

Une zoothérapeute en vadrouille

Face à un patient présentant un trouble neurodéveloppemental, quel est le rôle de l'animal dans un contexte de psychothérapie assistée par l'animal ?

Rachel Lehotkay, MA, PhD

Docteure en psychologie, spécialiste en psychothérapie FSP et zoothérapeute certifiée ASZ

Présidente de l'Association Suisse de Zoothérapie (ASZ) et de la Société pour la Recherche & l'Education en Relation Homme-Animal (SHARRE)

Membre de la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) et de l'Association Genevoise des Psychologues (AGPsy)

Membre de la commission scientifique de la Fondation pour la Recherche en faveur des personnes avec Handicap (FRH)

Résumé

Faisant partie de notre vie depuis toujours, l'animal nous rappelle notre relation à la nature, salutaire et indispensable. Les bienfaits issus de la relation homme-animal de compagnie sont ainsi aujourd'hui incontestables et il est évident que ce-dernier remplit plusieurs rôles, bénéfiques à divers niveaux, et cela autant en intervention que dans la vie de tous les jours. Zoothérapeute au sein d'une unité spécialisée dans le handicap intellectuel et l'autisme depuis bientôt 20 ans, ma pratique m'a amenée à bien connaître cette population. La plupart du temps les patients venaient à moi mais aujourd'hui je me déplace davantage sur leur lieu de vie. Dans un contexte de psychothérapie assistée par l'animal¹, le rôle du psychothérapeute, qui demeure primordial, consiste surtout à savoir comment présenter l'animal au patient et quel rôle lui faire jouer suivant l'objectif de la psychothérapie, le patient et son diagnostic. Nous allons donc examiner le rôle de l'animal et comment il influence les attitudes du thérapeute face à des patients avec un trouble neurodéveloppemental, c'est-à-dire un trouble du développement intellectuel, du spectre de l'autisme ou de déficit de l'attention. Ce récapitulatif du rôle de l'animal en zoothérapie, considérée comme un système thérapeutique, m'amène à proposer une nouvelle façon de concevoir la psychothérapie assistée par l'animal, comme étant une thérapie centrée sur le système.

Abstract

Being part of our environment since the beginning of time, the animal reminds us of our relationship with nature, salutary and indispensable. The benefits resulting from the human-pet relationship are thus today undeniable and it is obvious that the latter fulfills several roles, beneficial at various levels, both in intervention and in everyday life. As a pet-therapist in a unit specializing in intellectual disability and autism for almost 20 years, my practice has led me to know this population well. Most of the time patients used to come to me, but nowadays I go to their place of living. In the context of animal-assisted psychotherapy, the role of the psychotherapist, which remains primordial, consists above all in knowing how to introduce the animal to the patient and what role to have it play according to the objective of the psychotherapy, the patient and his diagnosis. We will therefore examine the role of the animal and how it influences the therapist's attitudes toward patients with a neurodevelopmental disorder, i.e. an intellectual development disorder, autism spectrum disorder or attention deficit disorder. This summary of the role of the animal in pet therapy, considered as a therapeutic system, leads me to propose a new way of conceiving animal-assisted psychotherapy, as a system-centered therapy.

¹ Afin d'alléger le texte, le terme *animal* est utilisé pour désigner l'expression *animal de compagnie*.

Mise en bouche

Faisant depuis toujours partie intégrante de notre environnement, autant physique que spirituel, l'animal a d'abord été envisagé comme une sorte d'intermédiaire entre le monde des humains et celui des dieux, pour ensuite petit à petit acquérir une valeur propre, jusqu'à devenir un animal de compagnie. Même si cette place à nos côtés n'est pas si récente, le phénomène "animal de compagnie" est aujourd'hui plus important que jamais, et les bienfaits de sa présence parmi nous n'est plus à prouver. Son effet bénéfique sur l'homme était toutefois déjà reconnu au XVII^e siècle. On pensait en effet que s'occuper d'un animal pouvait rétablir l'harmonie entre le corps et l'esprit et dès le XVIII^e siècle, diverses espèces d'animaux faisaient partie intégrante du décor de plusieurs institutions de soins en Europe. Il a toutefois fallu attendre la fin du XX^e siècle pour que la recherche se développe et démontre alors, scientifiquement, les effets bénéfiques que la présence de l'animal peut avoir sur notre santé.

Ainsi, la possession d'un animal de compagnie a été scientifiquement démontrée comme corrélée à une meilleure santé, autant psychique que physique. Le fait de s'en occuper, d'en prendre soin, de le promener, de lui démontrer son affection sont autant d'activités saines apportant un équilibre salutaire à plusieurs points de vue (Lehotkay, 2012). Contrairement à la croyance populaire cependant, la seule présence d'un animal dans le foyer n'est pas synonyme de zoothérapie, puisque celle-ci implique une intervention où un intervenant, c'est-à-dire un professionnel, est appelé pour aider/soutenir une personne bénéficiaire/un patient, avec des objectifs spécifiques. En zoothérapie, l'animal n'est pas le thérapeute mais sa présence apporte quelque chose de nouveau qui permet au professionnel d'optimiser, de sublimer sa pratique.

Terme générique faisant référence aux interventions assistées par l'animal, la zoothérapie doit être comprise comme un ensemble de pratiques différentes, pouvant être proposées par des professionnels issus de domaines différents, où la présence de l'animal permet des activités qui répondent à un objectif spécifique. Complémentaire aux interventions conventionnelles, elle doit être envisagée comme un "système thérapeutique" (Lehotkay, Struchen, Carminati, Galli Carminati, 2018 ; Lehotkay, 2021) qui implique une triade, où l'animal est introduit pour permettre de créer le lien, l'alliance thérapeutique entre le patient et l'intervenant. Nous avons donc trois entités, la personne bénéficiaire, l'intervenant et son animal. Dans le contexte qui est le mien, où je pratique en tant que zoo-psychothérapeute (psychothérapeute formé en zoothérapie qui pratique avec son animal), nous parlons du patient, du thérapeute et de son animal.

Suivant la profession de base, le professionnel qui est thérapeute certifié en thérapie, tel que psychothérapeute, physiothérapeute, ergothérapeute, thérapeute du langage, et qui a fait une spécialisation en zoothérapie obtient le titre de *zoothérapeute*. Le professionnel qualifié dans un domaine de la santé, du pédagogique, de l'éducatif ou du social, qui n'est pas précisément thérapeute mais qui a fait une spécialisation en zoothérapie obtient le titre d'*intervenant en zoothérapie*. Enfin, il est possible pour la personne sans formation académique dans un des domaines susmentionnés mais avec un minimum d'expérience de terrain, de faire une formation en zoothérapie et d'exercer en tant qu'*auxiliaire en médiation animale*, pour autant qu'elle puisse certifier d'un enseignement théorique en zoothérapie d'au moins 100 heures (Lehotkay, 2021).

Pour pratiquer de manière professionnelle, le zoo-psychothérapeute doit évidemment bien connaître son métier et l'espèce (ou les espèces) animale qui l'accompagne et ses besoins, mais aussi l'animal lui-même avec lequel il travaille. De par son métier, l'approche en psychothérapie (ou les approches) choisie doit également être "plus ou moins" maîtrisée, la perfection n'étant pas de ce monde... pour permettre une intervention adéquate face au patient, qui peut être un enfant, un adolescent, un adulte ou une personne âgée, présentant diverses problématiques. Il se peut aussi qu'avec une pratique dans un certain contexte, ce qui est mon cas, il développe une expertise dans un domaine en particulier, auprès d'une population spécifique.

Nous avons donc le thérapeute d'un côté, avec son approche, modelée par sa profession, son expérience, son savoir-faire et son savoir-être, et l'animal de l'autre, dont la présence génère un système thérapeutique qui permet d'atteindre les objectifs posés en début d'intervention. En zoothérapie, il n'est toutefois pas suffisant de bien connaître son métier, son animal et la population concernée. Il manque ici en effet un aspect crucial qu'est la compréhension du lien entre l'homme et l'animal. Essence même de ce sur quoi se base la zoothérapie, la relation homme-animal, son fonctionnement et les processus mentaux impliqués, comme l'attachement, l'investissement, la projection, le transfert, etc., qui modèlent cette relation, sont en effet autant d'éléments qu'il faut bien connaître pour comprendre ce qui se passe réellement pendant une intervention en zoothérapie. Malheureusement c'est un aspect trop souvent oublié quand on parle de formation en zoothérapie.

Cela étant dit, beaucoup a été écrit sur les origines et les bienfaits de cette pratique, ou sur les différentes espèces animales utilisées ou recommandées. Pour ma part, je me suis davantage

intéressée à la relation homme-animal (Lehotkay 2012) et au fonctionnement des mécanismes sous-jacents (Lehotkay, 2009 ; Lehotkay, 2018b ; Lehotkay, Orihuela-Flores, Deriaz, & Galli Carminati, 2012 ; Galli Carminati, Lehotkay, Martin & Carminati, 2013), au rôle de l'intervenant et à sa manière de travailler (Lehotkay, 2021). En psychiatrie, celle-ci influence l'approche du patient, qui dépend évidemment du diagnostic de ce-dernier. En tant que zoo-psychothérapeute, je ne travaille en effet pas de la même manière face à un patient dépressif ou un patient borderline, et mon chien n'a pas le même rôle non plus !

En vadrouille...

Zoothérapeute depuis 18 ans maintenant (déjà !?...), j'enseigne également cette approche depuis pratiquement autant d'années. Parce que ma pratique en tant que zoo-psychothérapeute s'est développée au sein d'une unité spécialisée dans le handicap intellectuel et l'autisme, elle m'a amenée à bien connaître cette population, qui outre son diagnostic initial, peut démontrer tout le panel des troubles et maladies psychiatriques, et somatiques (Lehotkay, 2018a ; Lehotkay, Varisco, Deriaz, Douibi & Galli Carminati, 2009). Ainsi confrontée à toutes sortes de problématiques, j'ai appris à m'adapter au patient et développer une approche chaque fois personnalisée, dans un contexte de psychothérapie assistée par un chien, puis de deux chiennes. La plupart du temps les patients venaient à moi mais aujourd'hui je me déplace davantage sur leur lieu de vie. Dans les deux cas cela permet une "échappée" au rituel quotidien, un bol d'air bénéfique. La présence de l'animal, qui permet de dédramatiser le cadre thérapeutique, est alors utilisée différemment suivant l'objectif de la psychothérapie, le patient et son diagnostic.

Mais avant de parler des bienfaits escomptés, on peut premièrement se demander pourquoi introduire un animal en séance ? L'introduction d'un animal dans un contexte thérapeutique se base tout premièrement sur le concept de biophilie, qui fait référence à la prédisposition innée qu'ont les humains à chercher le contact avec la nature et toutes autres formes de vie. La présence de l'animal modifie ainsi le contexte de l'intervention en le rendant naturel. La nature, les plantes et les animaux font partie intégrante d'un environnement auquel nous appartenons aussi ! Par conséquent, rien que d'en faire partie, ou d'y être réintégré d'une manière ou d'une autre, fait du bien.

En thérapie, le premier objectif à atteindre est de créer le lien, l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute, et cela est également valable pour toutes sortes d'intervention, où la

relation entre la personne bénéficiaire et l'intervenant fait partie intégrante du processus de traitement. Ensuite, bien que ce soit le thérapeute humain qui conduit la thérapie, et que l'animal soit le plus souvent considéré que comme un "outil", un "adjoint thérapeutique" ou encore une "prothèse facilitant la thérapie" (Lehotkay, 2021), c'est souvent l'animal qui est investi, en tout cas au départ. Cet investissement précoce, par rapport à celui attendu pour le thérapeute, permet donc à ce dernier d'avoir plus rapidement accès à son patient. Au début, l'animal est donc au centre de l'intérêt et le thérapeute n'est que le médiateur entre le patient et l'animal. Ce dernier représente un sujet de conversation neutre qui n'engage pas le patient, au début du moins. Par la suite, les rôles sont changés et c'est l'animal qui devient le médiateur de la relation thérapeutique entre le thérapeute et son patient. L'animal agit ainsi comme un catalyseur social favorisant les interactions sociales.

La psychothérapie ?

Avant de parler du diagnostic et de la manière dont il peut influencer le rôle de l'animal dans un contexte de zoothérapie, il me semble important d'expliquer d'abord, très succinctement évidemment, ce qu'est une psychothérapie. C'est en effet un sujet régulièrement à la mode... mais je suis toujours frappée de la manière dont elle est comprise par le commun des mortels. Souvent méprisée, dénigrée, elle est accusée de soit manipuler le patient, soit n'avoir aucun effet, ce qui est contradictoire vous en conviendrez... ? Évidemment, toute intervention a un effet, supposé bénéfique, mais il dépend de beaucoup de choses, dont premièrement le patient et sa disposition à changer. Pour entamer une psychothérapie, la première étape consiste en effet à se rendre compte qu'il y a un "problème" et admettre avoir besoin d'aide. Ensuite, il faut choisir le type d'aide, ce qui n'est pas évident parfois.

Fondé sur les racines grecques *therapeia* ("cure") et *psykhê* ("âme", "esprit"), le terme composite "psychothérapie" renvoie à une action de soin et au psychisme. Il se définit donc comme "soigner par la psyché", où celle-ci désigne l'ensemble des phénomènes psychiques, c'est-à-dire toutes les manifestations conscientes et inconscientes d'un individu. Le but de la psychothérapie est de guider le patient dans la résolution de conflits qui s'expriment dans sa vie intérieure ou dans son rapport à l'environnement, et parvenir à un mieux-être sur le plan personnel, familial et/ou social. La psychothérapie s'adresse aux personnes de tous âges, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, et de manière individuelle ou en groupe, en

famille ou en couple. Enfin, elle n'est pas uniquement destinée aux personnes présentant une maladie mentale mais peut être proposée dans de multiples contextes, pour différents problèmes, affections psychosomatiques, difficultés d'adaptation, questionnement personnel, etc.

On recense aujourd'hui près de 400 formes de psychothérapie, dont une grande partie n'est pas reconnue par les milieux scientifiques en psychologie et qui, le plus souvent, ne sont pas pratiquées par des professionnels sérieux. Les quatre principales orientations théoriques reconnues dans le domaine de la psychothérapie sont la psychothérapie analytique, les thérapies cognitivo-comportementales, l'approche systémique et l'approche centrée sur la personne. Elles se distinguent par leur origine, le contexte théorique sur lesquelles elles se basent et les techniques employées, ce qui implique des différences au niveau de comment sont compris le patient / le problème / la situation, de comment le patient / le problème / la situation sont abordés, et de comment est expliqué ce qui se passe en séance. Ces approches diffèrent aussi en fonction de l'objectif du patient et/ou du thérapeute, c'est-à-dire qu'est-ce que le patient vient chercher, qu'est-ce que le thérapeute attend du patient, quel est le comportement du thérapeute, ce qu'il dit ou fait en séance et ce qui se passe en séance...

De plus, même dans une approche en particulier, il y a divers courants qui impliquent parfois une manière de pratiquer très différente. Ainsi, en psychanalyse par exemple, il y a Freud, bien sûr, mais il y a aussi tous les autres qui ont fait évoluer la pratique jusqu'à ce que ça ne ressemble plus du tout à ce que Freud préconisait, c'est-à-dire le patient couché sur un divan, avec le psychanalyste derrière lui, ne disant pratiquement rien et laissant le patient allonger ses pensées...

Chaque approche peut être adaptée et mieux convenir à un patient, ou à un moment de sa vie, mais dans tous les cas, il ne faut pas oublier qu'en psychothérapie, il y a la théorie et la pratique. On pense souvent que le psychothérapeute pratique en suivant une ligne directrice très précise en rapport à sa formation et se comporte alors avec ses patients toujours de la même manière. La situation est pourtant beaucoup plus complexe que ça ! En effet, le psychothérapeute qui a choisi une approche et un courant en particulier, peut aussi s'être formé dans plusieurs approches, et c'est sans compter toute la théorie rapidement aperçue mais enregistrée dans sa mémoire pendant ses études et après..., et dont il n'est même pas conscient parfois. Sa pratique dépend donc finalement davantage de qui il est, plutôt que de ce qu'il a appris. Le contexte théorique sur lequel il se base sera par conséquent très varié, ce qui va évidemment influencer

sa manière de pratiquer. Il ne faut aussi pas oublier que chaque thérapeute va comprendre, interpréter et mettre en pratique ce qu'il a appris de manière personnelle, le "psy" est un humain, ne l'oublions pas ! Ainsi, seul dans son cabinet, le psychanalyste ne fera peut-être pas de la psychanalyse pure et dure... Aujourd'hui, chacun fait sa soupe !

Enfin, en séance, c'est-à-dire dans le cabinet de chaque psychothérapeute, la manière d'être avec le patient, la façon de l'écouter et de l'aider, sera aussi - évidemment - différente selon le patient (Lehotkay, 2021 ; Lehotkay, et al., 2021) ! La personne qui est en face de nous, ou allongée à côté ou devant nous mais en nous tournant le dos, va en effet grandement influencer la relation thérapeutique mais aussi le transfert, le contre-transfert, etc. Par conséquent, une psychothérapie ne se résume pas à l'approche choisie mais est beaucoup plus influencée par le parcours du psychothérapeute, sa manière toute personnelle d'être avec son patient, de l'écouter et de l'amener à mieux se connaître. Le contexte théorique est une chose, mais ce qui se passe dans la relation thérapeutique est on ne peut plus important... qu'on se le dise !

Cela étant dit, la plupart des psychothérapies reposent sur l'établissement d'une relation interpersonnelle entre le patient et le thérapeute, dans le cadre d'un contrat explicite de soin. Elles sont ainsi proposées dans un cadre précis défini par le thérapeute, c'est à dire le lieu, la durée et la fréquence des séances, leur forme ou leur modalité. La durée de la psychothérapie ne dépend pas forcément de la théorie qui la sous-tend mais la psychothérapie analytique repose sur des concepts qui supposent une plus longue durée de travail.

Les différentes approches en psychothérapie

La psychothérapie analytique, à orientation psychanalytique ou psychodynamique, est principalement influencée par la psychanalyse, et consiste en une méthode de traitement des troubles névrotiques par l'exploration de l'inconscient, où les difficultés présentes sont conçues comme ayant leurs origines dans les conflits irrésolus de l'enfance, refoulés et inconscients. Les objectifs de l'approche analytique visent la résolution de ces derniers par la prise de conscience et leur élaboration. La méthode analytique classique consiste ainsi à interpréter le discours, où la libre association est importante, pour prendre conscience de l'influence des conflits inconscients sur les fonctionnements actuels afin de s'en dégager.

Le cadre analytique est structuré par des règles fondamentales que sont la neutralité

bienveillante, l'attention flottante, les associations libres, l'abstinence et le cadre spatio-temporel et matériel (lieu, durée et fréquence, honoraires, divan). En séance, ce cadre s'appuie sur quatre concepts importants que sont la projection, l'identification, le transfert et le contre-transfert. Je ne ferais pas ici un cours sur ces concepts mais pour faire court, la projection est un mécanisme de défense par lequel le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, sentiments ou désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres personnes. L'identification est le processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. Le transfert (=Übertragung signifie "report") est défini comme la reviviscence, le déplacement de désirs, d'affects, de sentiments éprouvés dans la prime enfance envers un objet infantile (les parents), et adressés à une autre personne (le psychanalyste) au cours du traitement (mais non justifiés par le comportement de celui-ci). Autrement dit, le psychanalyste fonctionne comme un portemanteau sur lequel le patient va accrocher toutes les défroques des gens qui ont compté dans son histoire. Il va ainsi rejouer avec son analyste les relations qu'il entretenait avec ces personnes, et analyser ces relations pour les comprendre. Enfin, le contre-transfert (=Gegenübertragung) consiste en le sentiment inconscient de l'analyste en réaction aux sentiments inconscients du patient, plus particulièrement dans le transfert. Dans la cure psychanalytique, l'attention portée aux mouvements contre-transférentiels et à l'interprétation du transfert distingue fondamentalement les traitements psychanalytiques de tout autre traitement psychologique (Rouchy, 2008).

Les thérapies cognitivo-comportementales, ou psychothérapie à orientation cognitive et comportementale sont aujourd'hui de plus en plus pratiquées et regroupent un ensemble de principes théoriques et de techniques thérapeutiques découlant des deux approches de base que sont la thérapie comportementale et la thérapie cognitive. Ces deux approches ont en communs la démarche scientifique expérimentale, les théories de l'apprentissage, le style thérapeutique et une durée d'intervention limitée dans le temps. Centrée principalement sur l'ici et le maintenant, la psychothérapie cognitivo-comportementale (ou TCC) est une approche thérapeutique et qui applique les principes de la méthodologie scientifique dans le traitement des problèmes psychopathologiques et postule que les émotions et comportements sont davantage déterminés par l'interprétation que l'on fait d'une situation, plutôt que par la situation elle-même. Par ailleurs, l'interprétation repose sur des croyances profondes sur soi et sur le monde qui ont été formées par l'expérience, souvent dans l'enfance.

La démarche psychothérapeutique a pour but de développer l'observation des comportements,
Lehotkay, 2022

émotions, interprétations, croyances, et de leur interaction pour mieux contrôler les états psychologiques, comme le stress, l'anxiété, ou la dépression, et améliorer l'adaptation. Ce travail passe souvent par une prise de conscience et une remise en question des croyances et des traits de personnalité qui rendent l'adaptation difficile. L'approche cognitivo-comportementale vise ainsi la modification des façons de penser et des attitudes émotionnelles, et l'acquisition de comportements adaptés.

L'approche systémique, ou psychothérapie à orientation systémique et familiale, est apparue aux Etats Unis dans les années cinquante. Souvent utilisée en thérapie familiale, cette approche considère que le problème d'une personne peut résulter de l'interaction avec l'entourage. La thérapie systémique met ainsi l'accent sur les phénomènes de communication, avec l'hypothèse que tout trouble peut être ramené à une perturbation dans les communications interpersonnelles. Autrement dit, ce n'est pas un individu qui est malade mais le système de communication dans lequel il vit. Dans cette approche, pour obtenir un changement, il est inutile de rechercher les causes passées des troubles constatés mais il est plus utile de comprendre ce qui, actuellement, les entretient.

L'approche centrée sur la personne, ou psychothérapie à orientation expérientielle et centrée sur la personne est l'appellation que le psychologue américain Carl Rogers a donnée à la démarche thérapeutique qu'il a élaborée. Cette approche se veut centrée sur la personne et non sur "un problème", une "maladie" ou un symptôme. Cette démarche, aussi connue sous le terme de "non-directivité", a connu un large succès dans les années soixante. Dans cette approche, où la relation entre le thérapeute et le patient est égalitaire et non directive, l'accent est mis sur le présent, sur la capacité du patient à prendre conscience de ses difficultés actuelles, à les comprendre, à trouver ses propres solutions et à modifier en conséquence sa manière d'être.

Le diagnostic

Bien que certains n'aient pas le terme (pour une raison étrange...), il est indéniable qu'en psychiatrie il est indispensable de savoir de quoi on parle pour pouvoir apporter de l'aide. Ainsi, on a tous des traits de personnalité plus ou moins manifestes, plus ou moins pathologiques, et entre des difficultés passagères, des tendances ou incapacités répétées, des problèmes récurrents, une personnalité avec prédispositions, des troubles transitoires ou épisodiques, il peut aussi y avoir un réel problème qui peut mener à un diagnostic (Lehotkay, 2020).

Quand on parle de diagnostic, il est évident que ce n'est que lorsque le problème est plus ou moins flagrant, que lorsque la personne répond à un minimum de critères que l'on peut poser un diagnostic, bien défini dans les ouvrages de référence utilisés en psychiatrie, que sont la *Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM, de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), communément intitulée DSM. Publiée en 2013, la cinquième édition du DSM (DSM-5) est un système de classifications catégoriques. Les catégories sont des prototypes, et un patient possédant une approximation proche du prototype est dit comme possédant ce trouble.

Publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la *CIM* permet l'enregistrement, l'analyse, l'interprétation et la comparaison systématiques des affections et des facteurs qui influent sur la santé, des causes de morbidité et de mortalité touchant les êtres humains à travers le monde. La désignation usuelle abrégée de "Classification internationale des maladies" est à l'origine du sigle couramment utilisé pour la désigner -CIM- et permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé. Depuis plus d'un siècle, elle sert de base à des statistiques comparables sur les causes de mortalité et de morbidité entre les lieux et dans le temps. Originnaire du XIX^e siècle, la dernière version de la CIM, la CIM-11, a été adoptée par la 72^e Assemblée mondiale de la santé en 2019 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

La zoothérapie auprès d'une population avec un trouble neurodéveloppemental

Comme mentionné plus haut, j'enseigne la zoothérapie depuis de nombreuses années et une partie de cet enseignement concerne la psychothérapie assistée par l'animal. Dans ce cours, je présente alors la manière de travailler et le rôle de l'animal en fonction du diagnostic. Il va sans dire que le patient ne se résume pas à son diagnostic (ou à ses diagnostics) mais ce-dernier est utile pour permettre de comprendre ce que la présence de l'animal peut apporter, suivant les difficultés présentées par le patient. Tenant compte de ma pratique sur le terrain, je n'ai évidemment pas été confrontée à tous les diagnostics psychiatriques possibles mais je présente dans mon cours les plus fréquemment rencontrés ou les plus connus dans la population générale. Parce que ma pratique en tant que zoo-psychothérapeute s'est développée au sein d'une unité

spécialisée dans le handicap intellectuel et l'autisme, je vous propose de voir la manière de travailler avec l'animal et son rôle dans la thérapie pour ces patients démontrant un trouble neurodéveloppemental, selon la CIM-11 (OMS, 2022).

Les **troubles neurodéveloppementaux** (6A0, anciennement F7, F8 et F9) correspondent à des troubles comportementaux et cognitifs qui se produisent durant la période de développement et provoquent d'importantes difficultés d'acquisition et d'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices, de langage ou sociales. L'étiologie présumée des troubles neurodéveloppementaux est complexe et, pour de nombreux sujets, elle est inconnue. Parmi les troubles développementaux les plus connus, nous avons les troubles du développement intellectuel (6A00), les troubles du spectre de l'autisme (6A02) et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (6A05).

Les troubles du développement intellectuel (TDI, 6A00, *anciennement retard mental, F70-F79*) sont un groupe d'affections étiologiques diverses qui apparaissent au cours de la période de développement et qui se caractérisent par un fonctionnement intellectuel et un comportement adaptatif significativement inférieurs à la moyenne, sur la base de tests normalisés et administrés individuellement (OMS, 2022). Anciennement désigné sous le terme de "retard mental", il a plusieurs fois changé de nom dans le langage commun, en fonction de l'évolution du "politiquement correct". Tantôt handicap mental ou cognitif, tantôt déficience ou déshabilité intellectuelle, le terme ne plaisait jamais complètement. Il est alors modifié pour "handicaps intellectuels" dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). La formulation nouvellement adoptée dans la CIM-11 me semble alors être plus neutre et décrit de manière plus adaptée la problématique.

Ce trouble combine des aspects médicaux (génétique, infectieux, ou issu d'un traumatisme crânien), social (où la société détermine la façon de voir le handicap), cognitif (mesuré avec le QI) et psychologique (développement affectif), en fonction desquels l'OMS distingue quatre degrés différents. Ainsi, les personnes avec un trouble léger du développement intellectuel (6A00.0, anciennement F70) connaissent des difficultés scolaires mais sont capables de s'intégrer à la société de façon autonome à l'âge adulte (QI entre 50 et 69). Les personnes avec un trouble moyen (6A00.1, anciennement F71) connaissent dans l'enfance des retards de développement importants mais ont de bonnes capacités de communication et une indépendance partielle, avec, à l'âge adulte, un besoin de soutien de différents niveaux pour s'intégrer à la société (QI entre 35 et 49). Les personnes avec un trouble grave ou sévère du

développement intellectuel (6A00.2, anciennement F72) ont besoin d'un soutien prolongé (QI entre 20 et 34), et les personnes présentant un trouble profond du développement intellectuel (6A00.3, anciennement F73), ont peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soin d'elles-mêmes (QI inférieur à 20).

Le diagnostic de trouble du développement intellectuel est parfois difficile à établir car souvent associé à d'autres problèmes psychiatriques ou somatiques, et associés à des troubles du spectre de l'autisme souvent présents dans le cas de TDI sévère ou profond (Lehotkay, et al., 2009). Il est ainsi d'autant plus difficile de comprendre et d'aider ces personnes, qui sont des cas extrêmes car impliquant un ensemble de problématiques diverses, qui demandent un encadrement adapté particulier et spécifique à chaque cas. De plus, elles peuvent avoir des capacités réduites dans différents domaines et une communication verbale parfois limitée voire absente. Les troubles de la communication et l'isolement provoque ainsi de l'anxiété qui est souvent la cause du déchaînement des troubles du comportement. Dans ce contexte, il peut arriver que les interventions éducatives ou psychothérapeutiques conventionnelles apportent une amélioration limitée, car faisant souvent appel à la communication verbale. Elles mettent ainsi en évidence un besoin d'approches innovatrices pour cette population.

Le rôle de l'animal et les attitudes à adopter avec un patient présentant un TDI

Parce que la zoothérapie consiste en un cadre d'intervention dynamique et agréable où l'animal agit comme un catalyseur social favorisant les interactions sociales, elle peut être une solution intéressante pour les personnes présentant un trouble du développement intellectuel (Lehotkay, 2008 ; Lehotkay, 2009 ; Lehotkay, et al., 2012). En effet, stimulus simple facilement accessible dans le schème de référence de la personne, l'animal ne demande pas de compétence particulière, pas d'effort ni de performance. Il est un être vivant dynamique, par nature multisensoriel, qui attire l'attention et peut amener une personne repliée sur elle-même à se tourner davantage vers le monde extérieur. Sa présence, qui modifie l'image du "psy", permet ainsi d'améliorer le contact avec le thérapeute et de travailler sur les troubles de la communication et sur l'isolement.

L'animal peut devenir un être de projection intéressant que la personne avec un TDI pourra utiliser pour parler d'elle-même (important car peut mettre en évidence des éléments inconscients). L'animal devient ainsi un objet transitionnel soutenant la thérapie, et sa présence permet de développer un sentiment d'utilité et un sens des responsabilités, qui favorisent

l'autonomie. Avec l'animal, on peut aussi travailler sur l'amélioration de l'estime de soi et des aptitudes sociales. Cette présence offre également un moyen d'exprimer son affection et en recevoir, ce qui amène un sentiment d'acceptation inconditionnelle. Face à la difficulté de communiquer avec l'autre, la personne avec un TDI peut se sentir anxieuse, ce sentiment d'acceptation inconditionnelle peut alors être propice à une baisse d'anxiété, qui elle-même conduit à une diminution des troubles du comportement. Le but ultime d'une telle intervention consiste en effet souvent à atténuer l'anxiété pour permettre à la personne avec TDI démontrant des troubles du comportement, de développer un fonctionnement plus adéquat, mais ce n'est pas le seul objectif possible.

La présence de l'animal offre aussi une opportunité de faire de l'exercice agréablement, ce qui n'est pas dénué d'intérêt pour des personnes souvent institutionnalisées et qui peuvent manquer d'activités physiques. En plus de l'aspect motivationnel et sensoriel, l'animal procure une source de stimulation socialisante importante du fait du contact et des activités qu'il suscite. En effet, une promenade avec le chien par exemple est souvent proposée, ce qui invite le patient à sortir de l'institution où il réside. Hors de son environnement protégé, il est amené à rencontrer du monde et à participer pleinement à la vie sociale. Cet aspect socialisant est également important puisqu'il permet à la personne institutionnalisée de se percevoir comme faisant partie intégrante de la société. Enfin, avec une personne présentant un trouble léger du développement intellectuel, l'objectif peut être de stimuler l'apprentissage dans divers domaines, où l'important est d'apporter un environnement pédagogique agréable et motivant.

Apparaissant pendant la période du développement, les **troubles du spectre de l'autisme** (TSA, 6A02, anciennement F80-F89) se caractérisent par des déficits persistants dans la capacité à initier et à maintenir une interaction sociale réciproque et une communication sociale, et par un éventail de schémas restreints, répétitifs et inflexibles du comportement, des centres d'intérêt ou des activités qui sont clairement atypiques ou excessifs pour l'âge et le contexte socioculturel de l'individu. Bien que débutant à la petite enfance, les symptômes peuvent se manifester plus tardivement, lorsque les exigences sociales dépassent les capacités limitées. Les déficits sont suffisamment sévères pour provoquer une déficience dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou autres (OMS, 2022).

L'autisme se définit comme un spectre car il touche les personnes de différentes manières. La majorité des personnes présentant un TSA n'ont pas de trouble du développement intellectuel (TDI) (62%). Anciennement c'était le contraire, où près de 70% présentaient un TDI, avec

altération plus ou moins grande du langage fonctionnel. Ce revirement de situation est dû à la progression des diagnostics de syndrome d'Asperger ou d'autisme de haut niveau depuis une dizaine d'année (Gundelfinger, 2013 ; Eckert, Liesen, Thommen & Zbinden Sapin, 2015). Ainsi, une grande partie des personnes avec un TSA ont des compétences intellectuelles dans la moyenne, voire au-dessus. Notez toutefois que, contrairement à la croyance populaire, ces personnes ne sont pas tous des génies, ce sont les génies qui sont parfois autistes (!).

Le rôle de l'animal et les attitudes à adopter avec un patient présentant un TSA

Le rôle de l'animal auprès d'une personne avec un trouble du spectre de l'autisme peut être le même que pour les personnes présentant un trouble du développement intellectuel. Être vivant dynamique et multisensoriel, l'animal attire en effet l'attention et peut amener une personne repliée sur elle-même à se tourner davantage vers le monde extérieur. Il devient ainsi une "ancrage de réalité" sur laquelle le thérapeute peut s'appuyer pour avoir accès la personne avec un TSA, et sur laquelle cette-dernière peut également s'appuyer pour communiquer avec le thérapeute. La présence de l'animal permet ainsi au patient de développer sa conscience de l'autre et par extension de soi-même, elle entraîne une diminution des comportements inappropriés (automutilations, mouvements stéréotypés) et l'augmentation des comportements sociaux appropriés (contact visuel avec l'animal, imitation des gestes du thérapeute).

En séance, le psychothérapeute doit d'abord poser un cadre très constant, en proposant des routines, laisser la personne interagir avec l'animal et la motiver à participer à l'activité, l'encourager à toucher, ressentir, communiquer son plaisir, renforcer les bons comportements. L'important est de la responsabiliser pour la durée de la séance, valoriser et renforcer son estime de soi. Le psychothérapeute doit aussi demander de répéter pour s'assurer de la compréhension et pour amener la personne à communiquer.

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH, 6A05, anciennement troubles hyperkinétiques, F90, faisant partie des troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, F90-F98) se caractérise par un schéma persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité ou d'impulsivité, observé avant l'âge de 12 ans, et qui a un impact négatif direct sur le fonctionnement scolaire, professionnel ou social de la personne. L'inattention désigne une difficulté importante à maintenir l'attention sur des tâches qui n'apportent pas un niveau élevé de stimulation ou des récompenses fréquentes, une distractibilité et des problèmes d'organisation. L'hyperactivité fait

référence à une activité motrice excessive et des difficultés à demeurer immobile, surtout visibles dans des situations structurées exigeant une maîtrise du comportement comme à l'école. L'impulsivité est une tendance à agir en réponse à des stimuli immédiats, sans réflexion ni prise en compte des risques et des conséquences. Enfin, l'équilibre relatif et les manifestations spécifiques des caractéristiques d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité varient d'un individu à l'autre, et peuvent changer au cours du développement (OMS, 2022).

Le rôle de l'animal et les attitudes à adopter avec un patient présentant un TDAH

La présence de l'animal permet au psychothérapeute d'aider la personne à améliorer son contrôle de soi et son attention. L'objectif consiste en effet à amener la personne à prendre conscience de l'impact de ses gestes brusques et maladroits. Il est ainsi intéressant de favoriser le mouvement, développer la tolérance à la frustration, mais aussi valoriser et renforcer l'estime et la confiance en soi.

En séance il est essentiel de poser un cadre ferme et surtout très constant, organiser des activités de courte durée et diminuer les stimulations de l'environnement. Il est également important de garder la personne près de soi, d'exiger le contact visuel et de demander de répéter pour s'assurer de la compréhension, tout en évitant de se laisser imprégner par la fébrilité et l'émotivité de la personne.

Synthèse

En résumé, auprès d'une population avec limitations importante de l'autonomie et des capacités sensorielles et intellectuelles, l'animal procure une source de stimulation sensorielle, motivationnelle et socialisante importante de par le contact et les activités qu'il suscite. Le climat de sécurité et de support instauré durant une séance de thérapie assistée par l'animal est également propice à des améliorations dans plusieurs domaines.

Cette méthode constitue donc une solution intéressante pour les personnes avec trouble du développement intellectuel ou du spectre de l'autisme, pour lesquelles l'approche psychiatrique classique, basée sur l'échange entre le patient et le psychiatre, est souvent inappropriée. Dans ce contexte, le professionnel doit être très doux, patient et respecter le rythme de la personne, qu'il doit laisser interagir avec l'animal. Il doit motiver la personne à participer à l'activité,

l'encourager à toucher, ressentir, communiquer son plaisir, et ne pas se décourager si elle ne semble pas réagir. Il doit renforcer les bonnes performances mais pas les mauvaises, et avoir des attentes réalistes. L'important est de poser un cadre très constant (routines), valoriser et renforcer l'estime de soi du patient.

Lorsque le trouble du développement intellectuel est léger, il est important d'apporter un environnement pédagogique agréable et motivant, et proposer une activité en rapport avec le handicap ou le trouble d'apprentissage diagnostiqué. Pour les personnes présentant un trouble de la sphère autistique, il est également important de ne pas lui imposer l'activité, ne pas s'imposer à la personne, la laisser venir à nous, permettre un environnement de communication agréable et si possible travailler sur la communication.

Enfin, avec une personne présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'important est de valoriser et renforcer l'estime et la confiance en soi, qui sont souvent déficitaires pour ce type de patient. Il est aussi intéressant de noter que l'idée de proposer un cadre ferme et constant est facilitée par la présence de l'animal tel un chien par exemple, qui fonctionne bien avec des routines.

Conclusion

Indissociable de notre environnement, l'animal fait partie de notre vie depuis des millénaires. De nos jours, sa présence dans nos foyers nous permet de garder contact avec la nature, ce qui est indispensable à notre équilibre psychique. Les bienfaits que nous retirons de notre relation à notre mère Nature, et par conséquent de notre lien aux animaux de compagnie, sont en effet attestés, et cela autant au niveau psychologique que physique. L'intérêt pour intégrer l'animal dans un contexte de zoothérapie semble donc évident, puisque intrinsèque à notre lien à la nature, dont nous faisons partie.

Dans un contexte de psychothérapie assistée par l'animal, le rôle du psychothérapeute est primordial (Lehotkay, 2021) mais ce rôle consiste surtout à savoir comment présenter l'animal au patient et quel rôle lui faire jouer suivant la pathologie de ce-dernier. Nous venons ainsi de voir que ce rôle peut être très différent, et qu'il influence les attitudes du thérapeute en fonction des objectifs de la thérapie.

Bien sûr, la thérapie assistée par l'animal n'est pas la panacée et doit être plus spécifiquement proposée aux personnes qui démontrent un intérêt pour l'animal. Si cette condition est remplie, la présence de l'animal peut alors être utilisée de manière différente, adaptée à chaque patient. La psychothérapie assistée par l'animal peut ainsi être une approche intéressante en psychiatrie car elle peut être proposée en adéquation avec le patient et sa pathologie, mais c'est surtout parce qu'elle permet de dédramatiser le cadre thérapeutique, ce qui n'est pas négligeable pour une population présentant un trouble neurodéveloppemental, qui ont souvent un historique thérapeutique important.

Bien qu'une psychothérapie conventionnelle, c'est-à-dire sans animal, puisse également être différente pour chaque patient, nous avons vu qu'il y a plusieurs approches possibles. On pourrait alors se poser la question de savoir si la zoothérapie implique elle-même une approche particulière ? Conçue tel un "système thérapeutique", on pourrait ainsi imaginer que l'approche qui décrit le mieux ce qui se passe en séance de psychothérapie assistée par l'animal pourrait être désignée comme une "thérapie centrée sur le système". A l'instar de l'approche systémique, qui voit le problème d'une personne comme résultant de l'interaction avec son entourage et d'une communication interpersonnelle perturbée, la thérapie centrée sur le système se concentrerait alors sur la relation présente et observable qui se développe, ici et maintenant, entre le patient, l'animal et le psychothérapeute.

Tel le juge, qui ne peut pas savoir ce qui s'est réellement passé lors d'un accident, parce qu'absent, et qui peut juste trancher s'il y a un doute à partir des dires des deux parties, le psychothérapeute ne sait pas réellement ce qui s'est exactement passé dans la vie du patient, il n'apprend que ce que ce-dernier veut bien lui dire, en séance. Face à un système psychothérapeute-animal-patient, l'approche du professionnel devient ainsi davantage centrée sur ce système, dont il fait partie. Ainsi, au lieu d'avoir un patient face à lui et d'analyser la relation qui se développe entre lui et ce-dernier, il a à disposition un groupe, une triade thérapeutique, qui peut être examinée de plusieurs points de vue. En plus d'améliorer le lien thérapeutique, la présence de l'animal permet ainsi le développement d'une relation qui n'implique pas forcément directement le psychothérapeute, qui peut alors mieux percevoir de l'extérieur, comprendre les conflits en jeu et soutenir alors le patient dans son évolution.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing,
- Eckert, A., Liesen, Ch., Thommen, E. & Zbinden Sapin, V. (2015). Enfants, adolescents et jeunes adultes : troubles précoces du développement et invalidité. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche no 8/15, Berne.
- Galli Carminati, G., Lehotkay, R., Martin, F. & Carminati, F. (2013). An hypothesis about Jung's collective unconscious and animal-assisted therapy. *NeuroQuantology*, 11(3), 451-465. (IF= 0.697)
<https://pdfs.semanticscholar.org/dbe1/99f98038433106348e95270734d1a1a4d8ac.pdf>
- Gundelfinger, R. (2013). Autisme in der Schweiz. *Pädiatrie*, 5, 4-9.
- Lehotkay, R. (2008). Les bienfaits de la zoothérapie dans le développement de la personne avec retard mental. Communication orale présentée lors du congrès *Le médecin de ville face à la personne avec retard mental*, HUG Genève, Suisse (Avril).
<https://ejid.name/files/222/les-bienfaits.pdf>
- Lehotkay, R. (2009). La thérapie assistée par l'animal, une aide précieuse en cas de limitations importantes du langage. In: G. Galli Carminati, & A. Méndez, *Thérapies de l'extrême* (pp. 143-149). Médecine et Hygiène, Genève.
- Lehotkay, R. (2012). *Tel maître tel chien : ou comment le profil d'attachement du chien correspond à celui de son maître*. Editions Universitaires Européennes.
- Lehotkay, R. (2018a). Un chien pour la liberté, ou comment la mise en place d'un cadre thérapeutique en zoothérapie permet de sortir des murs de l'hôpital. In: R. Lehotkay, M. Struchen, F. Carminati & G. Galli Carminati, *SHARRE le livre !!!* (pp. 113-134). Editions Giugi, Genève.
- Lehotkay, R. (2018b). Zoothérapie, à propos des controverses... Message aux sceptiques, dubitatifs, perplexes et autres... *European Journal of Intellectual Disability*, 12/18.
<https://ejid.name/files/499/ejid-zoothérapie-a-propos-des-controverses-25-06-18.pdf>
- Lehotkay, R. (2020). C'est quoi le diagnostic ? Réflexions très libres autour du lien entre diagnostic et soins dans un contexte de Troubles du Spectre de l'Autisme et/ou de Déshabilité Intellectuelle. *European Journal of Intellectual Disability*, 14/20.
<https://ejid.name/files/664/lehotkay-c-est-quoi-le-diagnostic-vf-04-09-20.pdf>
- Lehotkay, R. (2021). Zoothérapie : le thérapeute fait-il partie du jeu ? *Le journal des psychologues*, 385, 14-19. <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2021-3-page-14.html>
- Lehotkay, R., Falquet, R., Galli Carminati, G. & Carminati, F. (2021). Zoothérapie, tutti frutti ! In : G. Galli Carminati, M. Struchen & V. Subirade Jacopit, *Thérapeutique et social : le grand écart ?* (pp. 249-296). Editions Giugi, Genève.

Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., & Galli Carminati, G. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies*, 2(32), 115-123.
<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2012-2-page-115.htm>

Lehotkay, R., Varisco, S., Deriaz, N., Douibi, A., & Galli Carminati, G. (2009). Intellectual disability and psychiatric disorders: More than a dual diagnosis... *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 160(3), 105-115.
https://www.researchgate.net/publication/288809064_Intellectual_disability_and_psychiatric_disorders_More_than_a_dual_diagnosis

Organisation Mondiale de la Santé (2022) : *Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes -11^{ème} Révision. (CIM-11)*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé/Masson.

Rouchy, J.-C. (2008). *Le groupe, espace analytique, Clinique et théorie*. Érés.
<https://doi.org/10.3917/eres.rouch.2008.01>