

Centre de
Formation
Universitaire en
Orthophonie de
Strasbourg



Mémoire présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

**Impact de la présence du chien sur la communication non verbale de
patients âgés atteints de démence de type Alzheimer dans le cadre
d'un atelier conversationnel dirigé**
Une étude en Single Case Experimental Design

Julia BOUDE

Président du jury : Dr Jean-Marc MICHEL, médecin gériatre.

Directrice de mémoire : Sylvie MARTIN, orthophoniste - zoothérapeute.

Rapportrice : Karen BALMER, orthophoniste.

Année universitaire 2018-2019

Centre de
Formation
Universitaire en
Orthophonie de
Strasbourg



Mémoire présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

**Impact de la présence du chien sur la communication non verbale de
patients âgés atteints de démence de type Alzheimer dans le cadre
d'un atelier conversationnel dirigé**
Une étude en Single Case Experimental Design

Julia BOUDE

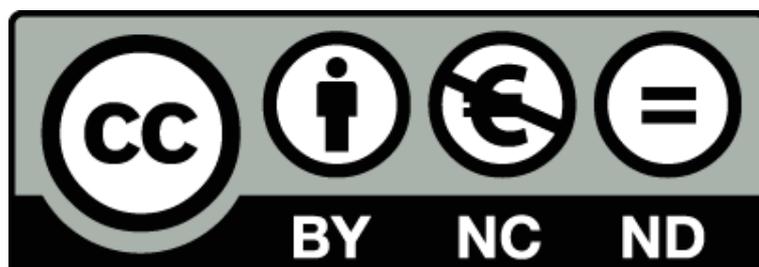
Président du jury : Dr Jean-Marc MICHEL, médecin gériatre.

Directrice de mémoire : Sylvie MARTIN, orthophoniste - zoothérapeute.

Rapportrice : Karen BALMER, orthophoniste.

Année universitaire 2018-2019

Creative Commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.fr>

REMERCIEMENTS

Je remercie le Docteur Jean-Marc Michel d'avoir accepté la présidence de mon jury. Je le remercie pour sa compréhension quant aux différents changements ayant eu lieu au cours de ce mémoire.

Je remercie l'orthophoniste Karen Balmer, ma rapportrice, d'avoir accepté ce rôle. Je la remercie pour son enthousiasme.

Je remercie l'orthophoniste Sylvie Martin d'avoir accepté la direction de mon mémoire.

Je remercie l'orthophoniste Valérie Nicolas de m'avoir permis de réaliser mes passations de mémoire au sein de son lieu de travail avec ses patientes. Néophyte dans le domaine de la médiation animale, elle a néanmoins accepté de me suivre dans ce projet de mémoire, je l'en remercie grandement. Je tiens également à la remercier pour ses conseils et son aide précieuse.

Je remercie sa collègue l'animatrice Agnès Mulzig, formée en médiation animale, pour le temps qu'elle m'a consacré à chaque séance avec le chien.

Je remercie la kinésithérapeute Monique Bourque, formée en médiation animale, qui était également prête à apporter son aide dans mon projet.

Je remercie mes quatre patientes pour leur participation à l'étude et leur grande gentillesse.

Je remercie aussi le chien Noisette d'avoir participé aux séances et d'avoir apporté son espièglerie, sa bonne humeur et sa jeunesse.

Je remercie le Docteur Agata Krasny-Pacini de m'avoir fait découvrir la méthodologie SCED au sein du CFUO de Strasbourg.

Je remercie ma mère, mon père, mes camarades et mes amis pour leur présence, leur écoute, leur soutien, leur aide, leur gentillesse et leur affection. Je remercie notamment Aurore, Corinne, Elodie, Aurélie, Sophie, Claire, Mélanie et plus particulièrement mon cher Gautier.

J'adresse également une douce et tendre pensée à ma Mamie ainsi qu'aux animaux qui ont partagé ou partagent ma vie.

Impact de la présence du chien sur la communication non verbale de patients âgés atteints de démence de type Alzheimer dans le cadre d'un atelier conversationnel dirigé
Une étude en Single Case Experimental Design

Résumé

Introduction. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence l'impact de la présence du chien sur la communication non verbale de patients âgés atteints de démence de type Alzheimer (DTA). Les patientes incluses dans l'étude séjournent dans un Centre de Long Séjour, sont âgées de 82 à 95 ans et se situent à un stade modéré de la maladie.

Méthode. Il s'agit d'une étude en Single Case Experimental Design (SCED). Elle comporte quatre phases, et prend la forme d'un design ABAB en introduction / retrait. L'intervention consiste en l'introduction et retrait du chien. L'impact de cette introduction / retrait est mesuré sur la fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole (critère principal). Il est également mesuré sur la fréquence des actes non verbaux hors tour de parole et le temps de parole pendant le tour de parole (critères secondaires).

Résultats. Cette étude a montré un effet bénéfique de la présence du chien sur la communication non verbale de deux des quatre patientes. Pour ces deux patientes, la fréquence des actes non verbaux réalisés pendant le tour de parole a été significativement plus élevée au cours des séances avec le chien. Pour les quatre patientes, les critères secondaires n'ont pas été impactés significativement par la présence du chien.

Conclusion. Ces résultats sont encourageants. Cependant, une étude plus approfondie serait nécessaire pour confirmer que la présence du chien peut faciliter la communication non verbale et améliorer l'interaction sociale.

Mots-clés : démence de type Alzheimer - thérapie assistée par l'animal - chien - communication non verbale - interaction - étude en SCED.

Abstract

Introduction. This study aims to evaluate the impact of the presence of a dog on nonverbal communication in elderly patients affected by Alzheimer-type dementia (ATD). The patients included in the study are staying in a nursing home, are 82 to 95 years old women, and have a moderate degree of ATD.

Method. This study follows the Single Case Experimental Design (SCED). The study includes four stages, and follows an ABAB design for the introduction / withdrawal of the dog. The intervention consists of the introduction and withdrawal of the dog. The impact of this intervention is measured by the frequency of nonverbal actions taken during the patient's speaking turn (main criterion). The impact is also measured by the frequency of nonverbal actions taken outside of the speaking turn and the duration of speech during the speaking turn (secondary criteria).

Results. This study showed that the presence of a dog had a substantial effect on nonverbal communication on two of the four patients. For these patients, the frequency of nonverbal actions taken during their speaking turn was significantly higher during the sessions with a dog. For all four patients, the secondary criteria were not significantly affected by the presence of a dog.

Conclusion. These results are encouraging. Further study would be required, however, to establish that the presence of a dog can ease nonverbal communication and improve social interactions in comparable patient populations.

Key-words : Alzheimer-type dementia - animal assisted therapy - dog - nonverbal communication - interaction - SCED study.

79 pages

Membres du jury : **Président du jury :** Dr Jean-Marc MICHEL. **Directrice de mémoire :** Sylvie MARTIN (absente le jour de la soutenance). **Rapporteuse :** Karen BALMER.

Date de soutenance : 11 septembre 2019.

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Strasbourg - Année 2018-2019

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....	7
Partie I – L’intervention assistée par l’animal.....	7
1. L’historique de l’intégration de l’animal dans les interventions thérapeutiques	7
2. La relation homme-animal.....	8
2.1 Les catégories d’animaux selon Montagner.....	8
2.2 Les caractéristiques du relationnel noué avec les animaux.....	8
3. Les échanges homme-animal.....	9
3.1 Une communication non verbale.....	9
3.2 Les caractéristiques des interactions	9
4. Les interventions assistées par l’animal.....	10
4.1 La terminologie	10
4.2 Les points communs entre AAA et TAA	10
4.2.a L’activité assistée par l’animal (AAA).....	11
4.2.b La thérapie assistée par l’animal (TAA)	11
4.3 En pratique	11
5. Les animaux médiateurs.....	12
5.1 Le chien médiateur	12
5.1.a Son éducation	12
5.1.b Ses caractéristiques comportementales	12
5.2 La considération de l’animal médiateur par le professionnel.....	13
6. La triangulation.....	13
7. Le bien-être animal	14
7.1 La définition du bien-être animal	14
7.2 Dans le cadre de l’intervention assistée par l’animal	14

8. Les difficultés méthodologiques à mettre en évidence les effets de la TAA	14
Partie II – La communication	16
1. La définition de la communication	16
1.1 Les propriétés de la communication.....	16
1.2 Les deux modes de communication	17
1.2.a Le mode digital.....	17
1.2.b Le mode analogique	17
1.2.c Les caractéristiques de ces deux modes	18
2. Les classifications des comportements non verbaux	18
2.1 La classification de Labourel	18
2.2 La classification de Bonaiuto	19
3. Les troubles de la communication des patients atteints de la maladie d’Alzheimer.....	20
Partie III – La maladie d’Alzheimer	21
1. Les mécanismes pathologiques.....	21
2. Les différents stades de la maladie	21
2.1 La phase pré-déméntielle.....	21
2.2 La phase démentielle	21
3. Les signes cliniques	22
3.1 Les atteintes mnésiques	22
3.1.a Les systèmes de mémoire atteints	22
3.1.b Les définitions des mémoires citées.....	22
3.2 Les atteintes des fonctions exécutives.....	23
3.3 Les atteintes comportementales.....	23
3.4 Les atteintes du langage et de la communication	23
4. Les études sur la thérapie assistée par le chien avec des patients atteints de la maladie d’Alzheimer	24
PREAMBULE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	25

1. Préambule à l'étude.....	25
2. Objectifs et hypothèses	26
METHODE	27
1. Choix du SCED.....	27
2. Plan expérimental.....	27
2.1. Design.....	27
2.2 Déroulement des séances.....	28
2.2.a Séances sans le chien / avec le chien.....	28
2.2.b Début de l'intervention.....	28
2.2.c Placement pendant les séances	28
2.2.d Déroulement de l'atelier conversationnel dirigé	29
2.3 Choix du contenu des séances	29
2.3.a Choix de l'atelier conversationnel dirigé.....	29
2.3.b Choix du type de questions proposées	30
2.3.c Choix du temps de réponse.....	30
2.3.d Choix d'intégrer le chien en tant que présence	31
2.4 Changement de procédure	31
3. Participants.....	31
3.1 Critères de sélection	31
3.2 Méthode de recrutement.....	32
3.3 Caractéristiques des participantes	32
3.3.a Tests utilisés par l'orthophoniste pour les bilans	32
3.3.b Données des patientes recueillies par l'orthophoniste	34
3.3.c Autorisation de filmer.....	37
4. Mesures et matériel	38
4.1 Mesures	38
4.1.a Choix des comportements cibles	38

4.1.b Choix des critères de jugement	38
4.1.c Définition des termes employés	38
4.2. Equipement.....	38
4.2.a Présentation de la GECCO	39
4.2.b Utilisation de la GECCO dans notre étude.....	39
RESULTATS	40
1. Séquences accomplies.....	40
2. Choix des outils visuels pour l’analyse des données	40
3. Madame A.....	41
3.1 Analyse visuelle	41
3.2 Analyse statistique.....	43
3.3 Scores bruts	44
4. Madame B.....	45
4.1 Analyse visuelle	45
4.2 Analyse statistique.....	45
4.3 Scores bruts	46
5. Madame C.....	47
5.1 Analyse visuelle	47
5.2 Analyse statistique.....	49
5.3 Scores bruts	49
6. Madame D.....	50
6.1 Analyse visuelle	50
6.2 Analyse statistique.....	50
6.3 Scores bruts	51
DISCUSSION	52
1. Synthèse des résultats	52
1.1 Résultats obtenus pour le critère principal	52

1.2 Résultats obtenus pour les critères secondaires.....	52
2. Interprétation des résultats	52
2.1 Interprétation des résultats obtenus pour le critère principal	52
2.2 Interprétation des résultats obtenus pour les critères secondaires.....	53
3. Données cliniques	53
3.1 Atteintes mnésiques et interactions spontanées autour du chien.....	53
3.2 Dynamisme et implication induits par le chien pendant les séances.....	54
4. Limites de l'étude	54
4.1 Limites liées à la méthodologie.....	54
4.1.a Fidélité procédurale et fidélité inter-juges.....	54
4.1.b Spécificités de la méthodologie SCED	55
4.1.c Choix des critères secondaires.....	55
4.1.d Choix des questions.....	55
4.1.e Activité de groupe	56
4.1.f Grille GECCO.....	56
4.1.g Difficultés à connaître l'origine de certains résultats.....	57
4.2 Limites liées aux patientes	57
5. Eléments à prendre en compte mais ne semblant pas avoir impacté les résultats	58
5.1 Ligne de base non stable	58
5.2 Qualification de démence de type Alzheimer malgré l'absence de diagnostic	58
5.3 Apraxie visuo-constructive.....	58
5.4 Difficultés visuelles de Mme A.....	58
5.5 Gestes d'affection entre les patientes et le chien.....	59
6. Points forts de l'étude	59
6.1 Degrés de sévérité de démence comparables	59
6.2 Assiduité des patientes	59
6.3 Respect de la procédure.....	59

6.4 Validité de la grille de cotation utilisée.....	60
6.5 Précision des données relevées.....	60
7. Intérêts de l'étude.....	60
7.1 Réplicabilité	60
7.2 Intérêts de la méthodologie SCED	60
7.3 Intérêts de filmer les séances.....	60
7.4 Intérêts de la prise en soin en groupe	60
7.5 Intérêts pour les patients âgés atteints de démence de type Alzheimer.....	61
7.6 Importance de la prise en compte de la communication non verbale	61
7.7 Meilleure connaissance des interventions assistées par l'animal	61
7.8 Démarche réflexive sur notre pratique autour du bien-être du chien	61
8. Poursuite de l'étude.....	62
8.1 Démence de type Alzheimer et émotion	62
8.2 Piste du phoque Paro et des autres animaux robots.....	62
8.3 Effets de la présence active du chien sur la communication non verbale	62
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	69
Annexe 1 : Echelle d'évaluation pour l'éducation du chien (tirée de <i>La zoothérapie auprès des personnes âgées : une pratique professionnelle</i> , Beiger et Dibou, 2017) ..	69
Annexe 2 : Charte d'éthique et de déontologie du syndicat national français des zoothérapeutes et intervenants en médiation par l'animal	70
Annexe 3 : Questions ouvertes ou semi-ouvertes	77
Annexe 4 : Classification de Labourel des actes non verbaux utilisée pour la GECCO (tirée de <i>Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication</i> , Rousseau, 2018).....	78
Annexe 5 : Grille d'évaluation des capacités de communication non verbale formalisée sous forme de tableau afin de faciliter la cotation des actes	79

Ce mémoire tend à respecter la présentation SCRIBE.

INTRODUCTION

Partie I – L’intervention assistée par l’animal

1. L’historique de l’intégration de l’animal dans les interventions thérapeutiques

Au fil des siècles, les animaux et les hommes se sont rapprochés. Des fouilles ainsi que des écrits en témoignent, et ce bien avant l’époque de l’Égypte ancienne. L’animal s’est retrouvé domestiqué au départ pour différents besoins de l’homme (la chasse, son alimentation, son bien-être), puis est devenu « animal médicament » et animal de médiation.

Son intégration dans les interventions thérapeutiques est, en fait, assez ancienne. Il semblerait que les premières interventions intégrant l’animal aient eu lieu à Gheel en Belgique, au IX^{ème} siècle, avec des oiseaux. Au XVIII^{ème} siècle, l’humaniste Tuke fonde au Royaume-Uni un institut où des malades mentaux sont accueillis. Il leur confie des lapins et des volailles pour les aider à retrouver un équilibre corps-esprit. Au XIX^{ème} siècle, en Allemagne, l’institut Bethel prend en charge des épileptiques à l’aide d’oiseaux, chiens, chats et chevaux.

Dans les années 1950, le psychiatre Levinson s’intéresse à la zoothérapie suite à la rencontre entre son chien et un enfant autiste et rédige différents écrits à ce sujet. Il est considéré comme le père fondateur de la zoothérapie. Dans la lignée des travaux de Levinson, les psychiatres Samuel et Elisabeth Corson créent en 1977 un programme de zoothérapie dans une unité psychiatrique aux Etats-Unis. Les résultats sont positifs : les relations entre le personnel de l’hôpital et les malades s’en trouvent améliorées.

Ces différentes expériences étaient à visée thérapeutique, mais étant donné l’absence d’écrits étayés concernant certaines d’entre elles, nous ne pouvons dire avec certitude s’il s’agissait véritablement de « thérapie assistée par l’animal » (TAA). Nous ignorons, en effet, si elles répondraient aujourd’hui aux critères attendus.

2. La relation homme-animal

En occident, notre relationnel aux animaux évolue au cours du XX^{ème} siècle. Les représentations liées à l'animal changent. L'attitude « anthropocentrique dominante » devient progressivement empreinte d'une sensibilité zoocentrique : la pensée initialement centrée sur l'humain devient donc empathique envers l'animal qui n'est plus considéré comme l'être dominé au service de l'homme. La considération accordée dépend du statut attribué à l'animal en question (1).

2.1 Les catégories d'animaux selon Montagner

Montagner (2) distingue trois types de catégories d'animaux, qui forment un continuum entre elles :

- l'animal utilitaire qui est utilisé dans les travaux, la production de ressources alimentaires ou la protection ;
- l'animal de compagnie, sécurisant et apaisant, est considéré comme un compagnon de vie ;
- l'animal familial est encore plus proche que l'animal de compagnie. Son statut est semblable à celui des membres de la famille. Les chiens, les chats, les chevaux et les perroquets entrent dans cette catégorie.

Ces catégories renvoient aux différentes manières de penser la frontière homme-animal. La frontière homme-animal étant culturelle, elle varie selon les siècles et les contextes et évolue encore actuellement. La fluctuation et la porosité de cette frontière rendent les relations homme-animal ambivalentes, notamment pour les animaux familiers aussi appelés domestiques. Notre société semble parfois peiner à trouver une place ajustée et adéquate aux animaux. Cette ambivalence se traduit par le fait que l'animal peut tout aussi bien être traité à l'égal de l'humain qu'être réduit à l'état d'animal de laboratoire (1).

2.2 Les caractéristiques du relationnel noué avec les animaux

Selon Levinson (3), les hommes n'ont pas domestiqué initialement les animaux uniquement pour leur rôle utilitaire, ils l'ont également fait pour les bénéfices psychologiques retirés. Selon ses mots « *l'importance des animaux de compagnie est psychologique plutôt que pratique. La relation entre l'homme et le chien, et tout particulièrement entre l'enfant et le chien, peut dans beaucoup de cas être plus salutaire qu'une relation entre deux êtres humains.* »

Ces bénéfices se retrouvent dans nos sociétés occidentales actuelles où l'animal domestique se substitue à certains besoins humains non satisfaits. L'homme peut en effet

investir l'animal et créer un lien avec lui. Il peut nouer une relation de confiance sincère, affective, chaleureuse, stable, fidèle, sécurisante et réconfortante, et ainsi expérimenter une certaine sécurité émotionnelle. Les différentes particularités de l'animal font que le relationnel se construit sur des bases solides ; l'animal semble généralement satisfait et sans exigence envers son maître, et ses réactions sont plutôt constantes. L'animal est considéré comme bienveillant, non jugeant et l'on parle également d'animal miroir : il analyse les réactions physiques et émotionnelles de l'homme et réagit en conséquence, renvoyant ainsi des rétroactions. L'homme peut s'en saisir et apprendre ainsi à mieux se connaître (4).

3. Les échanges homme-animal

3.1 Une communication non verbale

Selon Servais (5), l'homme et l'animal partagent une communication relationnelle et non verbale. Leurs interactions sont par conséquent de différentes sortes.

Le contact physique. Il a une fonction apaisante et relaxante. Ce type d'interaction entre l'homme et l'animal profite tout autant à l'un qu'à l'autre. Avec l'animal, la pénétration dans la sphère intime de l'autre est aisée. Une proximité est rapidement instaurée.

Le regard. C'est un régulateur de l'interaction sociale. Cet élément important de la communication interespèces crée un lien.

3.2 Les caractéristiques des interactions

Les particularités des interactions homme-animal sont multiples (5).

L'effet apaisant de l'animal. Par sa présence bienveillante, l'animal instaure un climat de confiance et d'apaisement.

L'animal, un facilitateur de la communication sociale. Etant socle de regards de deux ou plusieurs interlocuteurs, l'animal devient source d'attention conjointe. Il devient « catalyseur » social car sa présence encourage les interactions.

Une structure interactionnelle simplifiée. Dans la relation avec l'animal, son absence de langage simplifie grandement les échanges, il n'y a donc pas de surcharge cognitive.

Le lien, l'attachement. Dans notre relationnel avec les animaux, nous ne les considérons pas comme des humains, mais leur inférons néanmoins une personnalité, des processus de pensée et une réciprocité dans les échanges.

C'est par ces différentes caractéristiques que l'animal peut être intégré dans certaines interventions mises en place par des professionnels, le lien homme-animal ayant pour effet de les faciliter.

4. Les interventions assistées par l'animal

4.1 La terminologie

Les termes « zoothérapie » et « médiation animale » sont les termes génériques employés pour qualifier les interventions destinées à l'homme et réalisées avec l'aide d'un animal. Ces termes sont peu précis et selon les sources auxquelles on recourt (articles de presse, sites Web, mémoires), ils ne bénéficient pas de la même définition, ce qui ne simplifie pas la bonne compréhension de ce que peut être l'intervention assistée par l'animal. Il est nécessaire, dans le cadre d'une étude rigoureuse, d'utiliser un vocabulaire plus précis.

On retrouve dans la littérature scientifique deux termes distincts : « activité assistée par l'animal » (AAA) et « thérapie assistée par l'animal » (TAA), qui permettent de distinguer le simple animal visiteur de l'animal médiateur intégré à un atelier thérapeutique. Ces deux interventions n'ont en effet pas les mêmes objectifs et ne sont pas menées par les mêmes professionnels.

Nous allons reprendre cette terminologie pour définir quels peuvent être les deux types d'intervention assistée par l'animal. Il nous semble pertinent d'évoquer d'abord leurs points communs puis leurs spécificités propres.

4.2 Les points communs entre AAA et TAA

L'activité assistée par l'animal et la thérapie assistée par l'animal partent d'une base commune. Le professionnel intègre l'animal dans sa pratique et s'appuie sur sa propension à nouer un lien privilégié avec l'homme pour en faire un médiateur. Le travail s'axe autour de l'interaction qui se construit au sein de la triangulation professionnel - patient - animal.

Les interventions sont à visée thérapeutique, éducative, pédagogique ou récréative, ont lieu dans les institutions hospitalières, éducatives et médico-sociales entre autres et peuvent se réaliser tant en groupe qu'en séance individuelle. L'intervention se pratique à l'aide d'un animal domestique préalablement sélectionné et ayant reçu une éducation spécifique, l'idéal étant que cette éducation soit prodiguée par le professionnel en question et que l'animal lui appartienne.

4.2.a L'activité assistée par l'animal (AAA)

L'activité assistée par l'animal est à but éducatif, pédagogique ou récréatif et prend la forme d'une animation animalière ou visite animalière. Elle n'est pas à visée thérapeutique et son déroulement n'est pas toujours défini à l'avance.

Dans le cadre d'activité assistée par l'animal, le praticien n'est pas un thérapeute (animateur, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, etc.). Il ne peut être qualifié que « d'intervenant professionnel en médiation par l'animal ».

4.2.b La thérapie assistée par l'animal (TAA)

L'intervention est à but thérapeutique. La thérapie assistée par l'animal n'est pas une nouvelle thérapie en elle-même, l'animal est introduit au sein de thérapies existantes. L'International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO, 2013) (6) la définit ainsi : « *La TAA est une intervention spécifique, ciblée dont le but est d'apporter des bénéfices thérapeutiques dans la santé humaine, par l'introduction de l'animal dans le soin. Ce type de thérapie, qui doit être axée, planifiée et structurée, est pratiqué par des professionnels des services de santé, sociaux et éducatifs. L'évolution et les progrès apportés par la thérapie sont évalués, mesurés et transcrits dans le dossier du bénéficiaire. La TAA est prodiguée par un professionnel formé, ayant une expertise dans le cadre de sa pratique. Elle met l'accent sur l'amélioration du fonctionnement physique, cognitif, comportemental et/ou socio-émotionnel du bénéficiaire.* »

Les praticiens sont des thérapeutes (médecin, infirmier, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, psychologue, psychanalyste, psychothérapeute, etc.) et peuvent être qualifiés « d'intervenant professionnel en médiation par l'animal » ou prétendre au titre de « zoothérapeute ». Les objectifs sont définis en amont de la séance et des évaluations sont réalisées au cours de la prise en soin.

4.3 En pratique

Les définitions et les pratiques sont différentes d'un pays à l'autre. Si l'on prend l'exemple du Canada, l'intervenant professionnel en médiation par l'animal pratique un métier à part entière, il est zoothérapeute, tandis qu'en France, le professionnel est déjà formé à un métier et y adjoint ses compétences en médiation par l'animal.

5. Les animaux médiateurs

L'IAHAIO (6) recommande l'intégration d'espèces domestiques (chien, chat, cheval, animaux de ferme entre autres) dans les interventions assistées par l'animal et déconseille celle d'espèces sauvages ou exotiques (chouette, dauphin, singe capucin...) pour des raisons de bien-être animal. En effet, celles-ci ont des besoins psychologiques et physiques spécifiques et leur participation n'est pas appropriée pour ce type d'interactions sociales avec les humains, même avec des animaux apprivoisés.

Nous approfondirons cette notion de bien-être animal dans la partie 7.

5.1 Le chien médiateur

La complicité qui unit le chien à l'homme en fait un excellent médiateur dans les interventions assistées par l'animal. Il facilite grandement le travail avec le patient tant au niveau relationnel, affectif que cognitif par son rôle de tiers. C'est d'autant plus vrai auprès de population vulnérable telle que les personnes âgées (7).

5.1.a Son éducation

Le chien est éduqué en suivant différentes phases : l'initiation, la socialisation, la responsabilisation et la mise en situation (7). Au cours de ces différentes phases, le chien acquiert un certain nombre de compétences (Annexe 1). Le chien médiateur doit recevoir son éducation dès son sevrage, c'est-à-dire à deux mois, et doit présenter certaines caractéristiques indispensables pour remplir son rôle.

5.1.b Ses caractéristiques comportementales

Selon Sillou (8), le chien doit présenter une aisance dans les exercices spécifiques suivants :

« - Rester couché sans bouger et sans interrompre une interaction entre le thérapeute et le patient ;

- Montrer un comportement approprié dans le contexte de l'interaction avec le patient (par exemple, se laisser caresser ou porter sur les genoux sans chercher à fuir) ;

- Se contrôler et rester calme face à la nourriture (par exemple, le chien ne doit pas se ruer sur les friandises que le patient lui tend, ni les arracher) ;

- Rester détendu lorsqu'il est séparé du thérapeute pour une courte durée ;

- Être détendu lorsqu'il se fait toiletter, brosser par le patient ;
- Être calme et détendu lors de la promenade avec le patient et le thérapeute, même dans un endroit très fréquenté ;
- Ne pas montrer d'intérêt excessif et rester sous contrôle à la rencontre d'un autre chien ;
- Rester calme et détendu tout en étant choyé par un étranger ;
- Ne pas tirer sur la laisse lors de la promenade ;
- Pouvoir être formé aux matériels et équipements spécifiques pour l'environnement dans lequel il va évoluer (par exemple, fauteuils roulants, déambulateurs, cannes, etc.). »

5.2 La considération de l'animal médiateur par le professionnel

Si l'on reprend la catégorisation de Montagner, la plupart des intervenants professionnels en médiation par l'animal considèrent leurs animaux comme des animaux familiers (aussi qualifiés de domestiques).

6. La triangulation

Dans le cadre d'une intervention assistée par l'animal, sont présents trois individus, chacun avec leurs particularités (9) :

- le patient : ses difficultés, ses angoisses, son environnement, ses envies, son tempérament ;
- l'animal : son caractère, son éducation ;
- le professionnel formé : ses connaissances, ses expériences, sa vision de la situation, son tempérament.

Nous nous retrouvons ainsi dans une triangulation comprenant trois dyades par lesquelles, selon Parish-Plass (10), différentes configurations relationnelles sont établies :

- la relation professionnel-patient, où l'animal est « mis de côté » ;
- la relation patient-animal, où le thérapeute s'efface tout en restant suffisamment présent pour gérer l'animal et encourager les attitudes adaptées ;
- la relation professionnel-animal, où le patient reste en retrait et observateur.

Selon la dyade dans laquelle on se situe, l'animal ou le professionnel sont médiateurs auprès du patient, qui lui reste au centre de la prise en soin.

Le bien-être physique, psychique et émotionnel de chaque élément de la triangulation doit être respecté, et ce quelles que soient les caractéristiques des activités réalisées au cours de l'intervention. Le professionnel formé en est le garant, il y veille en observant et interprétant

les attitudes, actions et réactions de chacun (les siennes comprises) avant, pendant et après l'intervention. Il est évidemment plus aisé pour lui d'inférer l'état mental du patient que celui de l'animal, son expérience principale du psychisme étant l'expérience psychique humaine.

7. Le bien-être animal

7.1 La définition du bien-être animal

Le bien-être animal n'est pas un concept évident. Il est défini par l'organisation mondiale de la santé animale (11) ainsi : « *On entend par bien-être animal l'état physique et mental d'un animal en relation avec les conditions dans lesquelles il vit et meurt. Le bien-être d'un animal est considéré comme satisfaisant si les critères suivants sont réunis : bon état de santé, confort suffisant, bon état nutritionnel et sécurité. Il ne doit pas se trouver dans un état générateur de douleur, de peur ou de détresse, et doit pouvoir exprimer les comportements naturels essentiels pour son état physique et mental. [...] Si la notion de bien-être animal se réfère à l'état de l'animal, le traitement qu'un animal reçoit est couvert par d'autres termes tels que soins, conditions d'élevage et bientraitance.* »

7.2 Dans le cadre de l'intervention assistée par l'animal

Pour éviter l'écueil d'analyser le comportement de l'animal avec un regard anthropomorphique, il paraît indispensable de posséder des connaissances en éthologie (12). L'éthologie est une science qui étudie le comportement de l'animal, incluant l'humain (13). Ainsi, le professionnel est à même d'évaluer avec une certaine justesse les indices comportementaux de l'animal pour vérifier son état de bien-être. Les connaissances dans ce domaine seront acquises lors de la formation plus ou moins longue suivie pour devenir intervenant professionnel en médiation par l'animal.

Afin d'encadrer l'intervention assistée par l'animal, le syndicat national français des zoothérapeutes et intervenants en médiation par l'animal propose une charte d'éthique et de déontologie (Annexe 2).

Cette partie aurait le mérite d'être approfondie. En effet, dès lors que l'homme et l'animal interagissent, la question du bien-être animal se pose. Le professionnel se doit de réfléchir régulièrement à sa pratique, à la place et au respect accordés à cet être sensible.

8. Les difficultés méthodologiques à mettre en évidence les effets de la TAA

Servais (5) déplore la difficulté à démontrer scientifiquement l'effet de la TAA. Le chercheur compare, le plus souvent, deux situations semblables avec l'animal et sans l'animal

et doit proposer des procédures expérimentales très rigoureuses. Selon elle, cette rigueur ne laisse pas la possibilité au praticien d'investir pleinement l'animal, car les situations mises en place doivent être réalisables sans animal tout en restant comparables. Servais explique qu'en agissant ainsi, le praticien ne peut pas pleinement mettre à profit le potentiel de changement fourni par l'animal, atténuant ainsi l'effet thérapeutique.

Partie II – La communication

1. La définition de la communication

A partir des années 1950, de nombreux travaux sur la communication ont été menés. Elle a été définie par des auteurs tels que Gregory Bateson ou Paul Watzlawick (14) comme « *un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportement : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel, etc.* »

La communication sert à la transmission d'informations et peut susciter des rétroactions. Elle n'est pas spécifique à l'homme, les animaux communiquent également. D'après Cosnier (15), l'homme et l'animal communiquent via différents canaux : « *sonores, gestuels, mimiques, posturaux, chimiques, thermiques, tactiles.* » Le langage est le moyen de communication spécifique de l'homme et le support à sa pensée.

1.1 Les propriétés de la communication

La communication présente un certain nombre de propriétés (ou axiomes) décrites par l'école de Palo Alto (16).

- Le premier axiome aborde l'impossibilité de ne pas communiquer en situation de communication, tout comportement ayant valeur de message. Bateson et Ruesch (17) expliquent : « *un système de communication s'établit dès lors que deux partenaires prennent conscience qu'ils sont entrés dans le champ de la conscience réciproque.* »
- Le second axiome présente la communication sous deux aspects : le contenu et la relation. Le contenu correspond au message transmis. La relation est spécifiée par le comportement des partenaires.
- Le troisième axiome évoque la ponctuation de la séquence des faits. Une série de communication est considérée comme une suite ininterrompue d'échanges (verbaux et non verbaux).
- Le quatrième axiome distingue deux modes de communication : le mode digital et le mode analogique. Le mode digital repose sur l'emploi du langage et d'un « code », il définit le contenu. Le mode analogique s'appuie sur ce qui n'est pas verbal, il caractérise la relation.
- Le cinquième axiome met en évidence deux types d'interaction : l'interaction symétrique et l'interaction complémentaire. L'interaction symétrique se base sur l'égalité, le comportement de l'un des partenaires génère en réponse un comportement similaire de l'autre. L'interaction complémentaire se fonde sur la différence, le comportement de l'un complète celui de l'autre.

1.2 Les deux modes de communication

Ploton (18) présente la communication sous deux modes : le mode digital et le mode analogique.

1.2.a Le mode digital

Le mode digital concerne ce qui est explicite, généralement verbal. L'information est transmise à l'aide d'un « codage » utilisable et compréhensible par l'interlocuteur. Ce mode se caractérise par l'usage de signes conventionnels, il n'y a pas de lien direct entre le signifiant et le signifié. Ce lien est arbitraire : la signification est admise par l'ensemble de la communauté partageant la langue (19). Les individus d'un groupe doivent donc apprendre ces codes et conventions pour pouvoir communiquer entre eux.

La communication verbale appartient à ce mode. Elle correspond aux mots, à la parole, au langage oral et, selon Mehrabian (20), représenterait environ 7% du message.

1.2.b Le mode analogique

Le mode analogique concerne ce qui est implicite, généralement non verbal. L'information est transmise par la posture, les gestes, les attitudes et mimiques, la prosodie, le débit, etc. (21) Le lien entre le signifiant et le signifié est direct.

La communication non verbale et la communication paraverbale en font partie. La communication non verbale est définie par la posture, les gestes, les attitudes et mimiques, etc. et constituerait environ 55% du message (20). La communication paraverbale est déterminée par les aspects vocaux et non verbaux de notre élocution : les caractéristiques de la voix (intensité, timbre, prononciation et accent, intonation, accentuation, rythme), les silences, pauses et hésitations. Elle représenterait, environ 38% du message (20).

Le mode digital est centré sur le contenu, le mode analogique sur la relation. Généralement, ces deux types de communication sont utilisés parallèlement pour transmettre un message (22).

Notons que cette statistique des 7% - 38% - 55% n'est pas applicable à toutes les situations. Mehrabian (20) insiste bien sur le fait que ces pourcentages sont issus d'expériences sur la communication de sentiments et « d'états d'esprit » et ne sont par conséquent pas généralisables. Nous souhaitons néanmoins citer ces chiffres afin de souligner de manière quantitative la forte proportion que représente la communication non verbale dans nos échanges.

1.2.c Les caractéristiques de ces deux modes

D'après Di Pastina et al. (10), les modes digital et analogique forment deux systèmes distincts et interagissent de façon facilitatrice (la manifestation de l'un encourage celle de l'autre) ou compétitive (la manifestation de l'un bloque ou retarde celle de l'autre).

Ces deux modes de communication sont contigus, voire substituables. Le non verbal et le paraverbal complètent le verbal via six fonctions : ils le remplacent, le répètent, le complètent, l'accentuent, le contredisent et le régulent. Le non verbal et le paraverbal peuvent alors être synchronisés au verbal, s'y substituer, l'anticiper ou être sans rapport (23).

2. Les classifications des comportements non verbaux

Il existe différentes classifications des comportements non verbaux dans la littérature. Nous nous sommes intéressés à deux d'entre elles, celles de Labourel et de Bonaiuto.

Nous avons tout d'abord étudié la classification de Labourel (24) car c'est sur celle-ci que s'est fondée la grille d'évaluation des capacités de communication (GECCO) de Thierry Rousseau (2016) (25). Nous utilisons cette grille dans le cadre de notre étude. Nous avons ensuite choisi la classification de Bonaiuto (26) car elle reprend des éléments analysés dans la GECCO qui n'apparaissent pas dans la classification de Labourel (les expressions faciales, le regard et les silences).

2.1 La classification de Labourel

Labourel (1981) (24) a élaboré une classification qui catégorise les gestes non verbaux selon leurs fonctions :

- la **fonction référentielle** : le geste sert à illustrer quand il accompagne ou remplace le discours verbal. Il peut être mimétique (rapport d'analogie avec le référent, exemple : « *mettre ses mains en forme de rond pour parler d'un ballon* » (27)), déictique (relation spatiale précise ou vague avec le référent, exemple : « *montrer du doigt la direction à suivre* »), symbolique (fait référence à un code culturel ou personnel, exemple : « *mettre un pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire* »).

- la **fonction communicationnelle** : le geste renvoie à la situation et aux interlocuteurs. Il peut être expressif (signifie une émotion, un sentiment, une attitude personnelle, exemple : « *poser sa main sur sa poitrine pour exprimer que l'on est vraiment impliqué dans ce que l'on dit* »), phatique (maintient le contact et assure la poursuite de la communication, exemple : « *tendre la main à plat vers l'interlocuteur pour l'inviter à parler ou à poursuivre* »), conatif (évoque

une question, un ordre, une réponse, exemple : « pointer son index vers l'interlocuteur en signe de mise en garde »).

- la **fonction métalinguistique** : le geste est en lien avec le discours verbal. Il peut être à fonction prosodique (quasi intonatif, exemple : « taper sur la table avec la main au rythme des syllabes pour marquer l'importance de ce que l'on dit »), de redondance (illustratif, quasi linguistique, exemple : « accompagner un « non » verbal d'un mouvement négatif de la tête et de l'index »), de commentaire (porte sur le contenu ou la forme du langage verbal, exemple : « mouvement oscillatoire de la main exprimant le doute par rapport à ce qui est dit »).

- la **fonction homéostatique** : le geste n'est pas directement communicatif. Souvent non conscient, il libère le locuteur de la tension qui pourrait parasiter le message transmis.

2.2 La classification de Bonaiuto

Bonaiuto (2007) (26) ordonne les éléments de la communication non verbale sur une échelle dans sa classification. Il s'agit d'aller des signes les plus manifestes (aspect extérieur et comportement spatial) aux signes les plus subtils (mouvements des parties du visage, signes vocaux - paraverbaux).

« - **Aspect extérieur** : formation physique, silhouette, vêtement.

- **Comportement spatial** : distance interpersonnelle, contact corporel, orientation dans l'espace, parfum.

- **Comportement cinétique** : mouvements du tronc et des jambes, gestes des mains, mouvements de la tête.

- **Visage** : regard et contact visuel, expression du visage.

- **Signes vocaux** : signes vocaux verbaux dotés de signification paraverbale, signes vocaux non verbaux, silences. »

Notons que cette classification sur la communication non verbale intègre également des éléments de communication paraverbale en y insérant les signes vocaux.

Les classifications permettent une analyse et une interprétation précises des gestes non verbaux. Ce travail d'analyse doit tenir compte du contexte dans lequel les gestes sont émis : ces gestes sont rarement produits isolément, d'autres signaux verbaux et non verbaux sont souvent concomitants (28). Le contexte correspond à « l'ensemble des données verbales et non verbales qui concourent à l'énonciation, et qui permettent au mot ou à l'énoncé de prendre une

valeur dans la communication. On distingue le contexte littéral (lié à l'énoncé oral ou écrit) et le contexte situationnel (ensemble non verbal accompagnant la production verbale : lieu, mimiques, rapport entre les interlocuteurs, rôle des interlocuteurs dans l'univers social...). »
(29)

3. Les troubles de la communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer se manifeste par différents troubles qui sont plus ou moins présents selon le stade de la maladie. Les capacités de communication s'altèrent progressivement. Leur atteinte ne survient pas au même rythme que celle des capacités cognitives (30). Il en est de même pour la détérioration de la communication verbale et de la communication non verbale qui ne se font pas de façon similaire (31).

Partie III – La maladie d’Alzheimer

1. Les mécanismes pathologiques

La maladie d’Alzheimer est marquée par deux types de lésions caractéristiques : les plaques amyloïdes qui se forment suite à l’accumulation de peptides bêta-amyloïdes (protéines), et les dégénérescences neurofibrillaires qui se créent suite à l’accumulation de protéine Tau. Ces lésions touchent le cerveau et entraînent un dysfonctionnement neuronal (32).

2. Les différents stades de la maladie

Au début de la maladie, le patient est souvent anosognosique : il minimise ou nie le retentissement de ses troubles. C’est la famille inquiète qui amènera le malade en consultation (33).

La maladie d’Alzheimer évolue en deux phases : la phase pré-déméntielle puis démentielle.

2.1 La phase pré-déméntielle

La phase pré-déméntielle est divisée en deux stades :

- le stade pré-clinique, avec une plainte mnésique présente mais un déclin cognitif non objectivable par les tests neuropsychologiques,
- le stade de trouble cognitif léger (ou Mild Cognitive Impairment) avec des troubles cognitifs objectivables par les tests neuropsychologiques et une absence de retentissement sur l’autonomie dans la vie quotidienne (34).

2.2 La phase démentielle

La phase démentielle est divisée en trois stades : léger, modéré et sévère. Durant la phase initiale, les troubles de la mémoire, du langage et de la communication sont discrets mais ont une incidence sur la vie quotidienne. Pendant le stade modéré, les troubles s’accroissent, la désorientation temporo-spatiale est marquée. Enfin, pendant le stade sévère, les troubles sont très présents, le patient n’est plus autonome. Au fur et à mesure de l’évolution de la maladie, s’ajoutent des troubles psycho-comportementaux. Le degré de sévérité de la démence est notamment évalué avec le mini-mental state examination (MMSE) (32), (33).

3. Les signes cliniques

Cette affection cérébrale neurodégénérative progressive se manifeste par différents signes cliniques.

3.1 Les atteintes mnésiques

La maladie d'Alzheimer altère les différents systèmes de la mémoire de manière hétérogène, certains précocement tandis que d'autres plus tardivement.

3.1.a Les systèmes de mémoire atteints

Trois composantes de la mémoire sont atteintes précocement : la mémoire épisodique (se traduit par des oublis principalement des faits récents), la mémoire sémantique (se manifeste par une difficulté à trouver ses mots et une perte, souvent partielle, des représentations liées à ces mots) et la mémoire de travail. Ces trois systèmes sont les plus élaborés et sont de ce fait plus sensibles aux altérations. A contrario, la mémoire procédurale, qui est une composante de plus bas niveau intégrant des processus automatiques, résiste mieux à la maladie. Elle peut cependant être perturbée par les troubles de la mémoire épisodique ou de la mémoire de travail, car les apprentissages sont moins aisés et donc plus difficilement automatisés. La mémoire autobiographique peut être atteinte également du fait des troubles de la mémoire épisodique ou de la mémoire sémantique (35).

3.1.b Les définitions des mémoires citées

Il nous semble pertinent de faire quelques rappels quant aux définitions de ces types de mémoire (36).

- La mémoire épisodique correspond à la « *mémoire des événements personnellement vécus, situés dans leur contexte temporo-spatial d'acquisition.* »
- La mémoire sémantique est la « *mémoire des mots, des concepts, des « connaissances du monde »* » ainsi que des « *connaissances générales sur soi.* »
- La mémoire de travail correspond au « *système responsable du traitement et du maintien temporaire des informations nécessaires à la réalisation d'activités aussi diverses que la compréhension, l'apprentissage et le raisonnement.* »

- La mémoire procédurale est « *une mémoire automatique et difficilement accessible à la conscience* », elle « *permet d'acquérir des habiletés progressivement, au fil de nombreux essais, de les stocker et de les restituer sans faire référence aux expériences antérieures.* »

- La mémoire autobiographique se définit par « *la capacité à construire une suite de souvenirs d'événements courts liés temporellement.* »

3.2 Les atteintes des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives du patient atteint de la maladie d'Alzheimer peuvent être altérées. Elles permettent à l'individu de s'adapter aux nouvelles situations et comprennent des capacités d'inhibition, de planification, de rétrocontrôle, de flexibilité mentale etc. Selon Rabbit (37), « *le contrôle exécutif serait nécessaire pour réaliser des tâches nouvelles qui requièrent la formulation d'un but, la planification et le choix des différentes séquences de comportement qui permettront d'atteindre ce but, la comparaison de ces plans par rapport à leur probabilité de succès et à leur efficacité dans l'accomplissement de l'objectif, la mise en œuvre du plan sélectionné jusqu'à son accomplissement final et son éventuel amendement en cas d'échec.* »

3.3 Les atteintes comportementales

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont variables et surviennent de manière imprévisible au cours de la maladie. Les symptômes les plus fréquents sont l'apathie, les symptômes dépressifs, l'anxiété, l'agitation et l'agressivité. Ils ont un retentissement important sur le quotidien du malade : ils impactent son autonomie et sa qualité de vie, et entraînent des problèmes sociaux et interpersonnels avec les aidants. Ils favorisent souvent l'institutionnalisation du malade (38).

Les atteintes comportementales sont majorées par les troubles du langage et de la communication qui peuvent apparaître (39).

3.4 Les atteintes du langage et de la communication

Les troubles du langage sont hétérogènes et peuvent survenir précocement ou tardivement au cours de la maladie. Ils se traduisent notamment par un manque du mot. L'utilisation de mots génériques ou de périphrases appauvrit le discours qui en devient imprécis. Au niveau de sa narration, il subit des intrusions d'épisodes personnels avec peu de rapport avec le contenu initial, ce qui peut le rendre incohérent. L'appauvrissement se produit tant au niveau qualitatif que quantitatif : syntaxe perturbée et peu élaborée, perte d'initiative dans les conversations, etc. Le versant de la production n'est pas le seul atteint, le versant de la

compréhension peut l'être également (39). Toutes ces altérations sont responsables d'un trouble de la communication digitale chez ces patients. Elles ne semblent, en revanche, pas porter atteinte à la communication analogique (31).

4. Les études sur la thérapie assistée par le chien avec des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

On retrouve dans la littérature de nombreuses études intégrant dans leur intervention des interactions homme-animal. Ces recherches portent principalement sur les enfants, beaucoup moins sur les adultes. Nous avons néanmoins trouvé des articles traitant de cette population.

Wesenberg et al. (40) ont constaté un impact positif de la thérapie assistée par le chien sur la communication verbale de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : les échanges étaient plus longs lorsque le chien était présent.

Tribet et al. (41) ont mis qualitativement en évidence les effets positifs de la présence du chien au cours de séances de soutien psychologique chez des patients atteints de pathologies démentielles à un stade évolué. D'après leur analyse, sa présence facilite la communication et sécurise l'environnement des patients.

Charbonnier (42) décrit dans son mémoire une augmentation de la communication verbale et non verbale de patients atteints de maladie d'Alzheimer et une tendance à la diminution des comportements apathiques en présence du chien. Les résultats doivent néanmoins être nuancés, l'étude ayant été réalisée auprès d'un nombre très restreint de patients.

Perkins et al. (43) ont rédigé une revue résumant et critiquant la littérature publiée sur la thérapie assistée par le chien chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et vivant en établissement de soins pour personnes âgées. D'après cette revue de neuf études, les résultats les plus fréquemment rapportés sont une amélioration des interactions sociales et une diminution de l'agitation. Les auteurs émettent cependant des réserves concernant les résultats des études citées. Ils semblent prometteurs mais l'efficacité de la thérapie assistée par le chien n'a pas pu être démontrée du fait de lacunes méthodologiques.

PREAMBULE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES

1. Préambule à l'étude

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont fréquentes chez les personnes âgées, leur prévalence est en constante augmentation avec le vieillissement de la population (32). L'orthophoniste peut jouer un rôle important dans sa prise en soin, notamment dans le cadre des troubles de la communication et de la cognition, et intervenir tout au long du parcours de vie du patient et de son entourage (44).

Schiaratura (31) indique que la communication non verbale des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer perdure alors même que la communication verbale disparaît progressivement au cours de l'évolution de la pathologie. « *La communication non verbale s'acquiert très tôt, elle est en général spontanée et souvent en dehors de la conscience. Elle utilise peu de ressources cognitives.* » précise-t-elle. Rousseau (45) a, quant à lui, mis en évidence que les patients atteints de la maladie utilisent en plus grande proportion des actes non verbaux que les sujets sains.

Schiaratura (31) souligne l'importance de la communication non verbale dans la régulation des relations sociales. Les informations non verbales donnent de nombreux renseignements aux partenaires de l'échange sur les intentions et les activités cognitives et émotionnelles du locuteur. Comme nous l'avons vu dans notre introduction, la communication analogique est centrée sur la relation et transmet une part importante du message dans les interactions.

La littérature répertorie de nombreuses recherches s'intéressant aux répercussions de la maladie d'Alzheimer sur la communication verbale, mais très peu concernent la communication non verbale. Son altération mène pourtant à terme à la solitude, l'incompréhension, voire à l'exclusion du patient. Nous avons donc orienté notre étude sur cet axe communicationnel.

Afin d'encourager la communication non verbale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, il nous a semblé intéressant de nous tourner vers la thérapie assistée par l'animal (TAA). En effet, d'après Gabriels et al. (46) les animaux agissent comme des catalyseurs sociaux. Ils incitent les patients à communiquer avec leur environnement social, ce qui facilite l'interaction sociale et la communication.

Le chien est décrit comme un excellent médiateur du fait de ses qualités d'adaptation et de sa grande complicité qui l'unit à l'homme (7). Nous avons donc décidé de choisir cet animal pour notre étude.

L'ensemble de ces données nous a permis d'établir la problématique suivante : la seule présence du chien, au cours d'une activité thérapeutique, suffit-elle à induire un effet sur la communication non verbale de patients âgés atteints de démence de type Alzheimer ?

2. Objectifs et hypothèses

Cette étude vise à déterminer si la présence du chien renforce la communication non verbale des patients atteints de démence de type Alzheimer, à un degré modéré, et favorise ainsi l'interaction sociale. Elle a secondairement pour objectif de vérifier si la présence du chien modifie la participation aux échanges verbaux.

En raison du choix de notre design, nous avons eu besoin d'un critère principal (axé sur le non verbal) et de critères secondaires (axés à la fois sur le non verbal et le verbal).

Nous émettons les hypothèses qu'en présence du chien dans le cadre d'un atelier conversationnel dirigé :

- la fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole augmente (critère principal),
- la fréquence des actes non verbaux hors tour de parole augmente (critère secondaire),
- le temps de parole pendant le tour de parole augmente (critère secondaire).

METHODE

1. Choix du SCED

Nous avons choisi d'élaborer un protocole en Single Case Experimental Design (SCED). Cette méthodologie permet d'obtenir des résultats probants sur un échantillon très réduit de participants à une étude. Le participant étudié est comparé à lui-même : on s'intéresse au changement comportemental et à la variabilité intra-individuelle. Ce type d'étude consiste à mesurer une variable dépendante (dans notre cas la fréquence des actes non verbaux) et à introduire de manière systématique une variable indépendante (ici, introduction et retrait du chien).

Le plan expérimental souvent utilisé est le modèle ABAB, les phases A correspondent aux phases de base (ou phases de non-intervention) et les phases B aux phases d'intervention. Trois à cinq mesures répétées sont effectuées au sein de chaque phase, le nombre de mesures prises devant être suffisant pour obtenir des résultats analysables statistiquement et visuellement. L'objectif de ce design est de permettre une mise en lien des résultats obtenus avec l'intervention spécifique (47).

2. Plan expérimental

2.1. Design

L'étude comporte quatre phases, il s'agit d'un design ABAB sous forme d'introduction / retrait. Le critère de changement de phase correspond à l'introduction du chien. L'impact de cette introduction / retrait est mesuré sur la fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole (critère principal). Il est également mesuré sur la fréquence des actes non verbaux hors tour de parole et le temps de parole pendant le tour de parole (critères secondaires).

	Phase A ₁ Sans le chien (ligne de base)			Phase B ₁ Avec le chien			Phase A ₂ Sans le chien			Phase B ₂ Avec le chien		
Madame A	Phase de base			Phase d'intervention			Phase de base			Phase d'intervention		
Madame B												
Madame C												
Madame D												
Séances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Plan expérimental ABAB utilisé dans le cadre de l'étude

2.2 Déroulement des séances

2.2.a Séances sans le chien / avec le chien

Afin de réaliser notre étude, nous avons créé une activité de groupe intégrant les quatre patientes. Cette activité a pris la forme d'un atelier conversationnel dirigé et s'est déroulée sur douze séances numérotées chronologiquement de 1 à 12.

L'activité de groupe est conduite par l'orthophoniste et moi-même. L'animatrice, qui travaille au Centre de Long Séjour, participe seulement aux séances avec le chien. Elle est intervenante en médiation par l'animal et a été formée à l'Institut Français de Zoothérapie. C'est elle qui s'occupe de l'éducation du chien intégré à nos séances.

Le chien est absent pendant les séances 1, 2, 3, 7, 8, 9 (phases de base : phase 1, séances 1, 2, 3 et phase 3, séances 7, 8, 9). Le chien est présent pendant les séances 4, 5, 6, 10, 11, 12 (phases d'intervention : phase 2, séances 4, 5, 6 et phase 4, séances 10, 11, 12). Chaque phase comporte trois séances. Les séances ont lieu une fois par semaine de septembre à décembre (avec une interruption d'une semaine en novembre).

2.2.b Début de l'intervention

L'intervention commence au même moment pour chaque patiente, la ligne de base pré-intervention est de même durée pour chacune. Sauf exception, les quatre patientes sont présentes à chaque séance.

2.2.c Placement pendant les séances

Les séances ont lieu en début d'après-midi dans la salle de bibliothèque du Centre de Long Séjour. Les chaises sont disposées en arc de cercle face à l'orthophoniste, moi-même et

l'animatrice si elle est présente. Les patientes sont systématiquement assises à la même place afin de rendre les séances comparables.

2.2.d Déroulement de l'atelier conversationnel dirigé

L'atelier conversationnel dirigé se déroule toujours de la même façon pour les besoins de l'étude.

Chaque participant se présente et le chien est nommé s'il participe. Les professionnelles et les patientes se désinfectent les mains avec du gel hydroalcoolique pour les séances avec le chien. Nous inscrivons la séance dans un cadre spatio-temporel défini en réfléchissant ensemble à la date du jour et au lieu où nous réalisons l'activité. Nous demandons aux patientes de désigner elles-mêmes celle qui débutera l'activité. Une fois désignée, la personne choisie pioche une question au hasard dans le panier. Le panier contient les sept questions relatives à la séance. Lorsque le chien est présent, c'est lui qui joue le rôle de facteur. Il transporte le panier positionné autour de son cou jusqu'aux patientes et l'animatrice les lit. En son absence, c'est moi-même qui amène le panier et lis les questions. Le temps de réponse est défini mais modulable (cf 2.3.c). Nous aiguillons plus ou moins la patiente dans l'élaboration de sa réponse en nous adaptant à ses besoins. Les autres patientes dont ce n'est pas le tour de parole sont invitées à intervenir spontanément si elles le souhaitent, mais de manière appropriée et raisonnable (la personne à qui la question a été posée est censée parler plus longtemps que ses collègues). Nous sommes dans l'optique de cadrer ces interventions afin que le tour de parole de chacune soit respecté. Tous ces « principes » ont été réfléchis dans le but d'obtenir des séances agréables et stimulantes pour les patientes tout en restant analysables et comparables pour l'étude. Après avoir répondu à sa question, la patiente désigne la prochaine participante qui piochera une question, etc.

Chaque séance est filmée à l'aide de deux caméras posées sur une table. Chaque caméra filme deux patientes.

2.3 Choix du contenu des séances

2.3.a Choix de l'atelier conversationnel dirigé

D'après l'étude de Carreel (1990) (48), l'atelier conversationnel est pertinent dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Les résultats de ses recherches ont montré des compétences linguistiques du groupe test inchangées, alors que celles du groupe témoin se sont sensiblement dégradées.

Dans notre étude, il s'agit d'un atelier conversationnel dirigé étant donné l'utilisation de questions précises pour engager les échanges (cf 2.3.b). Notre activité est à but thérapeutique, avec des objectifs précis et les séances sont préparées à l'avance. Elle vise à favoriser la communication en créant un espace de parole cadré. Nous intervenons au cours de l'atelier en tant que médiateur de la communication verbale, nous aidons ainsi les patientes à amorcer ou réengager leurs actes verbaux.

Nous avons opté pour une activité centrée sur le verbal afin de stimuler la communication non verbale et avoir matière à analyser. Un jeu de balle ou des activités d'agility n'auraient pas été réalisables dans une méthodologie SCED car non reproductibles en l'absence du chien.

2.3.b Choix du type de questions proposées

Nous avons élaboré trois séries de sept questions à utiliser dans le cadre de cet atelier (Annexe 3). Les vingt-et-une questions choisies sont ouvertes ou semi-ouvertes et équivalentes. Nous avons choisi des questions ouvertes et semi-ouvertes afin d'encourager l'élaboration de la pensée. En effet, des questions fermées n'auraient suscité que des réponses oui / non tandis que des questions ouvertes et semi-ouvertes induisent des réponses riches sur le plan sémantique, syntaxique et au niveau de l'informativité. Pour les concevoir, nous avons réfléchi à la nécessité de donner un contexte précis, c'est-à-dire un thème, tout en veillant à laisser au patient un choix de réponses assez vaste.

Elles explorent différents thèmes :

- les préférences (par exemple « *Quels animaux domestiques aimez-vous, vous déplaisent ?* »),
- les habitudes (par exemple « *Que faisiez-vous pour fêter les anniversaires ?* »),
- les activités (par exemple « *Quelles activités manuelles faisiez-vous, auriez-vous aimé faire ? (bricolage, jardinage, couture...)* »),
- les états d'âme (par exemple « *Qu'est-ce qui vous rend heureux, malheureux ?* »).

La série 1 a été utilisée pour les séances 1, 4, 7, 10, la série 2 pour les séances 2, 5, 8, 11 et la série 3 pour les séances 3, 6, 9, 12. Les thèmes de la séance étaient dépendants du tirage au sort effectué par chaque patiente.

2.3.c Choix du temps de réponse

Le temps de réponse est fixé à une durée approximative de trois à cinq minutes par patiente dans le but de rendre comparables les résultats entre eux quelle que soit la séance. Ce

temps est ajusté selon l'appétence de la patiente à partager son expérience mais nous veillons à ne pas la laisser « s'emporter » dans un discours redondant (persévérations, etc.).

2.3.d Choix d'intégrer le chien en tant que présence

Nous avons décidé de laisser le chien passif et de centrer notre étude sur les effets induits par la seule présence du chien dans le cadre d'une activité thérapeutique. Le chien intervient en tant que médiateur passif lorsqu'il est en présentiel, et médiateur semi-actif dans son rôle de facteur. Le chien Noisette, qui était un border collie, était un peu agité du fait de son jeune âge (moins d'un an) et l'animatrice n'avait pas terminé son éducation. Il pouvait néanmoins très bien accomplir sa tâche.

2.4 Changement de procédure

Pendant la séance 11, les appareils auditifs de Mme B ne fonctionnaient pas. Nous avons accompagné nos interventions d'indications écrites, notées sur une ardoise, afin de pouvoir communiquer avec elle. Le canal visuel s'est donc substitué au canal auditif.

3. Participants

3.1 Critères de sélection

Nous avons préféré l'utilisation du terme « démence de type Alzheimer » à celui de « maladie d'Alzheimer ». Les patients du Centre Long Séjour n'avaient pour la plupart pas reçu les examens complémentaires nécessaires pour poser le diagnostic.

Critères d'inclusion
Démence de type Alzheimer
Stade modéré : $10 < \text{MMSE} < 20$
Personne âgée de plus de 75 ans
Capacité à travailler en groupe
Attrait pour le chien
Autorisation d'être filmé
Critères d'exclusion
Allergie au chien
Stade léger ou sévère : $\text{MMSE} > 20$ ou $\text{MMSE} < 10$
Communication verbale très altérée
Troubles du comportement importants et incompatibles avec une activité de groupe

Nous avons décidé d'inclure des patientes à un stade modéré de la maladie afin que les atteintes du langage et de la communication, ainsi que les autres troubles présents, soient suffisamment conséquentes pour constater un effet de l'intervention et que les capacités soient également suffisamment préservées pour permettre la participation à l'atelier conversationnel dirigé.

3.2 Méthode de recrutement

Notre lieu de recrutement était un Centre de Long Séjour, les participants potentiels à l'étude étaient donc très disponibles (en dehors des activités proposées par la structure et la visite des familles). Afin de constituer le groupe, nous avons pu profiter des connaissances de l'orthophoniste concernant ses différents patients. Nous avons cherché des patients répondant aux critères de sélection et présentant une homogénéité au niveau des troubles cognitifs, du caractère etc. Nous souhaitons qu'une cohésion se crée et qu'une dynamique de groupe s'installe aisément et rapidement.

3.3 Caractéristiques des participantes

Les données proviennent des bilans réalisés par l'orthophoniste du Centre de Long Séjour. L'ensemble des tests n'a pas toujours été réalisé car elle s'adaptait à l'état physique et mental de chaque patiente. Au cours de ces bilans, les écarts-type n'ont pas été établis, l'orthophoniste travaille davantage sur le qualitatif que le quantitatif étant donné le contexte gériatrique.

3.3.a Tests utilisés par l'orthophoniste pour les bilans

Les tests utilisés par l'orthophoniste pour réaliser les bilans sont les suivants : le Mini-Mental State Examination (MMSE), le test de l'horloge, le test d'Isaac et l'appariement sémantique de la Lexis.

Le **Mini-Mental State Examination (MMSE)** permet d'évaluer rapidement (environ dix minutes) l'état cognitif du patient. Cet outil est, de ce fait, très utilisé et présente l'avantage de ne pas nécessiter de matériel particulier. Il comporte trente questions explorant six domaines : « orientation » (temporo-spatiale), « apprentissage », « attention et calcul mental », « rappel », « langage », « praxies constructives ». Le score obtenu est au maximum de 30 points et permet de définir la sévérité de la démence. Pour le stade léger, le score est supérieur à 20, pour le stade modéré, le score se situe entre 10 et 20 et pour le stade sévère, le score est inférieur à 10 (49).

Le **test de l'horloge** permet d'évaluer rapidement les atteintes visuo-spatiales et les fonctions exécutives. On demande au patient de dessiner une horloge indiquant une heure précise sur une feuille blanche.

Le **test d'Isaac** porte sur la fluence verbale lexicale et catégorielle. On demande au patient de citer le plus de mots possible commençant par telle lettre, puis le plus de noms possible appartenant à une catégorie précise.

Pour l'**épreuve d'appariement sémantique de la Lexis** (test pour le diagnostic des troubles lexicaux chez le patient aphasique), le patient désigne parmi deux images celle qui s'associe le mieux à l'image cible.

3.3.b Données des patientes recueillies par l'orthophoniste

L'apraxie visuo-constructive, évaluée au cours de la passation du MMSE, est un trouble de l'activité gestuelle qui se traduit par une « *difficulté à reproduire la perspective, et une incapacité à dessiner sur ordre ou sur copie.* » (50)

Madame A, née en 04/1936 (82 ans)

Antécédents médicaux : diabète, AVC, troubles visuels.

Atteinte d'une démence de type Alzheimer.

MMSE : 18/30.

Ce résultat est à nuancer, les épreuves nécessitant le recours au langage écrit n'ont pas pu être réalisées à cause de ses troubles visuels.

Relation temporo-spatiale : trouble modéré.

Plan mnésique : capacités d'apprentissage et de restitution immédiate préservée.

- Mémoire épisodique : préservée.
- Mémoire de travail : très déficiente, très en difficulté.
- Mémoire autobiographique : préservée avec de bonnes capacités d'ordonnement des événements dans le temps.
- Mémoire sémantique : chutée au niveau des faits et connaissances, mais niveau conceptuel et linguistique encore efficient. Niveau socio-culturel peu élevé.

Langage

Langue maternelle : le polonais.

- Versant expressif : pas de manque du mot. Difficultés sur la répétition de phrases. Fluence catégorielle plutôt bonne mais fluctuante. Fluence phonémique bonne. Grande fatigabilité.
- Versant réceptif : compréhension des consignes simples préservée.

Fonctions exécutives : trouble dysexécutif modéré.

Pas d'apraxie visuo-constructive.

Madame B, née en 09/1925 (93 ans)

Antécédents médicaux : non connus.

Atteinte d'une démence de type Alzheimer.

MMSE : 15/30.

Relation temporo-spatiale : partiellement déficitaire sur les 2 versants.

Plan mnésique : capacités d'apprentissage / encodage et de restitution immédiate altérées.

- Mémoire épisodique : se caractérise par des pertes sporadiques d'informations sur le court terme.
- Mémoire de travail : déficience sévère. Capacités attentionnelles et de représentation mentale de faible empan.
- Mémoire autobiographique : préservée dans ses grandes lignes avec une trame événementielle adéquatement ordonnée.
- Mémoire sémantique : connaissances atteintes. Les niveaux conceptuel et lexical sont préservés.

Langage

- Versant expressif : trouble expressif peu marqué, pas de manque du mot.
- Versant réceptif : pas de trouble sur des consignes simples.

Fonctions exécutives : non testées.

Apraxie visuo-constructive avancée.

Madame C, née en 07/1923 (95 ans)

Antécédents médicaux : non connus.

Atteinte d'une démence de type Alzheimer.

MMSE : 15/30.

Relation temporo-spatiale : fluctuante.

Plan mnésique :

- Mémoire épisodique : atteinte à très court terme.
- Mémoire de travail : atteinte. Capacités attentionnelles et de représentation mentale atteintes.
- Mémoire autobiographique : bien conservée par bribes, et sans sériation possible des événements.
- Mémoire sémantique : atteinte. Les niveaux conceptuel et lexical sont altérés.

Langage

- Versant expressif : réduction qualitative (pas de phrases élaborées) et quantitative du langage. Expression marquée par des persévérations.
Troubles importants au niveau des fluences catégorielles.
- Versant réceptif : compréhension des consignes simples préservée.

Fonctions exécutives : non testées mais altérées.

Apraxie visuo-constructive modérée.

Madame D, née en 10/1929 (89 ans)

Antécédents médicaux : non connus.

Atteinte d'une démence de type Alzheimer.

MMSE : 17/30.

Relation temporo-spatiale : partiellement détériorée. Au niveau temporel quasiment plus de repères tandis que le versant spatial est relativement bien conservé.

Plan mnésique :

- Mémoire épisodique : détériorée, sauf éléments avec une valeur affective.
- Mémoire de travail : déficiente, en corrélation avec des aptitudes attentionnelles et de représentation mentale de faible empan.
- Mémoire autobiographique : bien conservée, bonnes capacités de sériation des événements dans le temps (concernant des expériences personnelles).
- Mémoire sémantique : partiellement préservée, atteinte de certains faits et connaissances, mais des niveaux conceptuel et linguistique encore efficaces.

Langage

- Versant expressif : pas de manque du mot massif, discours pauvre.
Fluence catégorielle lente et peu productive.
- Versant réceptif : troubles de compréhension de consignes mettant en jeu l'implicite traduisant « l'érosion » de la flexibilité intellectuelle.

Fonctions exécutives : atteintes des fonctions exécutives (capacités attentionnelles et flexibilité testées).

Apraxie visuo-constructive avancée.

3.3.c Autorisation de filmer

Les patientes ainsi que leur famille ont donné leur consentement signé pour être filmées dans le cadre de cette étude.

4. Mesures et matériel

4.1 Mesures

4.1.a Choix des comportements cibles

Nous avons décidé de nous focaliser sur les comportements cibles suivants : les actes non verbaux émis et le temps de parole.

Ces comportements cibles ont été choisis dans le but d'évaluer l'impact de l'introduction / retrait du chien sur la communication des patientes. Afin de mesurer ces comportements cibles, nous avons sélectionné différents critères de jugement.

4.1.b Choix des critères de jugement

Le critère principal est la fréquence des actes non verbaux émis durant le tour de parole. Les critères secondaires sont la fréquence des actes non verbaux émis en dehors du tour de parole et le temps de parole pendant le tour de parole.

Nous avons choisi de relever les actes non verbaux hors et durant les tours de parole afin d'évaluer si la communication non verbale était également investie chez ces patients bien que ce ne soit pas leur tour de parole.

Nous avons décidé d'axer nos critères secondaires à la fois sur la communication non verbale et la communication verbale. Il semblait en effet pertinent de tenir compte de l'aspect verbal étant donné qu'il est indissociable du non verbal dans une situation de communication (23).

Nous avons cherché à évaluer si le taux d'occupation du temps de parole était également impacté. On note, en effet, une diminution générale du temps de parole au cours de l'évolution de la pathologie (39).

4.1.c Définition des termes employés

- Un acte non verbal est un geste qui remplace ou accompagne un acte verbal et qui a une valeur communicationnelle avérée.
- Le tour de parole débute au moment où le locuteur prend la parole et se termine lorsqu'il la cède. Les tours de parole sont marqués par le changement de locuteur au cours d'échanges.

4.2. Equipement

Après chaque séance nous avons visionné et analysé les films enregistrés par les deux caméras sur un ordinateur. Nous avons quantifié et classé les actes non verbaux émis (Annexes

4 et 5) à l'aide de la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de 2016 élaborée par Rousseau. Au niveau verbal, nous avons utilisé un chronomètre pour mesurer le temps de parole afin de distinguer la parole du patient de celle du thérapeute et des autres participantes de l'atelier.

4.2.a Présentation de la GECCO

La GECCO (25) est une grille d'analyse permettant l'examen précis de la communication. A partir des résultats obtenus, un profil individuel des capacités de communication peut être établi. Cette évaluation permet de distinguer les capacités atteintes des capacités préservées afin d'orienter la prise en charge.

Cet outil propose l'analyse de trois situations de communication avec un interlocuteur :
« - *une entrevue dirigée sur le thème de l'autobiographie ;*
- *une tâche d'échange d'informations à partir de photos et dans une tâche inspirée PACE (Promoting aphasics' communicative effectiveness, Wilcox, Davis, 1978) ;*
- *une discussion libre à partir du moment présent. »*

Ces trois situations sont filmées puis analysées a posteriori car il est très difficile de mener conjointement l'évaluation et l'analyse. Chacune dure environ quinze à vingt minutes. Les résultats s'expriment en fréquence par minute.

Cet outil présente une bonne validité, faisabilité et fiabilité d'après l'étude menée par Delaroche et Rochard (1996) (51), ainsi que celle de Barbedienne, Wickart, Rousseau (2013) (52).

4.2.b Utilisation de la GECCO dans notre étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé uniquement la grille d'analyse des actes non verbaux (Annexe 4) se basant sur la classification de Labourel (1981). Nous l'avons nous-même présentée sous forme d'un tableau (Annexe 5) afin de simplifier la quantification des actes non verbaux.

RESULTATS

1. Séquences accomplies

Quatre patientes du Centre Long Séjour devaient initialement participer à l'étude : Mmes A, B, C et E. Elles répondaient aux critères attendus.

Mme E a dû quitter le groupe, dès la deuxième séance, suite à son transfert dans un autre EHPAD (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante). Nous avons appris son départ imminent seulement après avoir débuté la première séance. Nous avons donc été contraints de chercher une remplaçante à Mme E. Un nombre restreint de patients correspondait aux critères attendus. Nous avons choisi Mme D sachant qu'elle avait peu d'initiative verbale et suivait des séances de médiation avec le chien Noisette chaque semaine avec la kinésithérapeute-zoothérapeute de l'établissement. Nous savions que cette participation aux séances de médiation animale était un biais à notre étude, mais les autres patients potentiels, auxquels nous avons pensé, ne pouvaient pas être inclus à l'étude (pour cause d'incompatibilité de caractère, etc.).

Cette situation explique l'absence de données pour Mme D à la première séance. Le groupe a néanmoins toujours été composé de quatre personnes de la séance 1 à la séance 12. Les résultats sont donc comparables quelle que soit la séance.

Mmes A, B, C et D ont participé à l'étude jusqu'à son terme.

2. Choix des outils visuels pour l'analyse des données

Les graphiques ont été réalisés à l'aide du fichier Excel.

Les aides visuelles fournies par le site de Rumen Manolov ont été utilisées pour analyser les données : <https://manolov.shinyapps.io/Overlap/>.

- La Standard Deviation Band (53)

La moyenne des données est calculée et représentée par une ligne continue. L'écart-type des mêmes données est ensuite calculé et deux lignes en pointillés sont représentées : l'une située à deux écarts-types au-dessus de la moyenne et l'autre à deux écarts-types en-dessous. Deux points consécutifs doivent être positionnés en dehors de la bande pour mettre en évidence un effet de l'intervention.

- Le Dual Criterion (54)

La moyenne et la ligne de tendance de la ligne de base sont calculées. Ces deux lignes sont projetées sur la phase d'intervention. Un maximum de points de la mesure répétée doit se situer au-dessus de ces deux lignes pour prouver un effet de l'intervention.

- L'enveloppe de la ligne de tendance (54)

La ligne de tendance et la médiane sont calculées. L'enveloppe de la ligne de tendance (ligne de tendance +/- 20% de la médiane) est projetée dans la phase suivante. Les points de la mesure répétée doivent se situer en dehors de l'enveloppe projetée pour prouver un effet de l'intervention.

- Le Nonoverlap of All Pairs (NAP) (55)

Le pourcentage de non chevauchement des points entre les phases est calculé. Il doit être élevé pour démontrer l'efficacité de l'intervention.

Nous avons comparé visuellement les mesures répétées entre les phases A₁ et B₁, puis entre les phases A₂ et B₂ pour chaque patiente. Les données statistiques obtenues pour la moyenne et le NAP ont complété nos analyses visuelles.

3. Madame A

3.1 Analyse visuelle

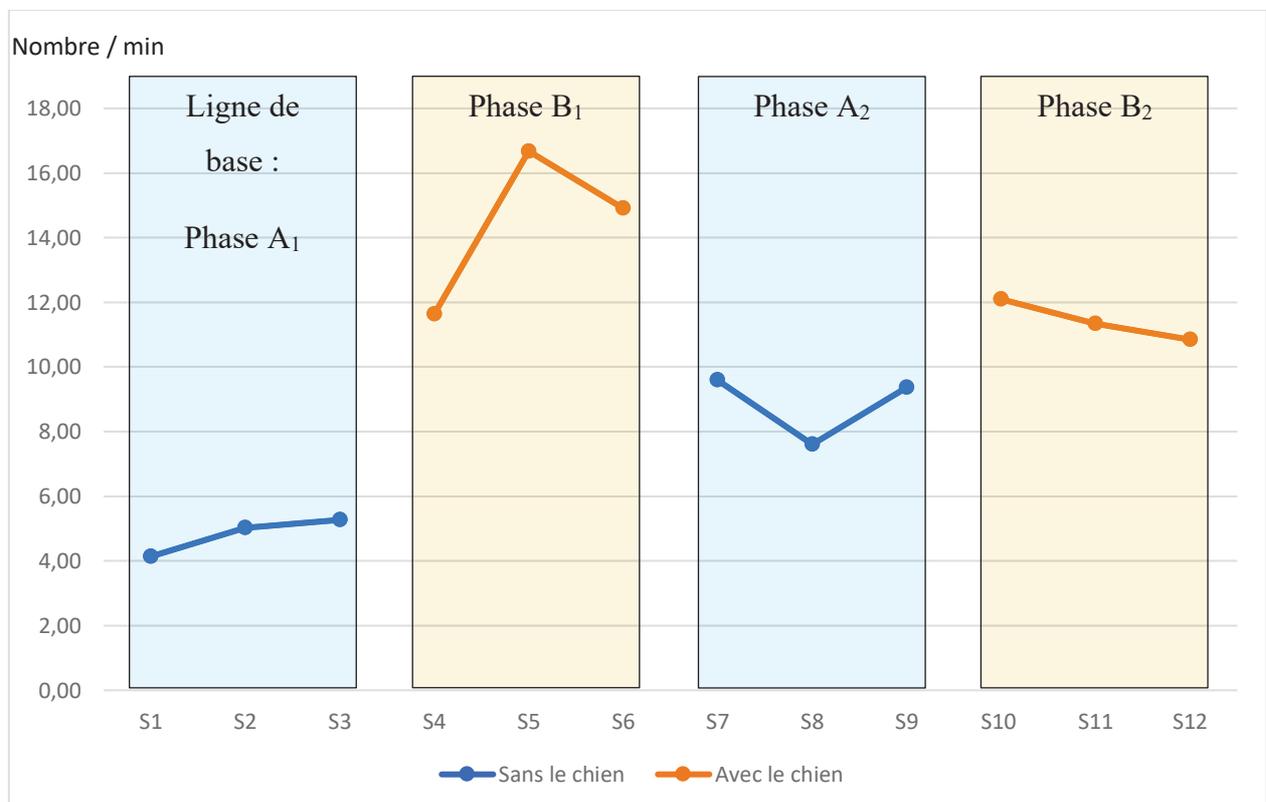


Figure 1 : Fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole

Nous constatons sur le graphique que les courbes sans le chien sont avec des valeurs nettement inférieures à celles avec le chien. Elles montrent un effet significatif de l'intervention sur cette patiente.

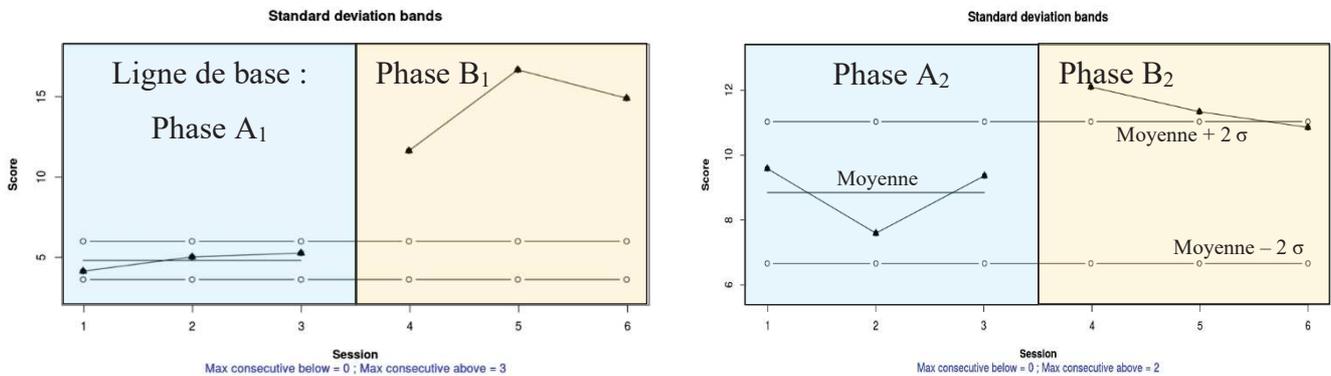


Figure 2 : Standard Deviation Band

Selon le critère de Fisher, si au moins deux points consécutifs se situent en dehors de la bande standard, la rééducation a eu un effet.

On constate que pour Mme A les trois points de la phase B₁ sont au-dessus de la Standard Deviation Band et que pour la phase B₂ deux points consécutifs se situent également au-dessus de cette bande. Ces résultats mettent aussi en évidence un effet de l'intervention.

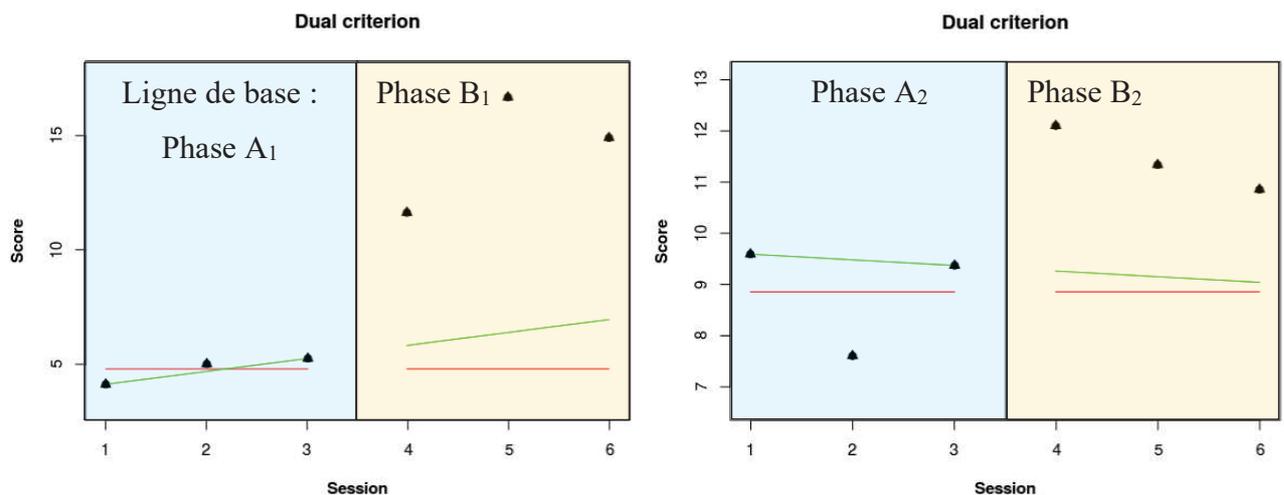


Figure 3 : Dual Criterion

La ligne rouge correspond à la projection de la moyenne de la ligne de base. La ligne verte correspond à la projection de la ligne de tendance de la ligne de base. Les points de la

mesure répétée doivent se situer au-dessus des deux lignes projetées pour mettre en évidence un effet de l'intervention.

Les points de la phase B₁ sont nettement au-dessus de la projection de la ligne de tendance de la phase A₁ (ligne verte), ce qui marque un effet de l'intervention. Il en est de même entre les phases A₂ et B₂ : les points de la phase B₂ sont au-dessus de la projection de la ligne de tendance de la phase A₂. Un effet de l'intervention est donc également constaté.

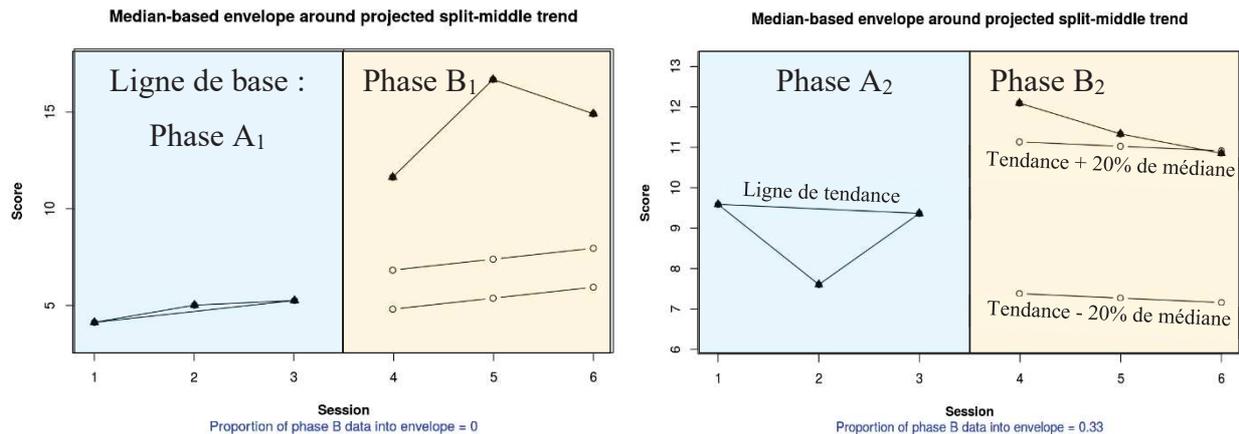


Figure 4 : Enveloppe de la ligne de tendance

En cas d'absence d'effet de l'intervention, les points de la phase suivante se situent dans l'enveloppe de la ligne de tendance.

Les points de la phase B₁ se trouvent à 100% en dehors de l'enveloppe de la ligne de tendance, et ceux de la phase B₂ à 67%. Un effet de l'intervention est donc mis en évidence.

3.2 Analyse statistique

Le NAP correspond au calcul du pourcentage du non chevauchement des points. Le NAP entre les phases A₁ et B₁ s'élève à 100%, il est également de 100% entre les phases A₂ et B₂. Respectivement la moyenne s'élève à 6,84 pour les séances sans le chien (phases A₁ et A₂) et 12,92 pour les séances avec le chien (phases B₁ et B₂). Ces résultats statistiques confirment l'amélioration avec le chien observée sur le graphique et les aides visuelles.

3.3 Scores bruts

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien	1,32	0	0				0,06	0	0				0,23
Avec le chien				0	0,60	0,35				0	0,51	0,10	0,26

Figure 5 : Fréquence des actes non verbaux hors tour de parole (nombre/minute)

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative.
Aucun effet significatif de l'intervention n'a été démontré.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien	46%	69%	50%				59%	60%	59%				57%
Avec le chien				65%	71%	56%				55%	67%	62%	63%

Figure 6 : Proportion de parole pendant le tour de parole

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative.
Aucun effet significatif de l'intervention n'a été démontré.

4. Madame B

4.1 Analyse visuelle

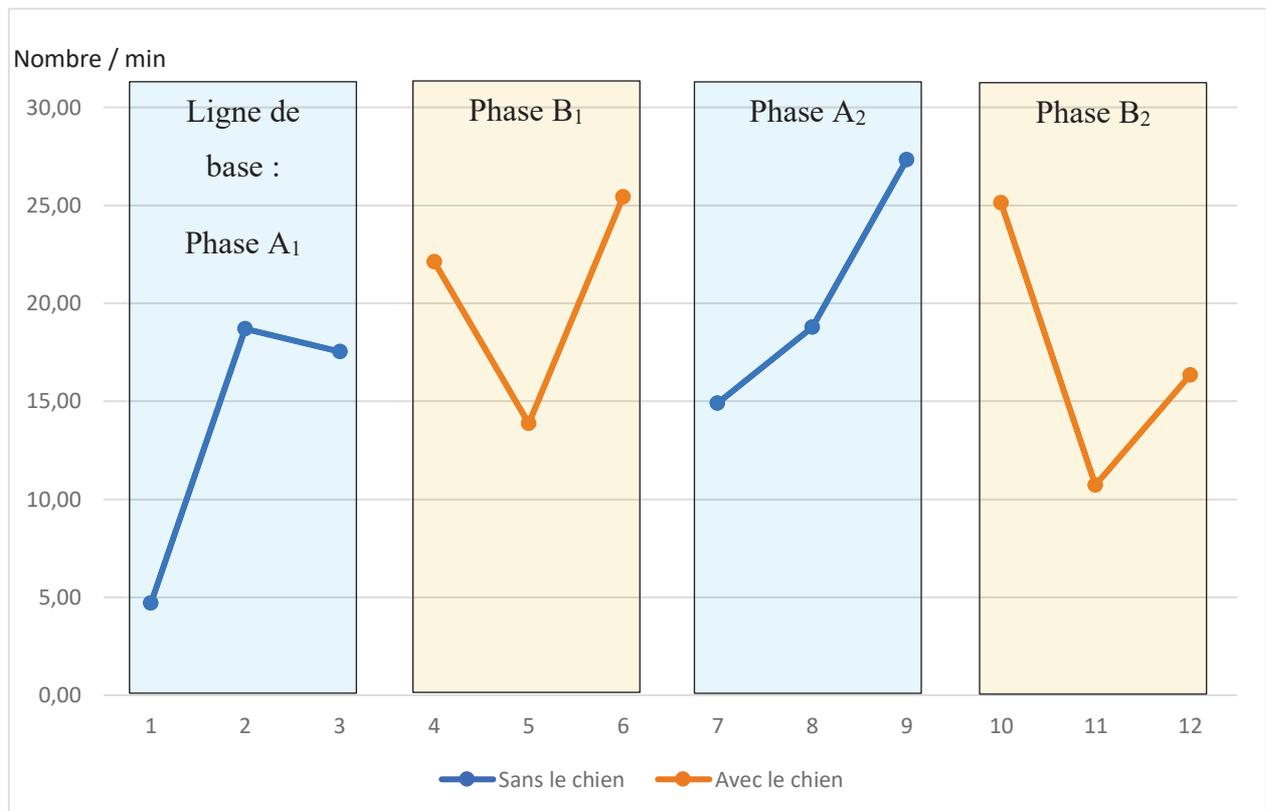


Figure 7 : Fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole

Nous constatons sur le graphique que les courbes sans le chien et avec le chien se chevauchent. L'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur cette patiente.

Il n'est pas nécessaire d'intégrer les aides visuelles issues de Manolov, ils mettent en évidence l'absence d'effet de l'intervention pour cette patiente.

4.2 Analyse statistique

Le NAP entre les phases A₁ et B₁ s'élève à 78%, il est de 33% entre les phases A₂ et B₂. Respectivement la moyenne s'élève à 16,99 pour les séances sans le chien (phases A₁ et A₂) et 18,93 pour les séances avec le chien (phases B₁ et B₂). Ces résultats corroborent l'absence d'amélioration avec le chien observée sur le graphique.

4.3 Scores bruts

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien	1,72	0,45	1,56				0,25	0	0,18				0,69
Avec le chien				0,13	1,01	1,11				0,43	0,30	0,38	0,56

Figure 8 : Fréquence des actes non verbaux hors tour de parole (nombre/minute)

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien	65%	85%	84%				73%	67%	84%				77%
Avec le chien				89%	59%	81%				73%	49%	79%	72%

Figure 9 : Proportion de parole pendant le tour de parole

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative.
Aucun effet significatif de l'intervention n'a été démontré.

5. Madame C

5.1 Analyse visuelle

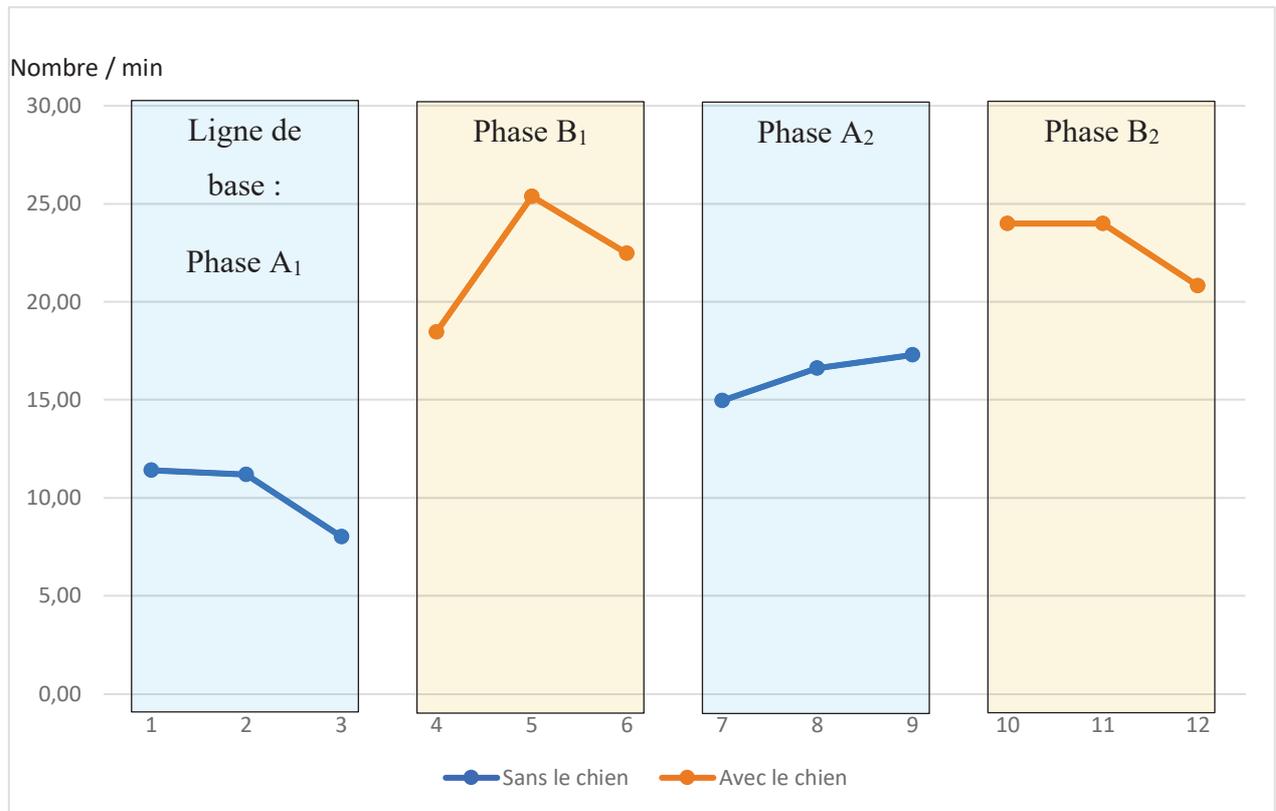


Figure 10 : Fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole

Nous constatons sur le graphique que les courbes sans le chien sont avec des valeurs nettement inférieures à celles avec le chien. Elles montrent un effet significatif de l'intervention sur cette patiente.

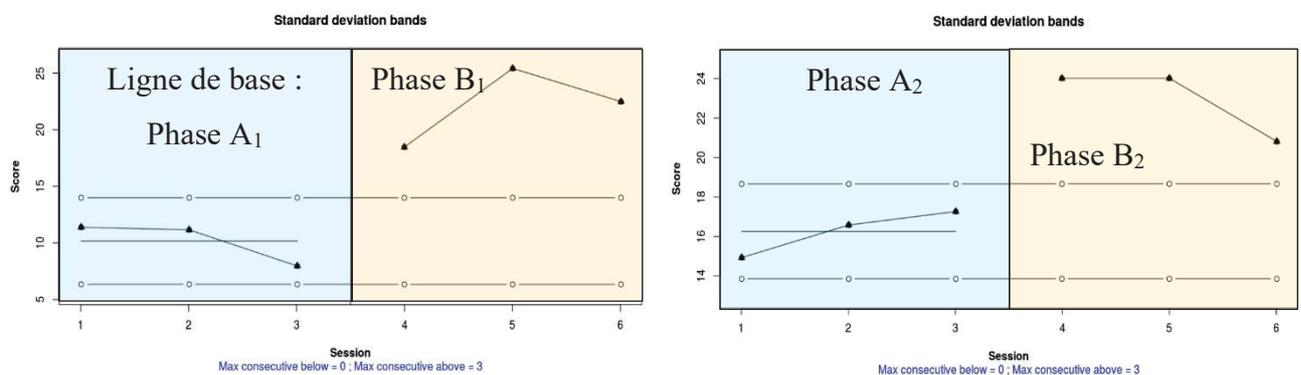


Figure 11 : Standard Deviation Band

On constate que pour Mme C les trois points de la phase B₁ sont au-dessus de la Standard Deviation Band et que pour la phase B₂ les trois points se situent également au-dessus de cette bande. Ces résultats mettent aussi en évidence un effet de l'intervention.

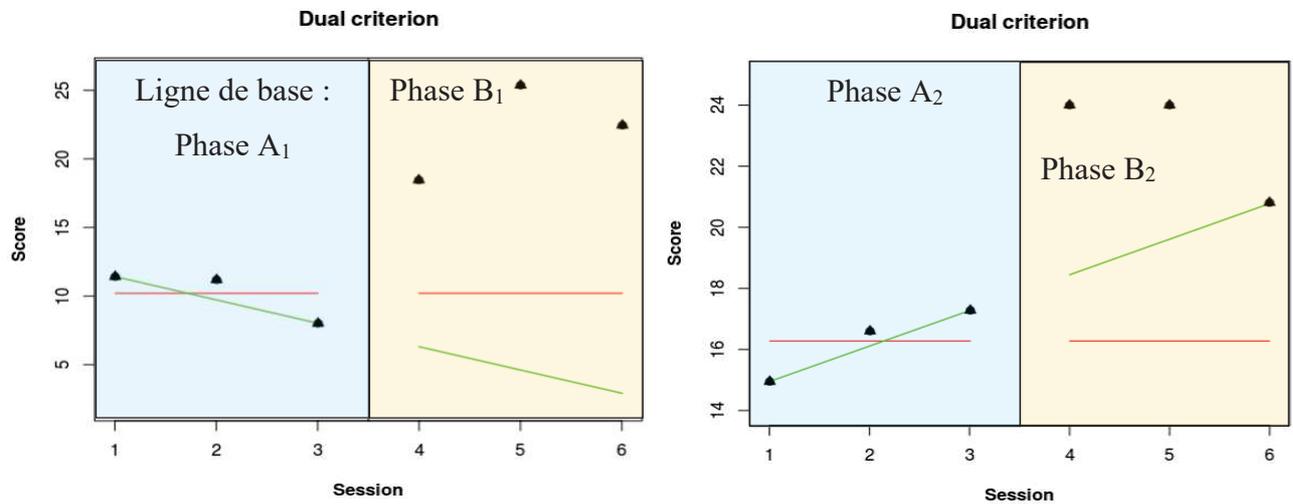


Figure 12 : Dual Criterion

Les points de la phase B₁ sont nettement au-dessus de la projection de la ligne de tendance de la phase A₁ (ligne verte), ce qui marque un effet de l'intervention. Il en est de même entre les phases A₂ et B₂ : les points de la phase B₂ sont au-dessus de la projection de la ligne de tendance de la phase A₂. Un effet de l'intervention est également constaté.

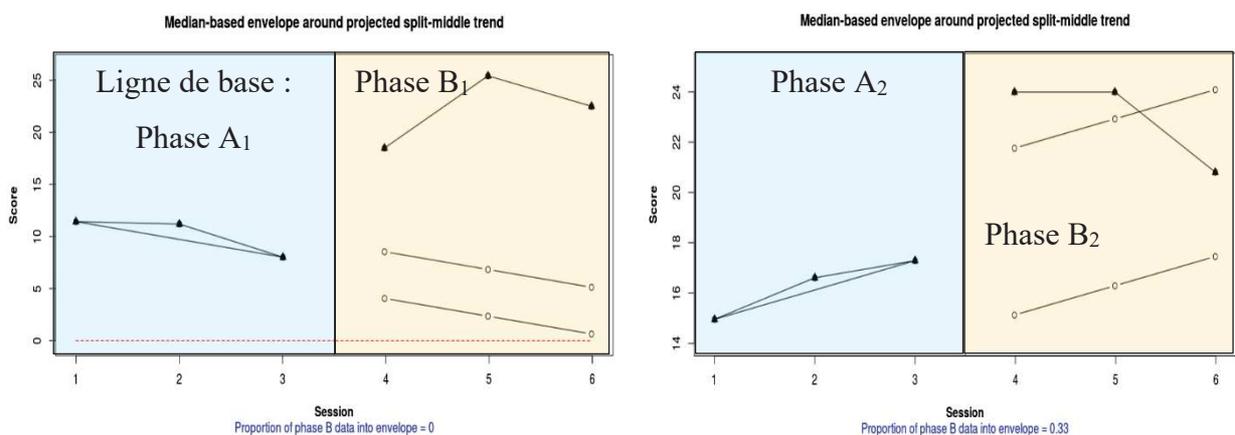


Figure 13 : Enveloppe de la ligne de tendance

Les points de la phase B₁ se situent à 100% en dehors de l'enveloppe de la ligne de tendance, et ceux de la phase B₂ à 67%. Un effet de l'intervention est donc mis en évidence.

5.2 Analyse statistique

Le NAP entre les phases A₁ et B₁ s'élève à 100%, il est également de 100% entre les phases A₂ et B₂. Respectivement la moyenne s'élève à 13,24 pour les séances sans le chien (phases A₁ et A₂) et 22,52 pour les séances avec le chien (phases B₁ et B₂). Ces résultats confirment l'amélioration avec le chien observée sur le graphique et les aides visuelles.

5.3 Scores bruts

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien	2,60	2,44	3,23				0,70	3,23	3,21				2,57
Avec le chien				2,21	9,08	2,35				1,49	1,24	1,37	2,96

Figure 14 : Fréquence des actes non verbaux hors tour de parole (nombre/minute)

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative. Aucun effet significatif de l'intervention n'a été démontré.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien	86%	59%	41%				67%	79%	76%				68%
Avec le chien				84%	73%	76%				69%	72%	66%	73%

Figure 15 : Proportion de parole pendant le tour de parole

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative. Aucun effet significatif de l'intervention n'a été démontré.

6. Madame D

6.1 Analyse visuelle

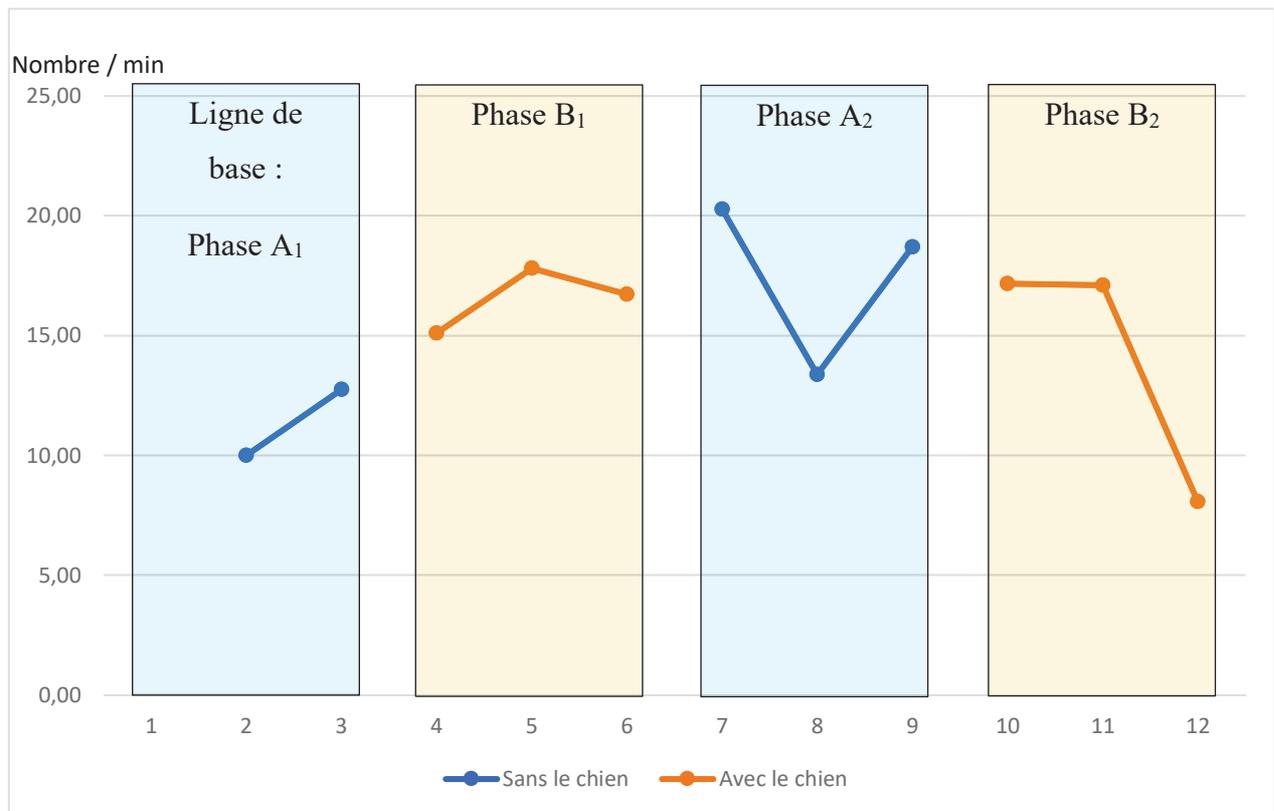


Figure 16 : Fréquence des actes non verbaux pendant le tour de parole

Nous constatons sur le graphique que les courbes sans le chien et avec le chien se chevauchent. L'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur cette patiente.

Il n'est pas nécessaire d'intégrer les graphiques issus de Manolov, ils mettent en évidence l'absence d'effet de l'intervention pour cette patiente.

6.2 Analyse statistique

Le NAP entre les phases A₁ et B₁ s'élève à 100%, il est de 22% entre les phases A₂ et B₂. Respectivement la moyenne s'élève à 15,02 pour les séances sans le chien (phases A₁ et A₂) et 15,33 pour les séances avec le chien (phases B₁ et B₂). Ces résultats corroborent l'absence d'amélioration avec le chien observée sur le graphique.

6.3 Scores bruts

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien		0,19	0,28				0,11	0	0,14				0,15
Avec le chien				0,83	0,15	0,60				0,18	0,51	0,20	0,41

Figure 17 : Fréquence des actes non verbaux hors tour de parole (nombre/minute)

La différence entre les moyennes avec le chien et sans le chien n'est pas significative. Cependant, après analyse visuelle des données, nous pouvons constater que les points des mesures répétées se chevauchent. Aucun effet significatif de la rééducation n'a donc été prouvé.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Moyenne
Sans le chien		32%	46%				49%	25%	28%				36%
Avec le chien				30%	26%	27%				13%	17%	10%	21%

Figure 18 : Proportion de parole pendant le tour de parole

L'impact du chien sur l'occupation du temps de parole n'est pas mis en évidence par ces données. Aucun effet significatif de l'intervention n'a été démontré.

DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de constater si la présence du chien renforce la communication non verbale chez des patients atteints de démence de type Alzheimer. Elle visait secondairement à vérifier si la présence du chien modifie la participation aux échanges verbaux.

1. Synthèse des résultats

1.1 Résultats obtenus pour le critère principal

Pour Mmes A et C, les analyses graphiques, visuelles et statistiques mettent en évidence une augmentation de la fréquence des gestes non verbaux en présence du chien pendant le tour de parole. Les résultats sont significatifs, les bénéfices apparaissent dès l'introduction du chien.

Pour Mmes B et D, les analyses graphiques, visuelles et statistiques n'ont pas montré une augmentation de la fréquence des gestes non verbaux en présence du chien pendant le tour de parole. L'intervention n'a pas eu d'effet significatif.

1.2 Résultats obtenus pour les critères secondaires

Pour Mmes A, B, C et D, d'après les analyses statistiques, mais également graphiques et visuelles, l'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur la fréquence des gestes non verbaux hors tour de parole et sur le taux d'occupation du tour de parole.

2. Interprétation des résultats

2.1 Interprétation des résultats obtenus pour le critère principal

Les résultats significatifs obtenus pour Mmes A et C montrent un renforcement de la communication non verbale en présence du chien pendant le tour de parole et valident partiellement notre hypothèse.

Ils vont dans le sens de ce qu'a pu constater Schiaratura (31) quant au fait que la communication non verbale des patients atteints de démence de type Alzheimer perdure au cours de la maladie. En effet, les scores obtenus par Mmes A et C sont suffisamment francs pour mettre en évidence une certaine stabilité dans la fréquence des actes non verbaux émis : les fréquences en phases de base sont comparables entre elles et les fréquences en phases d'intervention le sont également entre elles. Ce type de communication ne se détériore donc pas

chez ces deux patientes au cours des quatre mois de suivi. En revanche, les résultats de Mmes B et D présentent une grande instabilité et ne permettent pas de tirer de conclusion.

2.2 Interprétation des résultats obtenus pour les critères secondaires

Les résultats non significatifs obtenus pour Mmes A, B, C et D ne mettent pas en évidence de renforcement de la communication non verbale en présence du chien en dehors du tour de parole. Ils ne montrent pas non plus d'effet sur le taux d'occupation du tour de parole. Aucune tendance ne se dégageant de nos résultats, cela nous amène à invalider nos hypothèses.

La diminution générale du temps de parole dans les échanges relatée dans la littérature, au cours de l'évolution de la pathologie (39), n'est pas constatée dans nos résultats. En effet, les points de mesures répétées sont très instables et se chevauchent pour toutes les patientes, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion. Notons cependant que cette réduction générale du temps de parole est une évolution qui n'est perceptible que sur un temps long. La période sur laquelle nous avons travaillé avec les patientes ne s'étend que sur quatre mois ce qui paraît insuffisant pour percevoir des modifications à ce niveau.

3. Données cliniques

Au cours de notre étude, nous avons pu faire différentes constatations au niveau qualitatif. Ces dernières ne sont pas objectivables mais sont néanmoins pertinentes et permettent de mettre en lumière différents éléments cliniques induits par la présence du chien.

3.1 Atteintes mnésiques et interactions spontanées autour du chien

Les patientes n'ont éprouvé aucune difficulté à alterner les séances en présence et en l'absence du chien, et ce malgré leurs difficultés d'orientation temporo-spatiale. Leurs capacités mnésiques étant altérées, elles étaient souvent surprises d'apercevoir l'orthophoniste et moi-même arriver à leur étage, venant les chercher, pour les amener à la bibliothèque où se déroulait l'atelier. Nous devons nous présenter chaque semaine et réexpliquer en quoi consistait l'activité de groupe. Malgré ces difficultés, elles se sont souvenues assez rapidement du chien et ont demandé régulièrement s'il allait être présent aussi. Mmes A et C parvenaient même parfois à retrouver son prénom. Ces échanges autour du chien permettaient aux patientes d'interagir entre elles et avec nous en initiant la conversation, ce qui n'était pas habituel. D'ordinaire, c'était à nous d'initier les échanges verbaux. Nous avons ainsi pu constater à plusieurs reprises que le chien était très intéressant pour susciter des interactions spontanées et

contribuait au développement d'un lien fort entre les patientes et nous, et entre elles également. Il agissait ainsi comme un facilitateur social.

3.2 Dynamisme et implication induits par le chien pendant les séances

Nous notions que la présence du chien introduisait plus d'humour et de souplesse à nos échanges au cours de l'atelier de groupe. L'activité en ressortait plus dynamique, avec une plus grande implication globale des patientes. L'amélioration de la vigilance de Mme A que nous avons pu remarquer en présence du chien y est certainement liée. Elle avait en effet tendance à s'assoupir au cours des séances, ce qui n'arrivait presque jamais lorsque le chien était intégré à l'activité. Elle semblait aussi plus à l'écoute des autres en présence du chien. De manière générale, nous étions moins amenées à poser des questions pour redonner de la vigueur aux interactions.

4. Limites de l'étude

Certains paramètres nommés biais ou « ingrédients contaminants » étaient difficilement maîtrisables et ont eu un impact sur nos résultats (56). Nous y avons réfléchi en amont, au cours de l'élaboration de la méthodologie, afin de les minimiser au maximum. Il est néanmoins difficile de distinguer leur impact de celui de notre intervention, il nous a donc semblé important de les évoquer.

4.1 Limites liées à la méthodologie

4.1.a Fidélité procédurale et fidélité inter-juges

La fidélité de l'intervention, également appelée fidélité procédurale, détermine dans quelle mesure l'intervention a été réalisée comme prévue (56). N'ayant pas évalué la fidélité procédurale par manque de temps, nous ne pouvons certifier qu'aucun ingrédient contaminant n'ait altéré notre intervention. Bien que nous ayons veillé à respecter le protocole défini et à nous astreindre à notre rôle, un atelier de groupe reste une activité dynamique où l'imprévu et la spontanéité jouent un rôle important.

La fidélité inter-juges n'a pas pu être vérifiée, elle aurait nécessité une double cotation de 20% des films, impliquant un second examinateur. Un manque de temps et de ressources ne nous a pas permis la mise en place de cette double cotation.

4.1.b Spécificités de la méthodologie SCED

Nous avons décidé de réaliser trois séances pour chaque phase ABAB, ce qui correspond au minimum de mesures répétées requises pour réaliser un SCED. Avec un plus grand nombre de points par phase les résultats auraient été plus précis, mais pour des raisons pratiques, cela n'a pas été possible.

Dans le cadre d'un SCED, l'introduction de l'intervention doit se faire de manière séquentielle et randomisée dans le temps. Nous n'avons eu d'autres choix que d'introduire le chien au même moment pour chaque patiente car l'activité avait lieu sous forme d'atelier de groupe. Il s'agit d'un biais à l'étude.

4.1.c Choix des critères secondaires

Les scores obtenus pour les critères secondaires n'ont pas permis de mettre en évidence un effet significatif de la présence du chien.

Concernant le critère relatif au non verbal, étant donné qu'il portait sur les initiatives non verbales hors tour de parole, nous pouvons nous demander si elles n'étaient pas trop dépendantes du thème de la question. Cela a pu générer de grandes fluctuations, d'une séance à l'autre, et ce au sein d'une même phase.

Pour le critère relatif au verbal, la durée de quelques mois sur laquelle s'étendait l'atelier de groupe semble trop courte pour faire apparaître une tendance.

4.1.d Choix des questions

Nous avons constaté une grande instabilité entre les résultats obtenus, au sein même des phases, concernant les critères secondaires pour les quatre patientes.

Nous pouvons nous demander si ces importantes différences seraient dues au thème de la question tirée au sort. En effet, les questions posées mobilisaient certains types de mémoires et pas d'autres. Par exemple, la question « *Que faisiez-vous pour fêter les anniversaires ?* » fait appel à la mémoire autobiographique tandis que la question « *Que mangez-vous au CLS Bellevaux ?* » mobilise la mémoire épisodique. Les atteintes des types de mémoire n'interviennent pas au même moment dans la maladie et diffèrent selon les sujets (34). On peut penser que l'initiative non verbale ainsi que la participation verbale ont pu en être impactées.

Nous pouvons également nous questionner sur la connotation plus émotionnelle de certains thèmes (par exemple l'évocation des animaux, des anniversaires, de Noël). Ils pourraient susciter une plus grande motivation à parler et à être impliqué dans l'échange. Lorsque Mme C piochait des questions du type « *Que faisiez-vous pour fêter Pâques ?* »,

« *Qu'est-ce qui vous rend heureux, malheureux ?* », « *Que faisiez-vous pendant vos vacances ?* », etc. elle était amenée à parler longuement. Ces questions à connotation émotionnelle et familiale la touchaient, la faisaient pleurer lorsqu'elle évoquait son mari décédé. Elle était très engagée dans ce qu'elle partageait, nous en étions parfois amenées à devoir la canaliser dans son discours tant il était émaillé de redondances et de persévérations. Il est également arrivé qu'elle souhaite intervenir un long moment pour parler de sa famille, bien que la question ne lui fût pas destinée, voire usurper un tour de parole qui n'était pas le sien. Des interventions en dehors de son propre tour de parole étaient, en effet, possibles, mais cette activité devait se dérouler dans le respect de la parole de chacune et nous y veillions autant que faire se pouvait. Mme D a, quant à elle, tiré à plusieurs reprises la question sur le thème des animaux et ce malgré la randomisation. Nous ne pouvions malheureusement pas contrôler cela. Nous nous interrogeons sur l'effet de ces répétitions sur les scores obtenus.

Il aurait été donc intéressant d'inclure dans nos analyses la propriété thématique afin de vérifier son impact sur les résultats obtenus.

4.1.e Activité de groupe

L'activité de groupe n'a pas permis la randomisation du début de l'intervention, les patientes ont en effet commencé les séances avec le chien au même moment. Notons également que cette configuration d'atelier de groupe fait que les comportements communicationnels des unes ont influencé ceux des autres. La plus grande motivation de l'une pour certains sujets a pu impacter les résultats d'une autre. Par exemple Mme C que nous avons citée dans le paragraphe 4.1.d, en se saisissant de la question posée à Mme B pendant la séance 5 (cf partie Résultats, figures 9 et 14), réduisait le temps de parole de celle-ci et inhibait aussi l'initiative verbale des autres patientes.

4.1.f Grille GECCO

Nous avons utilisé la grille GECCO de Thierry Rousseau pour coter les actes non verbaux produits par les patientes. Cette évaluation repose sur notre observation clinique, qui est malgré tout soumise à une certaine subjectivité. En effet, certains éléments évalués sont complexes et étant donné le manque de fidélité inter-juges, cela constitue une des limites de notre étude. Par exemple, nous nous demandons si les silences cotés en actes non verbaux rentraient réellement dans cette catégorie ou s'il s'agissait plutôt de troubles d'évocation (manque du mot).

Nous pouvons également nous demander si la grille utilisée est pertinente dans son intégralité pour évaluer la communication non verbale. Elle inclut, en effet, un item paraverbal en y intégrant la cotation des silences. Nous nous interrogeons sur l'influence de cet élément paraverbal sur nos résultats.

4.1.g Difficultés à connaître l'origine de certains résultats

On observe pour les trois dernières séances de Mme D une chute brutale du taux d'occupation du tour de parole. Il est raisonnable de penser que cette baisse n'est pas attribuable à la présence du chien mais à un événement extérieur. En effet, le taux d'occupation du tour de parole est resté relativement constant entre les séances 1 et 9, avec ou sans présence du chien. Certains résultats peuvent ainsi être le fruit d'éléments extérieurs plutôt que de notre intervention.

4.2 Limites liées aux patientes

Etant donné la défection de Mme E, seuls deux points de mesure ont été effectués pour la ligne de base de Mme D, ce qui est insuffisant. Une méthodologie SCED requiert en effet au minimum trois points de mesures répétées. Pour des raisons organisationnelles, il n'était malheureusement pas possible de rajouter une séance supplémentaire en phase de base pour atteindre ces trois points de mesure.

Au moment où nous avons inclus Mme D dans l'étude, nous savions qu'elle suivait des séances de médiation avec le chien chaque semaine avec la kinésithérapeute-zoothérapeute de l'établissement juste avant notre atelier de groupe. N'ayant pas trouvé d'autres patients répondant à nos critères, nous n'avions pas la possibilité de faire autrement. Sa participation à cette activité avec le chien a pu affecter ses interactions avec ce dernier et impacter nos résultats.

Le dysfonctionnement des appareils auditifs de Mme B, durant la séance 11, a entraîné un changement de procédure. Nous avons communiqué avec elle par écrit à l'aide d'une ardoise. Mme B était très angoissée d'être « coupée » des autres, ce qui se traduisait par un discours confus. Mme A en était très agacée et se trouvait à la taquiner, voire la rabrouer. Mme B, ne l'entendant pas, ne réagissait pas. Ce changement a donc eu un impact sur la communication des patientes entre elles et avec nous. Nous ignorons cependant quel a pu être l'effet réel de ce changement sur les résultats obtenus. Quoiqu'il en soit, nous ne notons aucun score aberrant lors de cette séance pour les différentes patientes. Comme cité dans le 4.1.e, nous nous trouvons dans une situation de groupe, les comportements communicationnels s'inter-influencent entre

toutes les patientes, c'est peut-être pour cette raison que les scores de cette séance ne diffèrent pas significativement des autres.

5. Éléments à prendre en compte mais ne semblant pas avoir impacté les résultats

5.1 Ligne de base non stable

Dans un SCED, avant de commencer l'intervention, nous devons théoriquement attendre que la ligne de base soit suffisamment stable pour pouvoir passer à la phase d'intervention. L'objectif est, en effet, de pouvoir démontrer un changement induit par l'intervention. Aucune de nos patientes n'a eu de ligne de base stable mais un effet significatif de l'intervention a néanmoins été obtenu pour deux des quatre patientes, révélant ainsi un changement. La stabilité de la ligne de base reste en effet à nuancer, il est normal qu'une tendance à l'amélioration soit observée avec la régularité de l'activité de groupe (57). Notons également que selon Krasny-Pacini (56), en pratique, les mesures de la ligne de base sont rarement stables.

5.2 Qualification de démence de type Alzheimer malgré l'absence de diagnostic

Les patientes n'ont pas passé tous les examens nécessaires à la pose d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Cela s'explique par la difficulté à faire passer un ensemble de tests exhaustifs à des patients âgés et très fatigables sans les mettre dans un état de mal-être. Etant donné les profils décrits dans les bilans réalisés par l'orthophoniste ainsi que les documents rédigés par des médecins indiquant une « suspicion de démence de type Alzheimer », il semble que la qualification d'atteinte de « démence de type Alzheimer » était justifiée et que l'absence de diagnostic ne remet pas en cause la validité des résultats.

5.3 Apraxie visuo-constructive

La présence d'une apraxie visuo-constructive, évaluée dans le cadre de la passation du MMSE, chez trois des quatre patientes, aurait pu être considérée comme ingrédient contaminant. Nous n'avons cependant pas constaté d'impact sur le bon déroulement de l'activité. Cet élément n'a donc pas été pris en considération dans l'analyse de nos résultats.

5.4 Difficultés visuelles de Mme A

Nous redoutions au départ l'éventualité d'un effet contaminant des difficultés visuelles de Mme A sur ses résultats. D'après nos observations durant les séances, ses troubles ne l'ont pas mise en difficulté lorsqu'elle piochait sa question dans le panier transporté par le chien ou

moi-même. La lecture des questions par l'animatrice ou moi-même a également évité une incidence des difficultés visuelles. Au regard des résultats exploitables obtenus et de nos observations cliniques, ces troubles ne semblent pas avoir eu d'effet sur l'activité que ce soit avec le chien ou sans le chien.

5.5 Gestes d'affection entre les patientes et le chien

Pendant les séances, lorsqu'il était présent, le chien avait pour mission de transporter le panier à questions. Afin de rendre les résultats des séances comparables, qu'elles soient réalisées avec ou sans le chien, nous veillions à ce que le chien s'astreigne à sa « mission » afin de respecter au mieux les exigences méthodologiques du SCED. Les patientes étaient néanmoins parfois amenées à caresser le chien en début ou fin de séance ou pendant qu'elles piochaient la question. Ces échanges tactiles avec le chien étaient importants tant pour les patientes que l'animal. Des demandes de gestes d'affection venant des deux côtés, il aurait été inopportun de stopper ces échanges seulement pour le bien fondé du protocole car cela aurait suscité frustration et mal-être. Bien que nous soyons dans le cadre d'une étude, nous ne pouvons réfréner ces élans affectifs qui se créent au sein d'une dynamique d'activité de groupe. Nous avons veillé à ne pas quantifier ces échanges physiques sur la grille afin de ne pas impacter les résultats.

6. Points forts de l'étude

6.1 Degrés de sévérité de démence comparables

Les patientes incluses dans l'étude présentent un degré de sévérité de démence comparable. Peu de patients répondant à tous les critères attendus au Centre de Long Séjour, il n'a pas été simple de respecter ce critère de sélection.

6.2 Assiduité des patientes

Les patientes ont été présentes à chaque séance, excepté Mme D pour la séance 1. Cette assiduité a permis l'obtention d'un nombre suffisant de prises de mesures par phase, permettant des analyses visuelles, graphiques et statistiques des résultats.

6.3 Respect de la procédure

Il n'y a pas eu de changement au cours de la procédure, excepté pendant une séance pour Mme B (séance 11). Les séances se sont déroulées de manière comparable avec le chien et sans le chien.

6.4 Validité de la grille de cotation utilisée

La grille GECCO de Thierry Rousseau est un outil qui présente une bonne validité, faisabilité et fiabilité (51), (52).

6.5 Précision des données relevées

Le fait de filmer les séances a permis une grande précision pour la cotation des actes non verbaux et le chronométrage du temps de parole. Les situations de communication étaient très riches, il était donc nécessaire d'analyser a posteriori les séances pour le faire de manière rigoureuse et correcte.

7. Intérêts de l'étude

7.1 Réplicabilité

Cette étude a été réalisée de manière très rigoureuse et est décrite suffisamment précisément quant au déroulement et aux outils utilisés pour être répliquable.

7.2 Intérêts de la méthodologie SCED

La méthodologie SCED permet d'inclure peu de patients, qui ne sont pas nécessairement comparables les uns aux autres, ce qui est très intéressant dans le cadre de la démence de type Alzheimer. En effet, ces patients présentent des profils et des atteintes assez différentes. Cette méthodologie est donc pertinente pour les études en orthophonie.

7.3 Intérêts de filmer les séances

Cette étude a mis en avant l'intérêt de filmer les séances. Il est en effet tout à fait pertinent de prendre le temps a posteriori d'étudier des vidéos de séances, afin de faire une analyse fine, précise et rigoureuse de certains éléments et d'obtenir des résultats quantitatifs corrects.

7.4 Intérêts de la prise en soin en groupe

Nous avons trouvé cette démarche de prise en soin de groupe intéressante. Cette configuration semble judicieuse pour le travail autour du langage et de la communication et présente un intérêt certain pour dynamiser les échanges. Nous trouvons qu'il est d'autant plus opportun de le proposer dans des structures de lieu de vie car sa fréquence favorise le lien social de personnes qui sont amenées à se fréquenter quotidiennement.

7.5 Intérêts pour les patients âgés atteints de démence de type Alzheimer

Cette étude s'est centrée sur une population âgée et atteinte d'une maladie dégénérative. Ces caractéristiques induisent une vulnérabilité et une fragilité de ces personnes parfois délaissées par leur entourage familial et souffrant de solitude. Nous avons constaté que des prises en soin étaient possibles, malgré l'évolution inévitable de la maladie, et qu'un mieux-être pouvait être apporté. Nous espérons que ce travail incite et suscite l'envie des soignants de continuer de se former et de s'investir auprès de ces personnes. C'est un enjeu important étant donné le vieillissement actuel de la population.

7.6 Importance de la prise en compte de la communication non verbale

La communication non verbale représente une grande part de la communication. Elle n'est cependant pas forcément suffisamment prise en compte par les soignants, ce qui entraîne parfois des situations compliquées qui auraient pu être évitées. Par exemple, le patient peut se montrer opposant ou agressif car sa demande formalisée de manière non verbale n'a pas été comprise. Nous espérons que notre mémoire a pu rappeler l'importance de cette communication. Par ailleurs, le fait d'intégrer l'animal peut peut-être faciliter la considération de cette communication car en sa présence le soignant pourrait ne pas uniquement prêter attention aux signaux verbaux mais être également sensible à ses autres perceptions (visuelles, tactiles, etc.).

7.7 Meilleure connaissance des interventions assistées par l'animal

Nous avons axé notre étude sur les apports possibles de l'animal dans les prises en soin thérapeutiques. Nous espérons à travers notre travail avoir permis une meilleure compréhension de ce qu'impliquaient les interventions assistées par l'animal, notamment en orthophonie. Ce mémoire encouragera peut-être les établissements à intégrer ces pratiques à leurs prises en soin, malgré les coûts importants générés (formation du personnel, frais pour l'acquisition, le nourrissage, la santé du chien, démarches administratives nécessaires, etc.).

7.8 Démarche réflexive sur notre pratique autour du bien-être du chien

Notre étude nous a amenés à prendre en considération les conséquences de l'activité proposée sur le bien-être du chien. Nous avons perçu dans quelle mesure l'inclure en tant que simple présence n'était pas approprié pour répondre à ses besoins. Ces questionnements nous ont positionnés dans une démarche réflexive. C'est cette même démarche qui jalonne la pratique

de tout thérapeute. Il se questionne continuellement sur ses choix thérapeutiques, leur pertinence, leur efficacité, leur effet etc.

8. Poursuite de l'étude

8.1 Démence de type Alzheimer et émotion

Afin de rendre plus précis nos résultats quant à l'effet de la présence du chien sur la communication non verbale, il paraîtrait pertinent d'approfondir le versant émotionnel dans une prochaine étude. En effet, nous avons pu constater chez nos patientes que la présence du chien suscitait des émotions (par exemple, elles évoquaient spontanément les chiens qui avaient partagé leur vie). Lors de la cotation des actes non verbaux, il y aurait un intérêt à bien distinguer les actes exprimant une émotion (expressivité du regard, expressions faciales, etc.) des autres. Nous pouvons nous demander si ce sont ces actes non verbaux qui augmentent préférentiellement. Nous n'avons malheureusement pas pu approfondir cet aspect, nous avons néanmoins constaté qu'il existait dans la littérature des écrits associant démence de type Alzheimer et émotion (par exemple les articles de Schiaratura et de Rousseau).

8.2 Piste du phoque Paro et des autres animaux robots

Autre piste intéressante : que penser du Phoque Paro ? Il s'agit d'un robot émotionnel d'assistance thérapeutique utilisé auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Par son comportement « reproduisant » celui de l'animal, il s'agit peut-être d'un outil supplémentaire à utiliser en l'absence d'un chien médiateur (intervenant ponctuellement) ou pour les structures qui ne peuvent pas intégrer de réels animaux. L'intervention d'un animal plus familier que le phoque, par exemple un chat robot, serait peut-être encore plus judicieux. Il pourrait susciter un lien émotionnel plus fort du fait de sa familiarité. Quel que soit l'animal robot choisi, on peut se demander s'il pourrait réellement se substituer à l'animal médiateur. Les échanges ne sont en effet pas réciproques, il ne se font que dans un sens : de l'humain vers l'animal robot. Il serait très intéressant d'étudier l'impact de la présence de ces robots sur la communication non verbale et de comparer les résultats obtenus à ceux induits par la présence d'un chien.

8.3 Effets de la présence active du chien sur la communication non verbale

L'objectif de notre recherche était d'étudier l'impact de la présence du chien sur la communication non verbale dans le cadre d'un atelier thérapeutique. Nous n'avons pas étudié les effets d'une présence active du chien, ni les effets induits par les interactions spontanées

créées entre les humains et l'animal. Nous encourageons d'autres études à explorer cette piste, avec l'utilisation de différentes méthodologies. Il paraît envisageable d'employer la méthodologie SCED avec une phase de base en présence passive du chien médiateur et une phase d'intervention où son rôle est actif afin de neutraliser l'écueil avec / sans animal.

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude sur quatre patientes, atteintes de démence de type Alzheimer à un stade modéré, sous forme d'atelier thérapeutique en groupe impliquant un chien afin d'évaluer l'impact de sa présence sur la communication non verbale et secondairement sur la communication verbale.

Nos résultats montrent que cette intervention permet un renforcement de la communication non verbale pendant le tour de parole pour deux des quatre patientes, validant ainsi partiellement notre hypothèse. Ces résultats sont très encourageants : ils présagent un impact d'une thérapie assistée par l'animal avec un chien médiateur actif sur la communication non verbale de patients atteints de démence de type Alzheimer. En effet, si la seule présence du chien suffit à induire un effet, il semble réaliste d'espérer qu'intégrer un chien médiateur actif influencerait également. Cette étude prend donc son sens, on peut la qualifier d'étude préalable à une étude avec un chien actif.

Nos résultats relatifs aux critères secondaires n'étaient pas concluants. Nous avons donc invalidé nos hypothèses secondaires sur le renforcement de la communication non verbale hors tour de parole et l'augmentation d'occupation du tour de parole.

Les résultats obtenus pourraient donner envie à d'autres étudiants en orthophonie, ou en d'autres domaines, d'approfondir l'étude avec d'autres animaux, de la placer dans le cadre d'une activité thérapeutique avec un chien médiateur actif, etc. Il semble pertinent d'aller plus loin afin d'améliorer la prise en soin des patients atteints de démence de type Alzheimer et de leur permettre de communiquer le plus longtemps possible malgré l'évolution inéluctable de la maladie.

L'implication du chien en tant que simple présence dans le cadre d'une activité thérapeutique ne semble pas satisfaisante. Il nous est apparu, lors des séances, que le besoin

d'interaction entre tous les protagonistes (humains et chien) n'avait pas été suffisamment respecté étant donné le peu de place accordé à la spontanéité. L'intégration du chien dans les prises en soin de la communication en orthophonie semble néanmoins une bonne piste au vu des résultats de notre étude ainsi que des données de la littérature. Le chien est un excellent médiateur et un très bon catalyseur social. Son intégration dans les activités suscite une plus grande motivation chez les patients et les incite à communiquer avec leur environnement.

Nous espérons que ce mémoire encouragera les soignants à prêter une plus grande attention à la communication non verbale de leurs patients. Souvent oubliée, elle représente pourtant une part importante de la communication.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gouabault E, Burton-Jeangros C. L'ambivalence des relations humain-animal: Une analyse socio-anthropologique du monde contemporain. *Sociol Sociétés*. 2010;42(1):299-324.
2. Montagner H. L'Enfant et l'Animal - Les émotions qui libèrent l'intelligence. Odile Jacob; 2002.
3. Levinson BM. The dog as a « co-therapist. » *Ment Hyg N Y*. 1962;46:59-65.
4. Beiger F. L'enfant et la médiation animale - Une nouvelle approche par la zoothérapie. Dunod; 2008.
5. Servais V. La relation homme-animal. La relation à l'animal peut-elle devenir significative, donc thérapeutique, dans le traitement des maladies. *Enfances Psy*. 2007;2(35):46-57.
6. Grandgeorge M, Mckandie S, Roblin C. Livre blanc de l'IAHAIO. 2015.
7. Beiger F, Dibou G. La zoothérapie auprès des personnes âgées - Une pratique professionnelle Une pratique professionnelle. Dunod; 2017.
8. Sillou J-M. Efficacité de la thérapie assistée par l'animal sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence [Thèse de Psychologie]. Côte d'Azur; 2016.
9. Jean A, Beiger F. Autisme et zoothérapie. Dunod; 2011.
10. Parish-Plass N. Animal-Assisted Therapy with Children Suffering from Insecure Attachment Due to Abuse and Neglect: A Method to Lower the Risk of Intergenerational Transmission of Abuse? *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1 janv 2008;13(1):7-30.
11. Mormede P, Boisseau-Sowinski L, Chiron J, Diederich C, Eddison J, Guichet J-L, et al. Bien-être animal : contexte, définition, évaluation. *INRA Prod Anim*. 2018;145-62.
12. Delfour F. Ethologie et bien-être de l'animal utilisé dans les T.A.A. In Paris; 2008.
13. Immelmann K. Dictionnaire de l'éthologie. Mardaga. 1995. (Psychologie et sciences humaines).
14. Winkin Y. La nouvelle communication. Paris: Seuil; 1981.
15. Cosnier J. Communication non verbale et langage. *Psychol Médicale*. 1977;9(11):2033-49.
16. Picard D, Edmond M. L'école de Palo Alto. 2ème édition. Presses Universitaires de France; 2015.
17. Ruesch J, Bateson G. Communication et société. Seuil; 1997.
18. Ploton L, Broyer G. Maladie d'Alzheimer : à l'écoute d'un langage. Lyon: Chronique Sociale; 1996.

19. Schiaratura LT. Analyse et interprétation psychologiques des comportements corporels en situation de communication interpersonnelle. *Methodos* [Internet]. 23 avr 2013 [cité 2 juill 2019];(13). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/methodos/3013>
20. Mehrabian A, Morton W. Decoding of Inconsistent Communications. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1967;109-14.
21. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DDA. Une logique de la communication. Points; 2014.
22. Delamarre C. Alzheimer et communication non verbale. Dunod; 2014.
23. Ekman P, Friesen W. The Repertoire of Nonverbal Behavior: Categories, Origins, Usage, and Coding. *Semiotica*. 2009;1(1):49–98.
24. Labourel D. Communication non verbale et aphasie. In: Rééduquer le cerveau: logopédie, psychologie, neurologie. Bruxelles: P. Mardaga; 1981. (Psychologie et sciences humaines).
25. Rousseau T. GECCO (Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer) - Manuel d'utilisation [Internet]. 2016. Disponible sur: https://gecco.orthoedition.com/pdf/GECCO_2016_manuel_d_utilisation.pdf
26. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. *Synerg Pol*. 2008;(5):21-30.
27. Rousseau T. Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication. Elsevier Masson; 2018. 160 p.
28. Fernandez-Dols JM, Carroll JM. Is the meaning perceived in facial expression independent of its context? In: Fernández Dols JM, Russell JA, éditeurs. *The psychology of facial expression*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 1997. (Studies in emotion and social interaction).
29. Brin F, Courrier C, Lederlé E, Masy V. Dictionnaire d'orthophonie. Ortho Edition. 2004. 303 p.
30. Cardebat D, Aithamon B, Puel M. Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer. In: *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille: Solal; 1995. p. 213-23.
31. Schiaratura LT. La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2008;6(3):183-8.
32. Sarazin M, Lagarde J, Roué-Jagot C. Maladie d'Alzheimer. *EMC - Psychiatr*. 2016;14(2):1-15.
33. Rigaud A-S. Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin. *Gerontol Soc*. 2001;24(97):139-50.
34. Sellal F, Kruczek E. Maladie d'Alzheimer. Rueil-Malmaison: Doin; 2001. 145 p.

35. Eustache F, Giffard B, Rauchs G, Chételat G, Piolino P, Desgranges B. La maladie d'Alzheimer et la mémoire humaine. *Rev Neurol (Paris)*. 2006;162(10):929-39.
36. F. Eustache, Desgranges B. Mémoire et ses troubles. *EMC - Neurol*. 2017;14(4):1-14.
37. Fryer-Morand M, Delsol R, Nguyen DBH, Rabus M-T. Le syndrome dysexécutif dans la maladie d'Alzheimer : à propos de 95 cas. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2008;8(45):23-9.
38. Benoit M, Brocker P, Clement J-P, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, et al. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. *Rev Neurol (Paris)*. 2005;161(3):357-66.
39. Barkat-Defradas M, Sophie M, Duarte LR, Brouillet D. Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer. In 27ème journée d'études sur la parole, Avignon; 2008. p. 5.
40. Wesenberg S, Mueller C, Nestmann F, Holthoff-Detto V. Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics*. 2019;19(3):219-27.
41. Tribet J, Boucharlat M, Myslinski M. Animal-assisted therapy for people suffering from severe dementia. *L'Encéphale*. 2008;34(2):183-6.
42. Charbonnier L. Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : quels bénéfices pour la communication? [Mémoire d'orthophonie]. Nice-Sofia-Antipolis; 2010.
43. Perkins J, Bartlett H, Travers C, Rand J. Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. *Australas J Ageing*. 2008;27(4):177-82.
44. Degiovani R. La place de l'intervention orthophonique dans le parcours de vie des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2008;8(46):37-42.
45. Rousseau T. Communication et maladie d'Alzheimer - Évaluation et prise en charge. Isbergues: Ortho Edition; 1999.
46. Gabriels RL, Pan Z, Dechant B, Agnew JA, Brim N, Mesibov G. Randomized Controlled Trial of Therapeutic Horseback Riding in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 2015;54(7):541-9.
47. Juhel J. Les protocoles individuels dans l'évaluation par le psychologue praticien de l'efficacité de son intervention. *Prat Psychol*. 1 sept 2008;14(3):357-73.
48. Carreel C. Value of conversation groups in institutions for the elderly. *Rev Laryngol - Otol - Rhinol*. 1990;111(4):319-23.
49. Brossard B. Un test rudimentaire mais pratique. Enquête sur le succès du Mini-Mental State Examination. *Sci Soc Santé*. 2014;32(4):43-70.
50. Rigaud A-S, Forette F. Maladie d'Alzheimer : vision d'ensemble, aspects cliniques, facteurs de risque et prévention. *Med Sci*. 2002;18(6-7):689-96.

51. Delaroche F, Rochard A. Etude de la faisabilité et de la fidélité d'une grille d'analyse des capacités de communication des patients atteints de démence de type Alzheimer. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. [Mémoire d'orthophonie]. Tours; 1996.
52. Barbedienne C, Wickart A, Rousseau T. Dépistage des troubles de la communication chez le patient Alzheimer : élaboration de la GECCO dépistage. *Glossa*. 2013;(112):40-60.
53. Lobo MA, Moeyaert M, Baraldi Cunha A, Babik I. Single-Case Design, Analysis, and Quality Assessment for Intervention Research. *J Neurol Phys Ther*. 2017;41(3):187.
54. Manolov R, Sierra V, Solanas A, Botella J. Assessing functional relations in single-case designs: quantitative proposals in the context of the evidence-based movement. *Behav Modif*. 2014;38(6).
55. Parker R, Vannest K. An improved effect size for single-case research : nonoverlap of all pairs. *Behav Modif*. 2009;40(4):357-67.
56. Krasny-Pacini A, Chevignard M. Considérations pratiques sur les difficultés méthodologiques inhérentes aux protocoles de rééducation chez l'enfant. *Approche Neuropsychol Apprentiss Chez Enfant*. 2017;29(146):41-8.
57. Seguin C, Habib M, Krasny-Pacini A, Lefebvre C, Majerus S, Peyroux E, et al. Rééducation cognitive chez l'enfant - Apport des neurosciences, méthodologie et pratiques. 1ère édition. De Boeck Supérieur; 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle d'évaluation pour l'éducation du chien (tirée de *La zoothérapie auprès des personnes âgées : une pratique professionnelle*, Beiger et Dibou, 2017)

Tableau 5.1. Échelle d'évaluation pour l'éducation du chien

Nom du chien : Semaine du :

	Pas acquis	En cours	Acquis	Commentaire
Socialisation				
Envers les humains				
Envers le monde extérieur				
Aux bruits				
Le rappel				
La marche en laisse				
Assis				
Couché				
Debout				
L'absence du maître				
Le rapport d'objets				
Jeu des boîtes				
Le stop à distance				
La marche sans laisse				
Position				
L'allure générale				
Le refus d'appâts				
Observations				

Annexe 2 : Charte d'éthique et de déontologie du syndicat national français des zoothérapeutes et intervenants en médiation par l'animal

Le Syndicat National Français des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation par l'Animal a mis en place une Charte d'Éthique et de Déontologie spécifiquement adaptée aux besoins des intervenants professionnels en zoothérapie et/ou en médiation par l'animal.

Tout professionnel, qu'il soit dans la santé, dans le social ou dans l'enseignement spécialisé, pour adhérer au Syndicat National Français des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation par l'Animale, devra au préalable, avoir suivi une formation à l'Institut Français de Zoothérapie.

Explications des abréviations employées dans cette Charte.

T.M.A. = Thérapie par la Médiation d'un Animal

A.E.M.A. = Activité Éducative par la Médiation d'un Animal

A.A.M.A. = Animation Assistée par la Médiation d'un Animal

Dans cette Charte, le mot « **intervenant**, » désigne le professionnel qui exerce les activités citées ci-dessus selon son métier santé, social ou de l'enseignement spécialisé de base et son projet de travail.

INTRODUCTION

La présente Charte d'Éthique et de Déontologie a pour objet de servir de règlement professionnel aux personnes qui ont recours à l'appellation « Intervenants Professionnels en Médiation par l'Animal » ou qui sont déjà thérapeute de par leur métier de base, médecin, infirmière, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, psychologue, psychanalyste, psychothérapeute, et qui peuvent donc prétendre à la spécialisation de zoothérapeute quels que soient leur mode d'exercice et leur cadre professionnel. Sa finalité est avant tout de protéger les bénéficiaires et les professionnels de la santé, du social et de l'enseignement spécialisé.

Les entités professionnelles signataires de la présente Charte, s'emploient à la respecter. L'adhésion au **Syndicat National Français des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation par l'Animal** implique l'engagement à accepter les dispositions de la Charte.

LES FONDEMENTS

La complexité des situations rencontrées dans les différents domaines du soin, du social et de l'enseignement spécialisé s'oppose à la simple précaution systématique de règles pratiques. Accepter et respecter les règles de la présente Charte d'Éthique et de Déontologie s'appuie sur une réflexion et une aptitude d'évaluation dans l'observation des fondements suivants :

1/ Respect des droits de la personne

L'intervenant en médiation par l'animal réfère son travail aux principes édictés par les législations nationales, européenne et Internationale qui reposent sur le respect des droits fondamentaux des personnes, notamment sur leur dignité, leur liberté et leur protection. L'intervenant professionnel n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Pour les mineurs avec l'autorisation des parents ou du tuteur et obligatoire.

L'intervenant préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collaborateurs. Il doit également respecter le principe essentiel que nul n'est tenu de révéler quoi que soit sur lui-même. Il se refuse aussi à toute discrimination et considère les personnes dans leur ensemble et leur particularité.

2/ Respect des droits des animaux

L'intervenant réfère son travail avec les animaux médiateurs aux principes édictés par la Déclaration Universelle des Droits de l'Animal. Toute vie animale a droit au respect. Aucun animal ne doit être soumis à de mauvais traitements ou à des actes cruels. L'animal, avec lequel l'intervenant en médiation animale travaille sous sa responsabilité a droit à un entretien et à des soins attentifs. L'Intervenant professionnel n'intervient qu'avec un animal médiateur ayant reçu une éducation spécifique qui lui permet d'être « Animal Médiateur ». L'intervenant ne doit travailler qu'avec un animal en bonne santé. Il est le seul responsable envers son animal. L'animal médiateur ne doit représenter en aucun cas un danger envers le bénéficiaire de la médiation par l'animal et vice versa.

3/ Aptitude

L'intervenant met ses savoirs et ses connaissances régulièrement à niveau, par le biais de la formation continue que l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) organise sous forme de séminaires, de colloques, de stages, d'Université de Travail... Sachant que l'Institut Français de Zoothérapie reste à l'écoute de chacun et apporte par le biais de scientifiques, de participation à des colloques, de réunion avec le corps médical, un contenu innovant dans le domaine de la médiation par l'animale.

Chaque intervenant est responsable de ses aptitudes et ses compétences particulières et définit ses propres limites, en rapport à ses formations et à ses expériences. Il doit refuser toute intervention de sa part lorsqu'il sait ne pas être en capacité de répondre à la demande.

4/ Responsabilité

Outre les responsabilités définies par la législation commune, l'intervenant a une responsabilité professionnelle. Il veille à ce que ses interventions soient conformes aux règles de la dite Charte. Dans le cadre de ses aptitudes professionnelles, l'intervenant en thérapie utilisant la médiation par l'animal, l'intervenant en activité éducative par médiation par l'animal ou l'animateur assistée par médiation par l'animal prend la responsabilité du choix et de l'application des méthodes et des moyens techniques qu'il conçoit et qu'il met en activité. De la sorte, il répond personnellement à ses choix et aux conséquences directes des actions professionnelles qu'il a mises en place.

5/ Intégrité

L'intervenant a un devoir d'honnêteté dans toutes ses relations professionnelles. Ce devoir fonde l'analyse des règles déontologiques et son effort continu pour perfectionner ses interventions, définir ses manières et commenter ses objectifs.

6/ Valeur scientifique

Les pratiques d'interventions choisies par l'intervenant en médiation par l'animale doivent pouvoir faire l'objet d'une interprétation raisonnée de leurs fondements théoriques et de leur construction. Toute évaluation doit pouvoir faire l'objet d'un débat contradictoire entre professionnels.

7/ Respect du but assigné

La mise en place par l'intervenant répond aux motifs de ses interventions et à eux seulement. Tout en mettant en place son intervention dans le respect du but demandé, il doit également prendre en considération les utilisations possibles qui peuvent éventuellement en être faites par des tiers. L'intervenant est soumis à une obligation de capacité quant aux intentions de son concours.

8/ Autonomie professionnelle

L'intervenant professionnel, ne peut aliéner l'indépendance nécessaire à l'exercice de sa spécialité sous quelque forme que ce soit.

9/ Modalité de conscience

Dans tout état de cause où l'intervenant professionnel estime ne pas pouvoir respecter ces fondements, il est en devoir de faire jouer la clause de conscience.

EXIGENCES PROFESSIONNELLES

Les clauses des interventions professionnelles en médiation animale

Article 1

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. doit exercer dans les domaines liés à ses qualifications. Celles-ci s'apprécient notamment par ses formations initiales, ses formations spécialisées ainsi que par d'autres formations spécifiques éventuelles. Elle s'apprécie également par ses expériences pratiques et par ses travaux d'approfondissement sur la médiation par l'animal.

Article 2

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. fait respecter la spécificité de son activité et son autonomie technique. Il respecte celle des autres professionnels avec lesquels il collabore dans l'exercice de son travail.

Article 3

L'Intervenant accepte les services qu'il estime compatibles avec ses compétences, sa façon de pratiquer, ses fonctions et qui ne contreviennent ni aux dispositions de la présente Charte, ni aux dispositions législatives en vigueur.

Article 4

Le fait que l'intervenant soit lié dans sa mission par un contrat, une convention à tout organisme public ou privé, ne modifie par ses devoirs professionnels et en particulier, les droits du secret professionnel et le choix de ses décisions. Il doit faire état de la présente Charte à l'organisme avec lequel il est lié dans son travail et il doit s'y référer.

Article 5

Avant toute intervention, l'intervenant doit s'assurer du consentement des personnes qui participent à la prise en charge.

Article 6

Avant toute intervention, l'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. doit consulter les professionnels de l'établissement où il exerce sa mission afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication par rapport à l'état psychosomatique de la personne prise en charge.

Article 7

Lors d'une prise en charge pour des mineurs ou des majeurs protégés par une tutelle, l'intervenant a l'obligation d'avoir le consentement de l'autorité parentale ou de la tutelle ainsi que l'acceptation du mineur ou du majeur protégé.

Article 8

L'intervenant n'utilise pas de sa situation à des fins personnelles de prosélytisme ou d'aliénation d'autrui. Il ne doit pas répondre à la demande d'un tiers qui recherche un avantage illicite ou immoral, ou qui pourrait faire acte d'autorité abusive dans le recours de ses exercices.

Article 9

L'intervenant ne peut s'agréer de sa fonction pour avaliser un acte illégal. Conformément aux dispositions de la loi pénale en matière de non assistance à personne en danger, il lui est donc fait obligation de signaler aux autorités compétentes chargées de l'application de la Loi, toute situation qui mettrait en danger l'intégrité des personnes.

Dans le cas où ces informations seraient à caractère confidentiel mais qui présentent des situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique du bénéficiaire, l'intervenant évalue en conscience la conduite à tenir et doit immédiatement en rendre compte à la Direction de l'établissement où il exerce sa mission.

Article 10

Tout document provenant de l'intervenant, (bilan, synthèse, grille d'observation, compte-rendu, courrier...) doit porter son nom, l'identification de sa fonction, ses coordonnées professionnelles, sa signature ainsi que la mention du bénéficiaire et le nom du destinataire du document. L'intervenant ne peut accepter que d'autres que lui modifient, signent, ratent ou annulent les documents relevant de son activité professionnelle d'intervenant en médiation par l'animal.

L'intervenant ne remet ces documents aux personnes concernées que lors d'une réunion avec toutes les personnes faisant partie du protocole de la mise en place de la mission.

Article 11

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. doit disposer de tous les moyens techniques suffisants en rapport avec ses interventions professionnelles. Il veille à ce que les lieux soient adaptés à son exercice et permettant de respecter la présente Charte, notamment en matière de secret professionnel.

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. ne doit pas accepter comme lieu d'exercice un couloir ou un endroit où il y a un passage de personnes étrangères à l'exercice professionnel de l'intervenant. Cela peut mettre en péril son travail professionnel ainsi que les bénéficiaires de l'intervention.

Article 12

L'intervenant T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. surveille à ce que ses animaux médiateurs qui l'accompagnent dans l'exercice de son travail soient respectés par toutes autres personnes que lui. Il prend également attention à leur bonne santé et refuse de travailler avec un animal médiateur malade ou fatigué. Il veille également sur les accessoires utilisés (brosses, peignent, laisse, collier), mais également les accessoires permettant de monter un programme avec des équidés. Il retire tout accessoire qui pourrait blesser une personne ou l'animal.

Article 13

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. doit respecter les horaires des ateliers et fait en sorte de ne pas arrêter précipitamment la séance ou ne pas la prolonger sans motif valable et avis des référents, de la Direction de l'établissement ou des parents. Dans l'éventualité où il doit interrompre l'atelier, il doit impérativement soit faire en sorte qu'un collègue à lui ayant les mêmes capacités, puissent continuer les ateliers, soit prévenir l'établissement où les parents de son absence et prévoir la durée. Dans quel cas, un autre intervenant en médiation par l'animale doit assurer la continuité avec l'accord des bénéficiaires, de la Direction de l'établissement ou des parents.

Moyens techniques des applications de la médiation par l'animale

Article 14

La pratique de la médiation par l'animal qu'elle soit à effet thérapeutique, éducative ou en animation, ne se réduit pas qu'aux techniques et méthodes que l'on met en place. Elle est inséparable d'une évaluation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.

Article 15

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. est informé du caractère relatif de ses évaluations et interprétations. Il ne doit pas en tirer de conclusions sommaires ou définitives sur les capacités ou sur la personnalité des bénéficiaires. Notamment lorsque ses conclusions peuvent avoir une influence directe sur leur existence.

DEVOIRS ENVERS LES COLLABORATEURS

Article 16

L'intervenant en médiation par l'animale doit soutenir ses collègues dans l'exercice de leurs activités et dans l'application et la défense de la dite Charte. Il doit répondre favorablement à leurs sollicitations de conseils et il les aide dans les situations difficiles. Notamment en collaborant à la résolution des problèmes de déontologies. Il peut collaborer avec des confrères travaillant dans un domaine connexe. Le travail et la collaboration en réseau doit respecter les principes de la dite Charte.

Article 17

L'intervenant respecte les conceptions et les pratiques de ses collaborateurs pour autant qu'elles ne contreviennent pas aux principes de la présente Charte. Ce qui n'exclut pas toute discussion fondée.

Article 18

L'intervenant en T.M.A. en A.E.M.A. ou en A.A.M.A. ne doit pas concurrencer ces collègues et doit faire appel à leur collaboration s'il estime qu'ils sont à même de pouvoir le conseiller et répondre à une demande précise.

Article 19

L'intervenant a une responsabilité dans la diffusion et le développement de la thérapie par médiation par l'animal. Il doit présenter ses applications et ses méthodes en accord avec les règles de déontologies de l'activité et dans le respect de la dite Charte. Il se doit d'intervenir auprès des médias tout confondus, pour rectifier et contribuer au sérieux des informations communiquées au public.

Article 20

L'intervenant se doit également d'informer le public et les médias, dans le cas d'un reportage, des dangers potentiels d'une pratique incontrôlée de la médiation par l'animale. On entend par là, une pratique sans formation suffisante de la part de l'intervenant en médiation par l'animal et sans contrôle.

Article 21

Il est rappelé que tout professionnel, qu'il soit dans la santé, dans le social ou dans l'enseignement spécialisé, pour adhérer au Syndicat National Français des Zoothérapeutes et Intervenant en Médiation par l'Animal, devra au préalable, avoir suivi une formation à l'Institut Français de Zoothérapie.

COMMISSION D'ÉTIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Afin de veiller au maintien à jour de cette Charte et pour répondre aux questions pointues concernant l'application de cette Charte, qu'elles émanent des patients, des familles, des établissements, des institutions, des accompagnants, des professionnels de l'intervention en

thérapie par la médiation d'un animal, de l'activité éducative par la médiation d'un animal, ou de l'animation assistée par la médiation d'un animal, une commission sera mise en place prochainement.

Cette Charte se compose :

- * D'une introduction statuant sur l'existence des intervenants professionnels en thérapie par une médiation par l'animal, en activité éducative en médiation par l'animal ou d'animation assistée en médiation par l'animal

- * De 9 fondements généraux fixant les obligations indispensables à une pratique professionnelle de la T.M.A., l'A.E.M.A. et de l'A.A.M.A.

- * 21 articles détaillant les conditions d'exercice de la profession. La signature de cette Charte permet à son signataire de faire partie du Syndicat National Français des Zoothérapeutes et Intervenants en Médiation par l'Animal et l'engage au respect de la dite Charte.

Annexe 3 : Questions ouvertes ou semi-ouvertes

Série 1

- Quels animaux domestiques aimez-vous, vous déplaisent ?
- Quels aliments sucrés aimez-vous, vous déplaisent ?
- Qu'est-ce qui vous rend heureux, malheureux ?
- Que faisiez-vous pendant votre temps libre ?
- Que faisiez-vous pour fêter les anniversaires ?
- Quelles activités manuelles faisiez-vous, auriez-vous aimé faire ? (bricolage, jardinage, couture...)
- Que mangez-vous au CLS Bellevaux ?

Série 2

- Quels animaux de la forêt aimez-vous, vous déplaisent ?
- Quels aliments salés aimez-vous, vous déplaisent ?
- Qu'est-ce qui vous fait sourire, fâche ?
- Que faisiez-vous pendant vos vacances ?
- Que faisiez-vous pour fêter Noël ?
- Quelles activités artistiques faisiez-vous, auriez-vous aimé faire ? (danse, chant, dessin, sculpture, peinture, décoration...)
- Que faites-vous comme activités au CLS Bellevaux ?

Série 3

- Quels animaux auriez-vous aimé avoir ?
- Quels aliments cuisiniez-vous ?
- Qu'est-ce qui vous plaît, déplaît dans la vie ?
- Que faisiez-vous pendant vos loisirs ?
- Que faisiez-vous pour fêter Pâques ?
- Quelles activités « cérébrales » faisiez-vous, auriez-vous aimé faire ? (lecture du journal, mots croisés, scrabble...)
- Que faites-vous pendant votre temps libre au CLS Bellevaux ?

Annexe 4 : Classification de Labourel des actes non verbaux utilisée pour la GECCO (tirée de *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*, Rousseau, 2018)

Actes non verbaux	Descriptions	Exemples
Geste à fonction référentielle	Geste à fonction illustratrice quand il accompagne ou remplace le discours verbal. Il peut être :	
	– mimétique : relation d'analogie au référent	Mettre ses mains en forme de rond pour parler d'un ballon
	– déictique : relation spatiale précise ou vague au référent	Montrer du doigt la direction à suivre
	– symbolique : renvoie au code culturel ou personnel; relation arbitraire et conventionnelle au référent	Mettre en pouce en direction de la bouche pour signifier l'action de boire
Geste à fonction communicationnelle	Le geste fait référence à la situation et aux interlocuteurs. Il est plus ou moins volontaire. Il peut avoir une valeur :	
	– expressive ou émotive : se rapporte à l'émetteur	Poser sa main sur sa poitrine pour exprimer que l'on est vraiment impliqué dans ce que l'on dit
	– conative : se rapporte ou s'adresse au récepteur lui signifiant quelque chose	Pointer son index vers l'interlocuteur en signe de mise en garde
	– phatique ou régulatrice : se rapporte ou s'adresse au récepteur assurant la bonne continuité de l'échange	Tendre la main à plat vers l'interlocuteur pour l'inviter à parler ou à poursuivre
Geste à fonction métalinguistique	Ce type de geste peut avoir comme fonction :	
	– fonction prosodique : fait partie du discours comme élément prosodique	Taper sur la table avec la main au rythme des syllabes pour marquer l'importance de ce que l'on dit
	– fonction de redondance : le geste est redondant par rapport au discours	Accompagner un « non » verbal d'un mouvement négatif de la tête et de l'index
	– fonction de commentaire : le geste sert de commentaire sur le contenu ou la forme de l'énoncé	Mouvement oscillatoire de la main exprimant le doute par rapport à ce qu'y est dit
Expression faciale	Prise en compte de l'expressivité du visage	Moue dubitative
Regard	Ne sont pris en compte que les aspects du regard en tant que comportement de communication :	
	– contact visuel	Un regard soutenu qui, témoignant d'un intérêt de l'interlocuteur, apporte un feedback au locuteur
	– mobilité du regard	Le regard s'oriente vers une certaine direction permettant de synchroniser le discours avec une référence contextuelle extra-verbale
	– expressivité du regard	Les yeux s'ouvrant largement expriment la surprise
Silence	Pauses survenant au cours de l'échange signifiant :	
	– la réflexion : permet les opérations mentales	Le sujet s'arrête de parler pour mieux préparer ce qu'il va dire ensuite
	– l'interaction : pause à caractère social où l'interlocuteur manifeste sa reconnaissance du degré et du type de participation attendue	Tout en marquant son attention (par le regard) l'interlocuteur se tait parce qu'il juge que c'est à l'examineur de prendre la parole et de mener la discussion

Annexe 5 : Grille d'évaluation des capacités de communication non verbale formalisée sous forme de tableau afin de faciliter la cotation des actes

ACTES NON VERBAUX	
Geste à fonction référentielle	
- mimétique	
- déictique	
- symbolique	
Geste à fonction communicationnelle	
- expressive ou émotive	
- conative	
- phatique ou régulatrice	
Geste à fonction métalinguistique	
- fonction prosodique	
- fonction de redondance	
- fonction de commentaire	
Expression faciale	
Regard	
- contact visuel	
- mobilité du regard	
- expressivité du regard	
Silence	
- réflexion	
- interaction	