Lausanne. <http://lerelais.ch/wp-content/uploads/2014/03/11-02-14-service-specialites1.pdf> , consulté le 10.10.2015.

DSAS, Direction de la Santé et des Affaires Sociales. (2014). « Projet d'élaboration d'un plan cantonal en matière de santé mentale. *Analyse sélective de littérature*. Fribourg. Service de la santé publique. http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Kantonale_Konzepte/FR_2014_analyse_litterature.pdf , consulté le 06.03.2016.

DUPUY L. (2004). Université de Pau et des pays de l'Adour. « Co, multi, inter ou transdisciplinarité ? *La confusion des genres*. <http://web.univ-pau.fr/RECHERCHE/CIEH/documents/La%20confusion%20des%20genres.pdf> , consulté le 26.05.2016.

Organisation Mondiale de la Santé OMS, définition de la santé, santé mentale, articles et rapport de l'OMS <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, consulté pour la première fois le 20.02.2016

SCHULER D & BURLA L. (2012). « La santé psychique en Suisse. » *Monitoring 2012, OBSAN rapport 52*. Neuchâtel. Observatoire Suisse de la Santé. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_52_rapport.pdf , consulté le 28.04.2016.

STEINMANN R M. (2006). « Santé psychique – stress. » *Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse*. Lausanne. Promotion Santé Suisse. http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/PsychGesundheit_GF-CH_2005_f.pdf consulté le 28.04.2016.

WACQUEZ J, (2013). « Les Fondamentaux- Le noyau dur du métier d'éducateur. » *Rhizome 21-66*. Récupéré du site : <http://www.educ.be/carnets/fondamentaux/fondamentaux.pdf> consulté le 2.05.2016.

WEIL B. (2009) « Papier de référence santé psychique / santé mentale. » *Conférence Suisse de santé publique 2007*. Berne. Santé Publique Suisse. P.1-6. http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/PHS_2009_Referenzpapier_psych_Gesundheit_f.pdf consulté le 28.04.2016.

8. ANNEXES

A. Grille d'entretien

« Comment l'éducateur utilise-t-il les effets de l'Interventions Assistée par l'Animal pour accompagner les personnes atteintes de troubles psychiques en milieu institutionnel ? »

Hypothèses et objectifs	Questions	Questions de relances	Indicateurs
<p>Questions d'ouvertures</p> <p><i>Permettre à l'éducateur de « s'installer » dans le thème.</i></p> <p><i>Se faire une première idée de ce que l'éducateur connaît de mon sujet.</i></p>	<p>Depuis combien de temps, travaillez-vous dans l'institution en tant qu'ES?</p> <p>Quelle est votre formation ? Diplôme et spécialisation en troubles psy ?</p> <p>Sauriez-vous citer ma question de mémoire.</p> <p>Savez-vous ce que sont les IAA ?</p> <p>Dans les références que vous avez, depuis combien de temps ce/ces résident(s) la pratique(nt)-t-ils ? À quelle fréquence ?</p> <p>Comment définissez-vous la relation qu'entretient le résident avec l'animal ?</p>	<p>Combien de fois par semaine et quelle durée par séance pour le résident aux IAA ?</p>	<p>ES, expériences</p> <p>Formation HES</p> <p>Formations internes</p> <p>CAS en Psychiatrie</p> <p>Expériences professionnelles</p> <p>Compréhension du sujet</p> <p>La durée du suivi</p> <p>La durée de l'IAA</p> <p>IAA</p>

	<p>Quelles visions avez-vous de l'IAA ?</p> <p>Avez-vous connaissance des effets de l'IAA sur les personnes souffrants de troubles psychiques ?</p> <p><i>Si oui, citez-moi les effets que vous connaissez.</i></p>	<p><i>Qu'est-ce qui différencie une IAA d'un(e) autre atelier/thérapie ?</i></p> <p>Quelles opinions vous avez des IAA ?</p>	<p>Avis positif ou négatif face à l'IAA</p> <p>Citer les effets sur différents aspects</p>
<p>Les séances d'IAA participent à stabiliser ou/et à améliorer la santé mentale des personnes atteintes de troubles psychiques en institution durant la durée de la séance. Certains de ces bénéfiques perdurent également d'une fois la séance terminée.</p> <p><i>Savoir si les IAA ont des effets positifs au niveau physique, psychique, social et cognitif qui durent et qui sont visibles par les ES.</i></p>	<p>Pensez-vous que les IAA sont bénéfiques dans le domaine des troubles psychiques ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous résidents confondus ? <p>Depuis que l'IAA est pratiquée, voyez-vous des changements chez le résident que vous suivez?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Positif ?</i> - <i>Négatif ?</i> <p><i>Si oui, À partir de combien de temps de participation ? jours, mois, années ?</i></p> <p>Ces effets/ changements sont-ils mesurables ?</p> <p>Si oui</p>	<p>Si oui justifier</p> <p>Si non justifier</p> <p>Changement immédiat et/ou durable ?</p> <p>Avez-vous un/ d'autres exemple(s) ?</p>	<p>IAA, impact ou non et positive ou négative par l'ES</p> <p>Les effets de l'IAA sont observables par les ES</p> <p>Effets visibles par l'ES</p> <p>Observables dans les actes de la vie quotidienne.</p>

			Apprentissage lors des AVQ (cuisine etc.).
<p>Un travail interdisciplinaire entre les ES et les Intervenants Assistés par l'Animal augmente la qualité du suivi auprès du résident.</p> <p><i>Comprendre quelles visions ont les ES d'une collaboration et comment se déroule en réalité le travail interdisciplinaire sur le terrain.</i></p> <p><i>Vérifier si le travail interdisciplinaire favorise une prise en charge plus complète et spécifique.</i></p>	<p>Donnez-moi une définition pour vous du travail interdisciplinaire ?</p> <p>De quelle manière le travail interdisciplinaire apparait-il dans votre quotidien d'ES ?</p> <p>Sous quel(le) forme/mode ?</p> <p>Élaborez-vous des objectifs communs entre intervenants IAA et ES autour de vos référés ? si non pourquoi ?</p> <p>Quels sont les paramètres qui, selon vous, favorisent le travail interdisciplinaire?</p> <p>Est-ce que la collaboration actuelle avec les intervenants IAA vous convient ?</p> <p><i>Si non, qu'apporteriez-vous comme amélioration afin qu'elle soit satisfaisante ?</i></p> <p>Existe-t-il une ligne directrice des objectifs et des projets communs</p>	<p>S'inscrit-il dans le cahier des charges ou la mission de l'institution ?</p> <p>Si oui dans quel cadre ?</p> <p>Comment sont construits les objectifs ?</p> <p>Qu'est-ce qui permettrait un travail interdisciplinaire idéal ? (fréquence, moyens, communication, collaboration etc.)</p> <p>Si oui pourquoi ?</p> <p>(similitude entre IAA et projet éducatif)</p>	<p>Vision de l'interdisciplinarité par l'ES.</p> <p>Cahier des charges, mission de l'institution.</p> <p>Projet éducatif Objectif</p> <p>Collaboration, outils, moyens, fréquence etc.</p> <p>Travail interdisciplinaire Colloque Réunion Entretien</p> <p>Travail interdisciplinaire</p> <p>En réalité, pratique</p>

	<p>entre le projet éducatif et le travail en IAA ?</p> <p>Quels sont les avantages et les désavantages du travail interdisciplinaire selon vous?</p> <p>Comment pouvez-vous vous rendre compte du travail effectué lors des IAA ?</p> <p>De quelle manière le résident intervient-il dans la co-construction de ce projet IAA ?</p>	<p>Comment sont transmises les informations ?</p> <p>Avez-vous déjà participé à une séance d'IAA ?</p> <p>Organisez-vous des rencontre entre les ES, les intervenants IAA et le résident ?</p> <p>Comment la participation aux IAA est organisée pour le résident ? (obligation par qui ? choix personnel ? évaluation ? réajustement ? etc.)</p>	<p>Prise en charge simultanée, plus de poids et travail similaire</p> <p>Vision du travail interdisciplinaire (perte de temps, communication, entraide etc.)</p> <p>Échange formels, informels, rencontres, feedback, e-mail, connaissances personnels, réseau, téléphone, entretien etc.</p> <p>Obligation de participer, choix personnel du résident, réajustement, organisation de l'institution</p> <p>Co-construction</p>
--	---	---	--

		Pouvez-vous dire que le résident est « acteur » de son projet ?	
<p>L'état de santé psychique du résident confronte quotidiennement l'ES à évaluer la capacité du résident à se rendre ou non à une IAA.</p> <p><i>Comment se passe la communication entre les professionnels par rapport aux besoins /état de santé du bénéficiaire.</i></p> <p><i>Voir si les connaissances face à la maladie psychique jouent un rôle important dans le travail interdisciplinaire et donc l'accompagnement dans sa globalité du résident.</i></p> <p><i>Découvrir les moyens que l'ES a à disposition face aux troubles psychiques et au mal-être des résidents.</i></p>	<p>Dans quel état d'esprit les résidents se rendent aux IAA ?</p> <p>Remarquez-vous une différence dans le comportement du résident sur le foyer d'hébergement et lors des IAA ?</p> <p>Est-il possible de savoir si le résident souhaite stopper à un moment donné les IAA ?</p> <p>Si oui comment ?</p> <p>Les IAA font partie intégrante du traitement « thérapeutique » (accompagnement proposé par l'institution) et participe à son bien-être. Toutefois, lorsque ce dernier n'est pas assez bien pour se rendre aux séances, l'IAA reste-t-elle indiquée pour le résident ?</p> <p>Y'a-t-il des contradictions pour vous par rapport aux IAA ? (Un résident qui va bien</p>	<p>Hors contexte du foyer ?</p> <p>Si le résident n'a pas envie ou ne peut pas se rendre aux séances IAA qui justifie l'absence ?</p> <p>Si oui ou non, justifier</p>	<p>Santé mentale / trouble psychique</p> <p>Différences de comportements dans divers contextes (compétences, attitudes, motivation, responsabilité, autonomie</p> <p>Collaboration échange discussion, organisation</p> <p>Téléphone, rencontre, impact dans la prise en charge</p> <p>Rôle de l'ES</p> <p>Trouble psychique</p>



	<p><i>se rend aux IAA, un résident pas bien ne se rend pas aux IAA. L'IAA aide à la santé psychique du résident, pourquoi ne s'y rend-il pas lorsqu'il n'est pas bien ?)</i></p> <p>Que faites-vous concrètement face à un résident qui vous explique ne pas pouvoir aller à la séance d'IAA ?</p> <p>À quoi êtes-vous attentifs lorsqu'un résident exprime ne pas vouloir se rendre à une séance IAA ?</p> <p>Quel est le rôle de l'ES à ce moment-là ?</p> <p>Quels outils ou quels techniques avez-vous pour différencier un résident qui « ne peut pas » à celui qui « ne veut pas » se rendre un jour aux IAA ?</p> <p>La pathologie des résidents peut-elle engendrer un manque de motivation face aux IAA à votre avis ?</p>	<p>Les IAA sont-elles indiquées que lorsque la personne va bien (psychiquement) ?</p> <p>Comment interagissez-vous avec le résident lors de ce genre de situation ?</p> <p>Et avec l'intervenant IAA ?</p> <p>Si oui/non justification</p>	<p>Trouble psychique Symptômes</p> <p>Pratique éducative. Prise en charge au quotidien. Connaissance de la personne. Du trouble psychique</p> <p>Réalité terrain</p> <p>Pratique éducative, troubles psychiques</p> <p>Troubles psychiques Influence du contexte /environnement</p> <p>Réalité terrain</p>
--	---	--	--

	<p>Avez-vous de la difficulté à évaluer ce genre de situation ?</p> <p><i>Si oui/ (non) pour quelles raisons ?</i></p> <p>Avez-vous des ressources extérieures pour faire face à ce genre de situation ?</p>	<p>Comment procédez-vous pour résoudre cette difficulté ?</p> <p>Pouvez-vous vous appuyer sur les autres collaborateurs (IAA) pour faire face à cette situation ?</p> <p>Si oui comment ?</p> <p>Si non pourquoi ?</p>	<p>Pratique éducative</p> <p>Connaissances du résident, troubles psychiques, expériences etc.</p> <p>Travail interdisciplinaire</p> <p>Collègues, RF, réseau etc.</p>
<p>Questions de clôtures</p>	<p>Aimeriez-vous rajouter chose concernant ce qui a été abordé ?</p> <p>Avez-vous un commentaire à faire concernant mon sujet de mémoire ?</p> <p><i>Comment avez-vous trouvé cet entretien ?</i></p>	<p>Un thème sur lequel vous aimeriez revenir ?</p> <p><i>Difficulté des questions ?</i></p>	
<p>Remerciements</p>			

B. Retranscriptions d'un entretien

Depuis 2007, ma formation de base c'est en théologie, en science des religions. Parcours en sciences humaines. Le Cas en psychiatrie. Surtout des formations qui touchent le domaine des addictions. Après toutes les formations internes proposé par Domus. Comment rendre compte de cet outil de médiation qu'est l'atelier de travail ou de thérapie avec le cheval. Le terme médiation me parle plus que IAA, de l'ordre de qqchose de plus concret.

(IAA ?) Non pour moi c'est la 1^{ère} fois que j'entends ce terme. J'englobe ça en disant qu'il y a un objet médiateur très concret qui est valorisant, qui a une caractéristique bien spécifique, qui est un animal un être vivant donc qui va générer quelque chose de particulier.

Ils ont tous eu un parcours avec l'IAA. La plupart de ceux qui ont des troubles avec un versant troubles de la personnalité qui amène à investir cet atelier. Certains presque la moitié ou les deux tiers de leurs temps, presque tendance à surinvestir, y aller en dehors de l'atelier, le weekend.

(Relation animale ?) Un espace tiers, une relation de substitut (affectif émotionnel, relationnel) moins menaçant que l'être humain.

(IAA différencie ?) Il s'agit d'animal, les autres c'est plutôt un support matériel, ou une activité tandis que là c'est l'animal peut avoir des comportements, cette interaction, il va réagir en fonction de l'action du résident.

(vision de l'IAA ?) C'est un outil que je ne maîtrise pas du tout, j'ai découvert ça, j'étais émerveillé de voir, mais les interactions même non verbales, il y avait une communication qui suscite l'émerveillement. C'est un domaine qui mériterait que je m'y intéresse. Un petit séjour de 2h prochainement à la TAC.

(Effets sur les troubles psys ?) Je pense que les effets ils ne sont pas automatiques et qu'ils dépendent de plein de paramètres mais c'est une opinion personnel. Ce n'est pas magique, c'est comme toute les thérapies ça dépend de la qualité de la relation qui existe entre l'intervenant IAA et le résident c'est ça qui va faire l'efficacité de la thérapie.

Les IAA sont bénéfiques dans le domaine des troubles psychiques. Je pense que oui, quelques personnes qui aurait des appréhensions face au volume de l'animal par exemple. Des personnes qui auraient des troubles liés à l'anxiété à la persécution ça peut être menaçant... Une des limites par rapport à d'autres mais qui s'identifie à la première rencontre. Et l'histoire de vie de la personne avec les animaux et tous ceux qui ont des comportements déviant face à l'animal, ceux qui peuvent avoir de la maltraitance, zoophilie etc.

(Observé des changements + - ?) Ces changements je les observe après la séance, c'est-à-dire qu'il y a une sorte de satisfaction, un mieux-être mais qui va être identifié par le retour une parole, parler de l'animal. C'est ça qui va me dire la séance c'est bien passée. Le fait qu'il en parle, on voit que la personne a bénéficié d'un moment de bien-être.

(Immédiat durable ?) En tout cas immédiat sûr. Durable, dans la mesure où les objectifs sont travaillés en synergie (projet commun ?) je crois tous les outils ont une performance dans la mesure où les professionnels vont dans le même sens. Pour moi c'est l'ingrédient principal. On

peut avoir un bénéfice mais des bénéfices morcelés. Intuitivement on peut avoir une sorte de relation que j'appellerai de co-dépendance avec la personne ou on ne résout rien de son problème on fait juste de vivre un temps d'anesthésie ou on met en standby son problème et il y a un surinvestissement mais la personne ne travaille pas dans le fond.

(Mesurable ?) Oui parce que tu échange avec le bénéficiaire. C'est dans l'immédiat, dans l'interaction avec le groupe ou en entretien individuel ou chez d'autres c'est un atelier qui laisse une passivité d'explications. J'ai des retours ponctuels par les MSP. J'ai eu des retours verbaux. Actuellement on n'a pas dans la Fondation d'outil si ce n'est le compte rendu annuel lors des bilans de réseau qui reste trop succinct.

(Aspect) physique, le fait de sortir de l'établissement, rencontrer autre chose il va être plus ouvert pas enfermé ça casse le côté autistique... C'est le fait de parler de l'activité, des interactions, le lien l'ici et maintenant... il va parler de quelque chose que je n'ai pas vécu et il va me le décrire.

Psychique émotionnel ce qui est frappant c'est le côté canalisation de l'angoisse. Les personnes sont plus rassemblées psychiquement, comme un effet anti psychotique, il y a moins de morcellement. Valorisation, l'estime de soi et souvent quand la personne a fait quelque chose qu'elle n'avait pas fait avant, il y a l'ego de manière saine, j'ai été capable processus de croissance qui se perçoit dans des petites choses, la fierté, le regard la détente musculaire, le mieux-être. J'ai acquis une compétence. La relation et l'émotion.

Social c'est toutes les interactions, de communiquer, d'avoir pu déjà communiquer avec l'animal, dans le non verbal. Il y a une carence dans la communication. Il y a un retour automatique dans les interactions, le fait que ce soit un animal il y a quelque chose de l'ordre de la facilité car l'animal il ne va pas contredire.

Cognitif il y a la stimulation. La capacité d'apprentissage, la mémoire. Pendant la séance surtout dans la croissance cognitive...

(Transposer) pour lui si ça fait partie de son univers apaisant il va le vivre comme ça mais le transposer je ne suis pas sûr. Le fait qu'il vit de manière morceler il a plutôt tendance à retrouver le lieu à ce qui se vit mais la réflexion que ce qui se passe c'est du bénéfice sa c'est plutôt aux professionnels de le faire ressurgir. Il faut avoir l'objet présent pour transposer. Une résidente va se trouver d'autre substitut pour retrouver l'effet des IAA. Faire le lien entre émotions perceptions etc.

(TI ?) La capacité de professionnels du social à travailler au quotidien avec d'autres professionnels à interagir, à communiquer dans le suivi spécifique de chaque résident. Qu'on amène tous les regards et qu'on décide d'une ligne à suivre. On décide ensemble du fait de ces regards qui sont de professions différentes mais qui doivent avoir une convergence. On ne peut pas travailler sur tous les aspects en même temps mais on décide de travailler sur le même en même temps d'où le fait que les objectifs du PAI faudrait que ce soit l'outil par excellence qu'il soit et dans le quotidien de l'ES et de l'infirmier et des différents MSP et actuellement c'est pas l'impression que j'ai.

(Comment l'IT apparaît dans le quotidien d'ES ?) Dans le quotidien il n'apparaît pas assez. Je reste convaincu que l'outil il est génial mais il n'est pas suffisamment utilisé parce qu'on serait

plus performant si on décide ensemble alors ça peut être proposé par un MSP ou infirmier on décide d'avoir 2 objectifs pendant 6 mois pour tel résident et les objectifs de chaque ateliers doit avoir un lien avec ça autrement on fonctionne comme des psychotique, le morcellement. (Mission de l'institution ?) L'IT ? C'est même dans les demandes de qualification : capacité à travailler de manière inter et pluri disciplinaire.

(Objectifs entre IAA ES et résident ?) Non, avant il y a 3-4 ans on communiquait plus régulièrement. Maintenant du fait qu'on ait plus de lieu pour échanger, on est morcelé, c'est dû à l'évolution du fonctionnement de l'institution.

L'ES fait le PAI et l'intervenant IAA pose aussi des objectifs. Il n'y a pas d'objectifs communs actuellement. (TI idéal ?) Pour moi c'est de favoriser les pauses communes, c'est au quotidien les petits retours, les petits échanges. C'est là qu'on peut favoriser un regard de professionnels très soutenant, valorisant ensemble dans le même sens. Ne pas avoir d'attente au-delà de ce que le résident est capable de donner c'est ça l'exemple d'une bonne collaboration. Je crois plus à l'intérêt porté et d'avoir la possibilité dans nos horaires de passer du temps avec les MSP, je prends 5 mn et je vais les voir. L'idéal se serait d'avoir des échanges brefs au quotidien et d'avoir des échanges pour le bilan tous les 6 mois écrits et oral et qu'il y ait une rencontre qu'on ne dise pas simplement par écrit mais qu'on puisse interagir sur les manières de fonctionner et procédé. Éviter les clivages et la triangulation pour avoir un cadre clair et sécure. (Collaboration te convient ?) Pour moi non.

(Lignes directrices entre projet ES et projet IAA ?) Comme ça je ne vois pas. Il y a plein de concept qui pour moi sont morcelé. Les concepts des ateliers etc. c'est une justification après coups, un concept institutionnel très théoriques et après ces interventions on a des concepts pour dire qu'est-ce qui légitime ce qu'on fait, qu'est-ce qu'il y a comme plus dans cet atelier mais pour ça reste abstrait et morcelé. C'est pas des outils qui ont une dimension opérationnels, ça n'existe pas encore. (+ et - du TI) je ne vois que des avantages. La personne est tellement riche on ne peut qu'avoir des visions qui sont complémentaires, c'est très stimulant on ne peut pas enfermer une personne dans une manière de décrire, ça permet de se renouveler, c'est stimulant. Des colloques ou tous les professionnels étaient réunis et les retours sont d'une richesse impressionnante. (Rendre compte du travail des IAA ?) Actuellement je pense que je n'ai que des petits retours ponctuels mais pas suffisamment, je regrette ça, temps en temps je vais piocher des infos ou essayer de stimuler pour avoir des infos et à initier l'action à se mettre dans l'action. La difficulté de tout professionnel c'est d'apprendre à mettre en route quelqu'un. Si toi m'aime tu n'y crois pas, en sa capacité lui non plus. Quand on dit vas-y tu tiens bon il faut déjà être convaincu qu'il est capable de le faire.

(Transmis les feedbacks ?) Des retours très pauvres, ce n'est pas assez pour moi. Il y a une sorte de distance maintenant qui est dû au fonctionnement et pas aux personnes, une explosion de nouveaux intervenants et de changements d'organisations. Les anciens ont une prise de conscience de l'importance d'échanger. Les nouveaux on ne sait pas s'ils ressentent l'importance de collaborer et s'ils vont rester plus de 2 mois. C'est épuisant de recommencer et de réexpliquer. Le compte rendu du PAI une fois par année pour communiquer actuellement. (Participer aux IAA ?) Je vais y aller 2h. C'est vrai que je n'y suis jamais allé.

(Rencontre ES IAA et résident ? Il y a eu mais c'est au cas par cas. (Co-construction ?) Je n'en ai aucune idée de comment le résident co-construit son projet aux IAA.)

La seule préoccupation qu'on avait c'est qu'il soit réveillé et qu'il s'y rende, ou l'accompagner. Le reste il y a une espèce de chasse gardée, chacun son territoire.

(Obligation choix de l'IAA ?) Il fait une visite et choisit librement un certain nombre d'atelier. Il y a toujours possibilité d'évaluer.

(Acteur de son projet ?) Je pense il est co-acteur, un psychotique il est souvent carencé pour initier un projet, c'est-à-dire qu'il a certainement des envies, des goûts il y a quelque chose qui est là mais que nous on a à faire émerger. C'est un art de faire prendre conscience aux psychotiques de ce qu'il a comme envies donc c'est pour ça que je dirais co-acteur on fait partie on est vécu comme ça par lui dans la tête du psychotique on fait partie de sa conscience de sa volonté et parfois on a une certaine influence et à mesure qu'on connaît son histoire, sa sensibilité on va mettre des mots dessus et on peut le guider, co-acteur mais seul non, autrement il reste sur place. (État d'esprit des résidents pour aller aux IAA ?) Un surinvestissement pour certains pour d'autres il y a souvent un problème de motivation, on redécouvre la personne telle qu'elle est au quotidien dans l'atelier. (Différence de comportement hors foyer ?) Je pense qu'il doit avoir un comportement différent. (Stopper les IAA ?) Généralement ils le vivent bien, mais quand ça va pas ils vont le dire ou le faire sentir en étant malade, d'une manière verbale ou verbal.

(ttt thérapeutique IAA que quand le résident va bien ?) Ce n'est pas en terme binaire. Il peut aller quand il va bien mais il peut aussi aller quand il ne va pas bien et on adapte la séance ou la raccourcir. Il y a toute une palette de manière de réagir, la réaction parfois qu'on ne pense pas c'est d'adapter et non pas de supprimer.

Le responsable de foyer justifie l'absence après c'est sur indication du team infirmier. L'ES n'entre pas en compte la dedans on ne me demande pas mon avis. L'ES voit le résident sur le foyer qui n'est pas bien angoisse mal-être ou vertige, le team infirmier évalue et envoie l'info au RF qui justifie ou non l'absence.

(Pourquoi un résident ne s'y rend pas ?) Ça peut-être pour des raisons objectives ou justifiées comme un problème de santé psychique ou somatique mais qui l'empêche d'investir ou de vivre l'IAA avec un bénéfice mais ça reste difficile à dire. Souvent c'est lié avec ces problèmes quotidiens, il ne sera pas tellement différent que l'état d'esprit dans lequel il est la journée avant l'atelier.

(Concrètement quand un résident dit ne pas pouvoir aller à l'IAA ?) Je l'écoute d'abord sa raison, je ne vais pas forcément lui dire non, je quitte la souffrance si y'en a, je vais lui dire qu'il y a aussi du bénéfice à investiguer une autre solution qui n'est pas celle de ne pas y aller. Le fait de ne pas y aller est une expérience d'échec, le fait d'y aller, forcé et de tenir à tout pris comme les autres fois c'est ne pas entendre et ne pas tenir compte de la souffrance, de travailler avec la personne à une solution autres c'est de l'ordre de l'éducatif et pour moi c'est plus de l'ordre du référant ou de l'ES de travailler sur cette espace tiers, sur cette option gagnant-gagnant. On est plus dans le clivage on est dans quelque chose qui fait que la personne tire malgré tout un bénéfice de ce qui se passe là. Une solution avec, co construire une solution sans

être dans une logique de ou oui ou non. (Attentif à quoi ?) À la fois j'essaie de quittancer (valider) l'expression de la souffrance, mais ça veut pas dire que parce que j'entends cette souffrance que je vais dire oui à la demande du résident et je ne vais pas forcément lui dire non. Souvent j'ai une position paradoxale je vais lui dire mais on peut créer ou inventer une autre manière c'est souvent un défi. Je le quittance sur le plan émotionnel par contre à la solution qu'il propose je dis je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure, je pense à d'autre, plutôt d'être une partie de sa conscience de sa perception et de se dire mais en fait il y a un enjeu, si j'ai des difficultés ici c'est justement ici et maintenant dans cette difficulté que je peux développer une compétence.

(Outils techniques différencier ne veut pas a ne peut pas ?) De vouloir distinguer les deux c'est une distinction intellectuelle. Pour moi, ce qui m'intéresse c'est comment la personne va interagir si elle est preneuse ou si vraiment elle arrive pas à réfléchir pour trouver une solution ou preneuse de rien et bien à un moment donné ça sert à rien mais généralement il y a une demande et on va plutôt être un bout dans son sens et un bout on va le pousser un pas de plus. C'est se dire ok tu as chuté ok tu as souffert mais relève toi c'est justement en faisant le deuxième troisième pas que tu vas réussir et si tu abandonnes maintenant c'est fini tu vas continuer à marcher à 4 pattes. C'est justement cette attitude qui est un peu paradoxale des choses contraires. Cet espace qui fait que la personne va sortir en elle ce qu'elle a comme ressource et émerger en elle mais pour ça c'est tout l'art de ce qu'on appelle le motivationnel c'est cette attention aux forces de croissance qui est dans la personne. Et ça c'est une sorte d'alchimie et ça prend au quotidien. Il y a les années d'expériences mais c'est jamais acquis, il y a toujours à repartir, c'est la personnes qui va donner les matériaux et dans une situation donné, un échec etc., c'est pas forcément ça qui va être négatif mais c'est ça qui va déclencher une sorte de prise de conscience et va faire un changement dans la vie de la personne.

(Pathologie ?) Oui, la plupart, tout ce qui est des symptômes négatif de la schizophrénie, des psychoses qui est souvent liés et qu'on ne soigne pas par des médicaments donc qu'on a aussi ce rôle motivationnel. On n'a pas à être surpris de manque de motivation car ça fait partie du problème. On va plutôt à parler en terme d'initiation de l'action. De ce que j'ai appris, c'est notre travail au quotidien c'est comment mettre la personne en route. Il a ce qu'il faut, sauf la capacité de décider de se mettre en route (le résident). Pour moi maladie psychique c'est presque secondaire dans ma manière de voir les choses. La personne ne se définit pas par la maladie psychique. Elle peut dire ou se réduire à la maladie. Moi en tant qu'ES je vais voir l'autre versant les capacités qui sont sous investies, enfouies, plus en terme de capacité non utilisé. On (les ES) ne va pas développer une capacité déficitaire dû à la une pathologie c'est faire émerger les capacités oubliées. Pour moi c'est une manière de se situer, les troubles psychiques c'est avoir un trouble ce n'est pas une maladie. Le contexte est sans doute le plus important car on a besoin de nommer mais en fait on ne fait que de mettre un mot sur des symptômes. Pour moi c'est comme une bouteille qu'on secoue, l'eau est trouble, si on la laisse calme, c'est la même eau mais c'est le contexte ou l'action qui fait qu'elle est trouble ...donc c'est l'environnement qui influence. Le terme de maladie pour moi induit des comportements de professionnels qui sont inadéquat qui en tout cas ne sont pas porteur de changement, qui identifie la personne qu'à la maladie, c'est réducteur.

(Difficulté à évaluer peut veut pas ?) Pas forcément non je ne crois pas. C'est dans l'ici et maintenant on voit tout de suite. Je ne crois pas que c'est en terme binaire. Ce n'est pas blanc et noir. Dans la mesure où on est convaincu que tels activités est passionnante, la personne va le sentir. Dans la mesure où il y a la psychose, on (les ES) est comme une partie de la personne, la motivation se communique se transmet. Ma motivation ma détermination ma conviction qui va le rendre confiant. Oui j'ai du bénéfice à m'investir.

(Ressources extérieur pour faire face à cette situation ?) Ce que je suis ce j'ai mon histoire, des ressources extérieurs ? Les colloques, le fait de parler avec les collègues, le team infirmier, les autres professionnels. J'entends leurs éclairages et ça va moduler mon opinion car on est dans l'émotion et on a besoin d'avoir un autre regard qui permet de tempérer ce qu'on pense dans l'immédiat. (IAA ?) Là actuellement je les sens pas disposés, il y a une distance géographique et je les sens pas disposer à collaborer...) Mon rêve c'est d'avoir plus de travail interdisciplinaire, ou plutôt intégré. C'est une approche intégrée, c'est faire que quand on a communiqué avec des professionnels qui ont d'autres lunettes on en ressort changé et enrichit du regard de l'autre, on est dans le côté qui fait qu'on est soignant on solidifie et anti psychotique et autrement si on le fait pas on risque de renforcer son problème et pas de le résoudre.

C. Demande d'enquête

Lorry Bruttin
 Impasse des Artisans 4A
 1967 Bramois
 ☎ 079/575 85 50

Bramois, le 12 juillet 2016

Fondation Domus
 À l'attention de M. Michaël Saint-Amour
 Route du Simplon 31
 Case postale 135
 1957 Ardon

Enquête pour mon travail de Bachelor

Monsieur Saint-Amour,

Éducatrice en fin de formation à la HES-SO de Sierre, je suis actuellement en pleine élaboration de mon travail de Bachelor. Dans ce cadre, il m'est demandé de faire une recherche théorique basée sur des pratiques professionnelles du travail social.

Je réalise un travail de recherche sur le travail interdisciplinaire entre les éducateurs et les professionnels des Interventions Assistées par l'Animal dans le travail social. Je pars des effets bénéfiques de l'IAA sur la santé mentale et les troubles psychiques pour me questionner sur notre rôle d'éducateur,trice dans cette démarche. Je cherche à établir comment l'équipe éducative peut collaborer avec les thérapeutes et MSP pour fixer un objectif commun dans le but d'améliorer la prise en charge des résidents. Ma question de recherche est la suivante :

« L'Intervention Assistée par l'Animal en Institution s'occupant de personnes souffrant de troubles psychiques : comment l'équipe éducative peut-elle s'aider de /utiliser ses effets au quotidien ? »

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Pour confirmer ou infirmer mes hypothèses de départ, j'ai besoin de réaliser des entretiens auprès des éducateurs de la Fondation Domus. Ces derniers se dérouleront en tête à tête avec à chaque fois un(e) éducateur,trice et moi-même. Ils dureront environ une heure. Ils seront enregistrés pour éviter de déformer les propos récoltés lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard en mars 2017.

Si vous acceptez de participer, vous signerez le formulaire ci-joint qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Une fois le formulaire retourné, j'effectuerai ma demande d'entretien par e-mail interne aux éducateurs,trices de la Fondation Domus. Un formulaire de consentement éclairé leur sera également transmis.

Vous trouverez en annexe le code d'éthique de la recherche pour vous informer des principes généraux vers lesquels je tends et que je me dois de respecter lors de ma recherche.

D'ores et déjà je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande et je me réjouis d'une éventuelle future collaboration.

En vous remerciant par avance et dans l'attente d'un prochain contact, je vous prie d'agréer Monsieur Saint-Amour, mes meilleures salutations.

Lorry Bruttin

Annexe : ment.

D. Lettre consentement éclairé

Étude sur le travail interdisciplinaire entre les éducateurs et les professionnels des Interventions Assistées par l'Animal (IAA) dans le travail social

Menée par Lorry Bruttin, étudiante à la HES-SO //Valais

Sous la direction d'Emmanuel Solioz, Directeur du Travail de Bachelor à la HESSO//Valais

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant à l'étude

Le(la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il(elle) a pu poser toutes les questions qu'il(elle) souhaitait.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle)-même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, à savoir au plus tard en mars 2017.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le(la) soussigné(e) accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date: Signature :