



## Open Archive TOULOUSE Archive Ouverte (OATAO)

OATAO is an open access repository that collects the work of Toulouse researchers and makes it freely available over the web where possible.

This is an author-deposited version published in : <http://oatao.univ-toulouse.fr/>  
Eprints ID : 2858

**To cite this document :**

Fradin, Eve (2009) [Introduction d'un chien dans un secteur hospitalier spécialisé en gériatrie](#) Thesis

Any correspondance concerning this service should be sent to the repository administrator: [staff-oatao@inp-toulouse.fr](mailto:staff-oatao@inp-toulouse.fr)

# INTRODUCTION D'UN CHIEN DANS UN SECTEUR HOSPITALIER SPECIALISE EN GERIATRIE

## **THESE**

pour obtenir le grade de  
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

DIPLOME D'ETAT

*présentée et soutenue publiquement en 2009  
devant l'Université Paul Sabatier de Toulouse*

*par*

**Eve, Line FRADIN**

31 mars 1981, St-Cyr-L'Ecole

---

Directeur de thèse : **M. le Professeur Hervé LEFEBVRE**

---

## **JURY**

PRESIDENT :  
**M. ROLLAND**

Professeur à l'Université Paul Sabatier de TOULOUSE

ASSESEUR :  
**M. LEFEBVRE**  
**M. REYNOLDS**

Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE  
Ingénieur de Recherches à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

MEMBRES INVITES :  
**Mme FAURE**  
**Mme MALAUD**

Cadre de Santé, Hôpital de Gimont  
Médecin hygiéniste, Praticien hospitalier



**Ministère de l'Agriculture et de la Pêche  
ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE**

**Directeur** : M. A. MILON

**Directeurs honoraires** M. G. VAN HAVERBEKE.  
M. P. DESNOYERS

**Professeurs honoraires** :

M. L. FALIU	M. J. CHANTAL	M. BODIN ROZAT DE MENDRES NEGRE
M. C. LABIE	M. JF. GUELFY	
M. C. PAVAU	M. EECKHOUTTE	
M. F. LESCURE	M. D.GRIESS	
M. A. RICO	M. CABANIE	
M. A. CAZIEUX	M. DARRE	
Mme V. BURGAT	M. HENROTEAUX	

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. **BRAUN Jean-Pierre**, *Physique et Chimie biologiques et médicales*  
M. **DORCHIES Philippe**, *Parasitologie et Maladies Parasitaires*  
M. **EUZEBY Jean**, *Pathologie générale, Microbiologie, Immunologie*  
M. **TOUTAIN Pierre-Louis**, *Physiologie et Thérapeutique*

**PROFESSEURS 1° CLASSE**

M. **AUTEFAGE André**, *Pathologie chirurgicale*  
Mme **CLAUW Martine**, *Pharmacie-Toxicologie*  
M. **CORPET Denis**, *Science de l'Aliment et Technologies dans les Industries agro-alimentaires*  
M. **DELVERDIER Maxence**, *Anatomie Pathologique*  
M. **ENJALBERT Francis**, *Alimentation*  
M. **FRANC Michel**, *Parasitologie et Maladies parasitaires*  
M. **MARTINEAU Guy**, *Pathologie médicale du Bétail et des Animaux de Basse-cour*  
M. **PETIT Claude**, *Pharmacie et Toxicologie*  
M. **REGNIER Alain**, *Physiopathologie oculaire*  
M. **SAUTET Jean**, *Anatomie*  
M. **SHELCHER François**, *Pathologie médicale du Bétail et des Animaux de Basse-cour*

**PROFESSEURS 2° CLASSE**

Mme **BENARD Geneviève**, *Hygiène et Industrie des Denrées alimentaires d'Origine animale*  
M. **BERTHELOT Xavier**, *Pathologie de la Reproduction*  
M. **BOUSQUET-MELOU Alain**, *Physiologie et Thérapeutique*  
M. **CONCORDET Didier**, *Mathématiques, Statistique, Modélisation*  
M. **DUCOS Alain**, *Zootchnie*  
M. **DUCOS DE LAHITTE Jacques**, *Parasitologie et Maladies parasitaires*  
Mme **GAYRARD-TROY Véronique**, *Physiologie de la Réproduction, Endocrinologie*  
M. **GUERRE Philippe**, *Pharmacie et Toxicologie*  
Mme **HAGEN-PICARD Nicole**, *Pathologie de la Reproduction*  
M. **LEFEBVRE Hervé**, *Physiologie et Thérapeutique*  
M. **LIGNEREUX Yves**, *Anatomie*  
M. **PICAVET Dominique**, *Pathologie infectieuse*  
M. **SANS Pierre**, *Productions animales*  
Mme **TRUMEL Catherine**, *Pathologie médicale des Equidés et Carnivores*

**INGENIEUR DE RECHERCHE**

M. **TAMZALI Youssef**, *Responsable Clinique Equine*

**PROFESSEURS CERTIFIES DE L'ENSEIGNEMENT AGRICOLE**

Mme **MICHAUD Françoise**, *Professeur d'Anglais*

M **SEVERAC Benoît**, *Professeur d'Anglais*

**MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE**

M. **JOUGLAR Jean-Yves**, *Pathologie médicale du Bétail et des Animaux de Basse-cour*

**MAITRES DE CONFERENCES (classe normale)**

M. **ASIMUS Erik**, *Pathologie chirurgicale*

M. **BAILLY Jean-Denis**, *Hygiène et Industrie des Denrées alimentaires d'Origine animale*

Mme **BENNIS-BRET Lydie**, *Physique et Chimie biologiques et médicales*

M. **BERGONIER Dominique**, *Pathologie de la Reproduction*

M. **BERTAGNOLI Stéphane**, *Pathologie infectieuse*

Mme **BOUCLAINVILLE-CAMUS Christelle**, *Biologie cellulaire et moléculaire*

Mlle **BOULLIER Séverine**, *Immunologie générale et médicale*

Mme **BOURGES-ABELLA Nathalie**, *Histologie, Anatomie pathologique*

M. **BRUGERE Hubert**, *Hygiène et Industrie des Denrées alimentaires d'Origine animale*

Mlle **CADIERGUES Marie-Christine**, *Dermatologie*

M. **CORBIERE Fabien**, *Pathologie des ruminants*

Mlle **DIQUELOU Armelle**, *Pathologie médicale des Equidés et des Carnivores*

M. **DOSSIN Olivier**, (DISPONIBILITE) *Pathologie médicale des Equidés et des Carnivores*

M. **FOUCRAS Gilles**, *Pathologie du Bétail*

M. **GUERIN Jean-Luc**, *Elevage et Santé avicoles et cunicoles*

M. **JACQUIET Philippe**, *Parasitologie et Maladies Parasitaires*

M. **JAEG Jean-Philippe**, *Pharmacie et Toxicologie*

Mlle **LACROUX Caroline**, *Anatomie Pathologique des animaux de rente*

M. **LYAZRHI Faouzi**, *Statistiques biologiques et Mathématiques*

M. **MATHON Didier**, *Pathologie chirurgicale*

M **MEYER Gilles**, *Pathologie des ruminants.*

Mme **MEYNAUD-COLLARD Patricia**, *Pathologie Chirurgicale*

M. **MOGICATO Giovanni**, *Anatomie, Imagerie médicale*

M. **MONNEREAU Laurent**, *Anatomie, Embryologie*

Mlle **PALIERNE Sophie**, *Chirurgie des animaux de compagnie*

Mme **PRIYMENKO Nathalie**, *Alimentation*

Mme **LETRON-RAYMOND Isabelle**, *Anatomie pathologique*

Mme **TROEGELER-MEYNADIER Annabelle**, *Alimentation*

M. **VOLMER Romain**, *Microbiologie et Infectiologie*

M. **VERWAERDE Patrick**, *Anesthésie, Réanimation*

**MAITRES DE CONFERENCES CONTRACTUEL**

Mlle **BUCK-ROUCH**, *Médecine interne des animaux de compagnie*

M. **CASSARD Hervé**, *Pathologie du bétail*

M. **DOUET Jean-Yves**, *Ophthalmologie*

M. **SEGUELA Jérôme**, *Médecine interne des animaux de compagnie*

M **VERSET Michaël**, *Chirurgie des animaux de compagnie*

**ASSISTANTS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE CONTRACTUELS**

Mlle **BIBBAL Delphine**, *Hygiène et Industrie des Denrées alimentaires d'Origine animale*

M. **CONCHOU Fabrice**, *Imagerie médicale*

M. **GIN Thomas**, *Production et pathologie porcine*

M. **LIENARD Emmanuel**, *Parasitologie et maladies parasitaires*

M. **NOUVEL Laurent**, *Pathologie de la reproduction*

M. **RABOISSON Didier**, *Productions animales*

Mlle **TREVENNEC Karen**, *Epidémiologie, gestion de la santé des élevages avicoles et porcins*

## **Remerciements**

**A Monsieur le Professeur Yves ROLLAND,**  
Professeur Universitaire Praticien Hospitalier De la Faculté de Médecine de Toulouse,  
Qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,  
Hommages respectueux.

**A Monsieur le Professeur Hervé LEFEBVRE,**  
De l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse,  
Pour l'attention accordée à notre travail,  
En témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A Monsieur Brice REYNOLDS,**  
Ingénieur de Recherches à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse,  
Qui nous fait l'honneur d'accepter de participer à notre jury de thèse,  
En témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

**A Madame Sandra MALVAUD**  
Médecin hygiéniste, Praticien hospitalier,  
Pour avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse,  
Sincères remerciements.

**A Madame Monique FAURE,**  
Cadre infirmier supérieur à l'hôpital de Gimont,  
Qui a su ouvrir sa porte à « Volta » et nous accorder un temps précieux,  
Et pour avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse,  
Sincères remerciements.

**A Madame Nelly VERLHAC,**  
Directrice de l'hôpital de Gimont,  
Qui a accepté la mise en place du projet et notre présence dans son établissement,  
Sincères remerciements.

**A Madame Valérie LEFEBVRE,**  
Infirmière à l'hôpital de Gimont,  
Qui fut l'instigatrice de ce projet,  
Sincères remerciements.

**A Madame Françoise SEGUIN,**  
Kinésithérapeute à l'hôpital de Gimont,  
Pour nous avoir fait partager son travail toujours avec la même patience et la même gentillesse,  
Sincères remerciements.

**A Mesdames Cathy PERICO et Corinne PROVOST,**  
Pour l'aide apportée dans la réalisation des questionnaires,  
Sincères remerciements.

**A tout le personnel soignant de l'Hôpital de Gimont,**  
Pour leurs réponses à nos questions,  
Sincères remerciements.

**A la Fondation Adrienne et Pierre Sommer,**  
Pour ce projet qu'ils ont choisi de soutenir,  
Sincères remerciements.

**A Royal Canin,**  
Pour ses dons à l'Hôpital de Gimont,  
Sincères remerciements.

**A Jacques Monsçavoir,**  
Eleveur de Retrievers et Juge à la Société Centrale Canine,  
Qui a suivi les prémices du projet et a aidé dans la recherche d'un chien,  
Sincères remerciements.

**A Madeleine Jardiné,**  
Educatrice,  
Grâce à qui l'Hôpital de Gimont a un rayon de soleil quotidien nommé « Volta »,  
L'Unité de Soins Longue Durée lui sera toujours reconnaissante.

**A mes parents, frères et sœur, beau-frère et belle-sœur, neveux et nièces,**  
Pour votre soutien et vos encouragements depuis toujours et encore aujourd'hui, et  
tout particulièrement pendant ces longues années d'étude,  
Un grand merci à vous tous.

**A Arnaud,**  
Merci pour tes corrections et ton aide pour la mise en page.

**Une pensée particulière à mes grands-parents,**  
Qui ont motivé le sujet de cette thèse.

# SOMMAIRE

	<b>PAGE</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>PREMIERE PARTIE : SITUATION EN FRANCE DES PERSONNES AGEES VIVANT DANS LES UNITES DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)</b>	
<b>I. LES PERSONNES AGEES EN FRANCE</b>	<b>13</b>
<b>II. LES UNITES DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)</b>	<b>16</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : LES ACTIVITES ASSOCIANT LE CHIEN AU SEIN DES USLD</b>	
<b>I. LES ACTIVITES ASSOCIANT L'ANIMAL (AAA)</b>	<b>20</b>
<b>1/ Définitions des activités associant l'animal</b>	<b>20</b>
<b>2/ Place du chien dans l'AAA</b>	<b>21</b>
<b>II. BENEFICES THERAPEUTIQUES DES ACTIVITES ASSOCIANT LE CHIEN</b>	<b>23</b>
<b>1/ Bénéfices de la présence d'un animal sur la santé au sens général</b>	<b>25</b>
<b>2/ Bénéfices sur l'activité physique</b>	<b>29</b>
<b>3/ Bénéfices sur la santé psychique</b>	<b>30</b>
a) Effets bénéfiques par rapport au sentiment de solitude	
b) Effets bénéfiques par rapport à la dépression	
c) Rôle de catalyseur social	
<b>4/ Bénéfices spécifiques pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>35</b>
<b>5/ Bienfaits sur le personnel soignant et la famille</b>	<b>39</b>

# **TROISIEME PARTIE : ELABORATION D'UN PROJET DE THERAPIE ASSISTEE PAR LE CHIEN ET APPLICATION A L'HOPITAL DE GIMONT**

<b>I. PRESENTATION DE L'HOPITAL DE GIMONT</b>	<b>40</b>
<b>II. PHASE D'ETUDE DE FAISABILITE</b>	<b>42</b>
<b>1/ Principes de conduite d'un projet</b>	<b>42</b>
a) Conceptualisation d'une Activité Associant l'Animal au sein de l'établissement	
b) Constitution d'un comité de pilotage	
c) Recherche d'informations	
d) Formulation du projet	
e) Communication interne	
<b>2/ Cadre législatif autour des activités associant un chien dans une USLD</b>	<b>51</b>
a) Textes de lois concernant la présence animale en secteur hospitalier et maison de retraite	
b) Responsabilité civile de l'hôpital et du référent	
<b>3/ Aspects financiers</b>	<b>53</b>
a) Evaluation des moyens immobiliers	
b) Estimation du coût d'un projet d'activités associant le chien	
c) Financement du projet	
<b>4/ Choix du chien d'accompagnement social</b>	<b>57</b>
a) Principales caractéristiques du chien d'accompagnement social	
b) Acquisition du chien	
c) Ordres connus du chien	
<b>5/ Aspects vétérinaires</b>	<b>69</b>
a) Rôle et choix du vétérinaire dans un projet d'Activités Associant l'Animal	
b) Suivi de santé du chien d'accompagnement social	
c) Affections héréditaires ou à prédisposition raciale ou familiale du Golden Retriever et du Labrador Retriever	
d) Bien-être de l'animal et conditions de vie	
<b>6/ Relations avec le Comité d'Hygiène et le Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN)</b>	<b>85</b>
a) Mesures générales à prendre	

b) Risques potentiels de zoonoses associés à la présence d'un chien dans une USLD	
c) Risque allergique	
d) Risques physiques	
e) Nuisances sonores, odeurs, dégradations	
<b>II. MISE EN ŒUVRE DU PROJET</b>	<b>92</b>
<b>1/ Phase préparatoire à l'arrivée du chien</b>	<b>92</b>
a) Information des familles des résidents	
b) Evaluation des résidents avant l'arrivée du chien d'accompagnement social	
c) Création d'activités associant le chien	
d) Emploi du temps du chien	
<b>2/ Phase immédiate suivant l'arrivée du chien</b>	<b>95</b>
a) Première semaine du chien dans l'hôpital	
b) Arrivée officielle du chien dans l'USLD	
c) Réunion du comité de pilotage et du personnel soignant	
d) Communication avec l'extérieur	
<b>3/ Phase d'évaluation au long terme</b>	<b>98</b>
<b>QUATRIEME PARTIE : PROCEDURE D'EVALUATION DU BENEFICE DE LA THERAPIE ASSISTEE PAR LE CHIEN A L'HOPITAL DE GIMONT</b>	
<b>I. MATERIELS ET METHODES</b>	<b>100</b>
<b>1/ Evaluation de la perception des soignants</b>	<b>100</b>
<b>2/ Evaluation de la qualité de vie des résidents aux capacités cognitives non altérées</b>	<b>101</b>
<b>3/ Echelle d'observation des résidents aux capacités cognitives altérées</b>	<b>101</b>
<b>II. RESULTATS</b>	<b>102</b>
<b>1/ Evaluation de la perception des soignants</b>	<b>102</b>
<b>2/ Evaluation des résidents aux capacités cognitives non altérées</b>	<b>107</b>
<b>3/ Evaluation des résidents aux capacités cognitives altérées</b>	<b>113</b>
<b>III. DISCUSSION</b>	<b>120</b>

<b>1/ Avantages et limites de l'étude</b>	<b>120</b>
a) Enquête réalisée auprès du personnel soignant	
b) Enquête réalisée auprès des résidents de l'hôpital	
c) Méthodes d'évaluation	
<b>2/ Principaux résultats</b>	<b>122</b>
CONCLUSION	123
BIBLIOGRAPHIE	124

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

	<b>PAGE</b>
<b>Tableau 1</b> : Coordonnées de l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie (AFIRAC), du Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal (GRETFA), de la Delta Society, de Zoothérapie Québec, d'Ethologia et de l'Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier Beziehung (IEMT)	<b>45</b>
<b>Tableau 2</b> : Liste des troubles répertoriés par le comité de pilotage de l'hôpital de Gimont, objectifs et moyens d'amélioration par les Activités Associant l'Animal	<b>47</b>
<b>Tableau 3</b> : Organismes à contacter lors d'une recherche de financement pour un projet	<b>58</b>
<b>Tableau 4</b> : Coordonnées des écoles de chiens-guides d'aveugle ou pour handicapés	<b>68</b>
<b>Tableau 5</b> : Programme vaccinal recommandé par les industries pharmaceutiques pour le chien d'accompagnement social	<b>72</b>
<b>Tableau 6</b> : Affections de l'appareil locomoteur chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever	<b>78</b>
<b>Tableau 7</b> : Maladies neuromusculaires chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever	<b>79</b>
<b>Tableau 8</b> : Affections oculaires chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever	<b>80</b>
<b>Tableau 9</b> : Affections de l'appareil cardiovasculaire chez le Golden retriever et le Labrador Retriever	<b>80</b>
<b>Tableau 10</b> : Troubles congénitaux de l'hémostase chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever	<b>81</b>
<b>Tableau 11</b> : Epilepsie essentielle ou épilepsie primaire ou épilepsie idiopathique	<b>81</b>
<b>Tableau 12</b> : Grille d'Evaluation des Troubles Emotionnels et Cognitifs (E.T.E.C.) d'après Pageat	<b>83</b>
<b>Tableau 13</b> : Grille d'interprétation du score E.T.E.C. d'après Pageat	<b>83</b>
<b>Tableau 14</b> : Exemple d'activités proposées aux résidents en présence de l'animal dans des hôpitaux français et un établissement suisse	<b>94</b>

<b>Tableau 15</b> : Emploi du temps d'une journée pour les activités en présence du chien à l'hôpital de Gimont	<b>96</b>
<b>Tableau 16</b> : Réponses aux questionnaires distribués au personnel soignant	<b>103</b>
<b>Tableau 17</b> : Réponses aux questionnaires distribués aux résidents dont les capacités cognitives n'étaient pas altérées	<b>108</b>
<b>Tableau 18</b> : Résultats obtenus par les 3 résidents aux capacités cognitives non altérées qui étaient présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>110</b>
<b>Tableau 19</b> : Résultats de l'étude réalisée auprès des patients aux capacités cognitives altérées	<b>114</b>
<b>Tableau 20</b> : Comparaison des résultats des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>115</b>
<b>Figure 1</b> : Démarche de la mise en place des projets thérapeutiques individuels	<b>46</b>
<b>Figure 2</b> : Procédure à suivre pour l'acquisition d'un chien auprès d'HANDI'CHIENS	<b>67</b>
<b>Figure 3</b> : Comment mettre en place un programme de chiens-visiteurs au sein d'une institution médicale, d'après Rogel	<b>99</b>
<b>Figure 4</b> : Evaluation de la qualité de vie des résidents par les soignants	<b>104</b>
<b>Figure 5</b> : Histogrammes des résultats de l'enquête menée auprès du personnel soignant	<b>105</b>
<b>Figure 6</b> : Evaluation de la qualité de vie par les résidents	<b>109</b>
<b>Figure 7</b> : Histogrammes des résultats de l'enquête menée auprès des 3 résidents aux capacités cognitives non altérées présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>111</b>
<b>Figure 8</b> : Expression du visage des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>116</b>
<b>Figure 9</b> : Regard des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>117</b>
<b>Figure 10</b> : Communication des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>118</b>
<b>Figure 11</b> : Gestes des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007	<b>119</b>

## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Zoonoses transmises par morsures, griffures ou léchage	135
Annexe 2 : Dermatozoonoses transmises par contact direct	136
Annexe 3 : Zoonoses transmises par les déjections canines	138
Annexe 4 : Zoonoses transmises par les excréments et sécrétions canines	141
Annexe 5 : Zoonoses à transmission vectorielle (sauf tiques)	143
Annexe 6 : Zoonoses transmises par les tiques	145
Annexe 7 : « UN CHIEN A L'HOPITAL » Document réalisé par Valérie Lefebvre	146
Annexe 8 : Article paru dans Sud-Ouest le 9 octobre 2006	153
Annexe 9 : Evaluation de la perception des soignants dans l'Unité de Soins Longue Durée	154
Annexe 10 : Evaluation de la qualité de vie des résidents	159
Annexe 11 : Echelle d'observation des résidents aux capacités cognitives altérées	163

## INTRODUCTION

L'espérance de vie ne cesse de progresser et avec elle la proportion des personnes âgées dans la population totale. Cependant, le nombre de personnes âgées dépendantes est aussi en expansion.

De nombreuses structures existent pour accueillir les personnes âgées dépendantes, parmi lesquelles les Unités de Soins Longue Durée.

Afin d'améliorer la qualité de vie de nos aînés, des recherches sont effectuées pour apporter plus de bien-être au sein de ces résidences et, dans la mesure du possible, plus de confort pour recréer un endroit chaleureux.

Parmi ces recherches, les activités associant l'animal ont connu un essor au XXème siècle et elles continuent à se développer aujourd'hui.

Dans ce document, nous envisagerons d'abord la situation des personnes âgées vivant dans les Unités de Soins Longue Durée, puis les activités associant le chien au sein de ces établissements, ainsi que leurs bénéfices.

Puis, nous verrons la procédure d'élaboration d'un projet de thérapie assistée par le chien et son application au sein de l'USLD de l'hôpital de Gimont dans le Gers.

Enfin, la procédure d'évaluation du bénéfice de la thérapie assistée par le chien à l'hôpital de Gimont sera présentée.

# **PREMIERE PARTIE : SITUATION EN FRANCE DES PERSONNES AGEES VIVANT DANS LES UNITES DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)**

## **I. LES PERSONNES AGEES EN FRANCE**

« L'un des changements sociaux les plus importants du XXIème siècle », voici comment a été qualifié le vieillissement par des chercheurs réunis en juillet 2005 à Tours pour le 25<sup>ème</sup> Congrès International de la Population. (111)

Cette part de la population, constituée par les personnes âgées, est en constante croissance. En effet, treize millions de Français ont plus de soixante ans soit plus d'une personne sur cinq. Ils n'étaient que dix millions il y a vingt ans et seraient vingt millions dès 2030, ce qui représenterait alors une personne sur trois. Dès 2011, les plus de soixante ans seraient plus nombreux que les moins de vingt ans. (111)

L'espérance de vie a augmenté de même que l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées. On vit plus longtemps sans incapacité. Au 31 décembre 2003, l'âge moyen des personnes vivant en institution était de 83 ans et 2 mois, il était de 81 ans et 10 mois en 1994. (98)

Le nombre de personnes très âgées a aussi augmenté et avec lui le nombre de personnes atteintes de démence sénile. Le processus de vieillissement entraîne une détérioration des facultés physiques et intellectuelles des hommes et des femmes.

On distingue trois notions différentes que sont la déficience, l'incapacité et le handicap. La déficience est l'altération d'une fonction physique, mentale ou sensorielle. L'incapacité consiste en la matérialisation de la déficience, c'est-à-dire la perte partielle ou totale de la capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne. L'incapacité se transforme en handicap lorsque l'environnement matériel et social de la personne n'est pas adapté, rendant ainsi impossible l'accomplissement des rôles sociaux habituels. La personne devient dépendante à partir du moment où l'aide d'un tiers est nécessaire.

Cependant, le droit français distingue la notion de handicap qui est réservée aux personnes de moins de soixante ans et la notion de dépendance réservée aux personnes âgées de plus de soixante ans. (111) La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de soixante ans ou plus pour accomplir certains actes de la vie quotidienne. (29)

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997, instituant la prestation spécifique dépendance (PSD), a consacré la notion de dépendance qu'elle définit comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». La prestation spécifique dépendance (PSD) est une « aide destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées à partir de soixante ans. C'est une prestation en nature, c'est-à-dire directement affectée au financement des dépenses d'aides préalablement définies et distinctes des soins. Elle est attribuée par le département au titre de l'aide sociale ». (115)

Depuis 1997, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie – Groupes Iso-Ressources) permet de quantifier le niveau de dépendance d'une personne. Cette grille correspond à un outil de mesure de l'autonomie, à travers l'observation de dix activités (telles que se laver, s'habiller, se déplacer, etc.) que peut ou non effectuer seule une personne âgée. Elle comprend notamment deux variables permettant d'appréhender l'autonomie mentale (se situer dans le temps, savoir discuter et se comporter de façon cohérente). (29)

Le degré d'autonomie pour chacune de ces dix activités est représenté par une variable à trois modalités :

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;

B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ;

C : ne fait pas.

A partir des observations pour ces dix variables, un algorithme classe les individus en six groupes iso-ressources (GIR), par niveau de dépendance décroissant (11) :

- GIR 1 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- GIR 2 :
  - les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible, mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement.
- GIR 3 : les personnes qui ont conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- GIR 4 :
  - les personnes qui n'assument pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ;
  - celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas. Ces personnes ne sont pas confinées au lit ou au fauteuil, mais ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.
- GIR 5 : les personnes qui assument seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- GIR 6 : les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie.

La mobilité est gardée pour la plupart des moins de soixante-dix ans, mais au-delà de cet âge de nombreuses personnes souffrent d'un handicap. La perte d'autonomie se traduit surtout par des difficultés à marcher qui affectent 26 % des personnes de soixante-dix à soixante-quatorze ans et près de 57 % des plus de quatre-vingt ans. (23)

Depuis les années 60, les politiques en matière d'habitat des personnes âgées tendent vers le maintien à domicile. D'ailleurs, 95 % des personnes concernées aujourd'hui ne souhaitent pas finir leurs jours dans une maison de retraite. (111) Lorsqu'une dépendance apparaît, la prise

en charge et les logements spécifiques deviennent problématiques. Beaucoup de réformes sont faites pour faire face à ce problème. En 2002, l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) est créée. Elle remplace la prestation spécifique dépendance (PSD). L'APA concerne les personnes hébergées à domicile ou en établissement pour personnes âgées dépendantes. Cette allocation s'adresse aux personnes âgées dont le niveau de dépendance est situé à des stades GIR 1 à GIR 4. L'APA est gérée par le Conseil Général du département. Le montant de l'allocation accordée dépend du degré d'autonomie, ainsi que des ressources.

Les difficultés les plus répandues chez les personnes âgées sont : la réalisation de la toilette, l'habillage et les déplacements à l'extérieur. Viennent ensuite les troubles de la cohérence qui touchent six résidents sur dix. Puis, par ordre de fréquence décroissante, arrivent les troubles de l'hygiène et de l'élimination, les perturbations de l'orientation, les difficultés de communication à distance et les difficultés ou impossibilités quant à l'alimentation, les déplacements à l'intérieur et les transferts. (98)

Une projection en 2040 par Duée et Rebillard montre qu'en faisant l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes. De plus, le nombre de personnes âgées dépendantes en établissements aura tendance à augmenter du fait d'une baisse du nombre d'enfants par famille et de l'éclatement géographique des familles. (29)

## II. LES UNITES DE SOINS LONGUE DUREE (USLD)

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont classés selon leur degré de médicalisation :

- les logements-foyers sont les structures les moins médicalisées. Ce sont des groupes de logements autonomes bénéficiant d'équipements ou de services collectifs facultatifs,
- les maisons de retraite prennent en charge les personnes âgées et incluent dans leurs services l'hébergement en chambre, les repas et les soins,

- les Unités de Soins Longue Durée (USLD) sont les structures les plus médicalisées hébergeant les personnes âgées les plus dépendantes.

Nous avons porté notre étude sur les USLD. Les USLD sont des unités destinées à l'hébergement des personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien. Elles sont rattachées à un établissement hospitalier pour la majorité. En 2003, on comptait 1099 USLD en France, soit environ 77 000 places. (111)

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées en institution sont les plus modestes (anciens ouvriers, employés et agriculteurs), de même que les personnes n'ayant pas exercé d'activité professionnelle. Les anciens cadres supérieurs ne représentent que 3% des résidents vivant en institution. (111)

Les institutions sont encore mal perçues par le grand public et notamment par les personnes âgées. Ces dernières expriment la crainte d'y perdre en qualité de vie et aussi d'y être maltraitées. (111) Les personnes ayant un proche dépendant dans leur famille sont plus favorables à l'entrée en établissement, celles qui ne sont pas concernées préfèrent l'accueil à domicile. (104) D'après un sondage réalisé en 2005 par la Sofres pour la Fédération Hospitalière de France (FHF), neuf retraités sur dix déclarent vouloir rester le plus longtemps possible à domicile. Les personnes âgées qui vivent en milieu rural pensent plus facilement au fait de rentrer en institution à cause d'un sentiment supérieur d'isolement et d'insécurité. (111)

Parmi les personnes âgées, l'isolement social est plus fréquent. En effet, 70 000 personnes âgées n'ont ni visite ni sortie. En 1995, 62 % des pensionnaires vivant en institution étaient veufs, 24 % célibataires et 5 % divorcés ou séparés. (73)

Lorsque le handicap physique et la dépendance s'amplifient, les relations avec la famille baissent alors que le nombre de petits et arrière-petits-enfants augmente. Aussi, après soixante-dix ans, les personnes n'ayant pas de descendance sont encore plus isolées. De plus, chez les personnes âgées, les interlocuteurs se raréfient à cause de l'effet de l'âge, des décès de personnes proches, de la retraite, de la réduction de l'activité privée et de l'autonomie. Ainsi, la baisse de sociabilité des personnes âgées est la conséquence du champ de contacts potentiels qui se réduit. (10) Cependant, l'entrée en USLD s'explique plus par une

aggravation de l'état de santé plutôt que par l'isolement et le besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne. (98) De plus, la plupart des patients d'USLD ne vivaient déjà plus dans un domicile privé avant d'arriver en USLD.

Le statut d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) repose sur la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le Conseil Général et l'autorité compétente pour l'Assurance Maladie. Un programme d'investissement pour l'adaptation et la médicalisation des locaux, de même qu'un projet de vie doivent être prévus par cette convention. En contrepartie, l'EHPAD bénéficie de subventions. Les USLD accueillent des personnes âgées très dépendantes. Le prix de la journée est en moyenne deux fois plus élevé qu'en maison de retraite, puisque l'encadrement y demande plus de personnel. 5 % des USLD ont accepté d'être conventionnées en EHPAD. (111) La politique à l'heure actuelle est de diminuer le nombre de places en USLD et d'augmenter le nombre de lits en EHPAD puisque le coût quotidien y est moins élevé. Ainsi les autorités demandent aux médecins de revoir leurs patients et de vérifier lesquels nécessitent réellement une place en USLD, les autres seraient alors transférés en EHPAD.

Les USLD dépendent du secteur sanitaire, les EHPAD dépendent généralement du secteur médico-social. Les USLD ayant signé la convention tripartite sont des EHPAD sanitaires.

En 2003, sur 644 000 personnes âgées vivant en établissement pour personnes âgées, 76 700 étaient en USLD. (98)

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la dépendance pendant le séjour en institution. Les USLD accueillent les personnes les plus dépendantes : 65 % des résidents y sont confinés au lit ou au fauteuil, et près de 90 % ont une dépendance d'origine psychique. (98) En USLD, 80 % des résidents sont incapables d'assurer leur toilette, de s'habiller et sont incontinents. La moitié des patients de ces établissements ne peut se nourrir sans aide.

Les personnes âgées vivant en institution sont généralement atteintes de plusieurs maladies au fur et à mesure de leur vieillissement.

Les atteintes neurologiques ou psychiatriques sont fréquentes et, en USLD, 97 % des patients en souffrent. On retrouve fréquemment des états dépressifs, des syndromes démentiels, des troubles du comportement et des états anxieux.

La maladie d'Alzheimer est fréquente en USLD. Elle se définit comme une maladie neurodégénérative du système nerveux central, caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives. Cliniquement, elle se présente sous forme de troubles de la mémoire et de l'attention, du langage, de l'orientation et du jugement. Cette maladie évolue vers la démence, dont elle représente deux tiers des cas, les autres causes de démence étant liées à des destructions cérébrales d'origine vasculaire ou dégénérative.

Le syndrome démentiel atteint 56 % des patients en USLD. Lorsque la personne est démente, le risque d'avoir une incontinence urinaire, des escarres ou un état de dénutrition augmente.

Les affections cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque) sont aussi très fréquentes. De nombreux patients souffrent également d'affections ostéoarticulaires. Les affections uro-néphrologiques font aussi partie des maladies les plus fréquentes (65 % des patients d'USLD souffrent d'incontinence urinaire). Au cinquième rang des affections les plus fréquentes, on trouve des affections gastroentérologiques. Certaines personnes sont en état de dénutrition. Puis, viennent les affections endocriniennes (26 % de la population hébergée en établissement), les affections bronchopulmonaires (20 %), les affections dermatologiques (18 %). Les cancers et hémopathies concernent 15 % des résidents, de même que les maladies infectieuses. Les patients ont aussi des atteintes sensorielles avec perte de vision et d'audition.

(33)

## **DEUXIEME PARTIE : LES ACTIVITES ASSOCIANT LE CHIEN AU SEIN DES USLD**

### **I. LES ACTIVITES ASSOCIANT L'ANIMAL (AAA)**

D'après Martin et Brousseau, « la thérapie assistée par l'animal représente une activité qui s'exerce sous forme individuelle ou de groupe à l'aide d'un animal familial, soigneusement sélectionné et entraîné, introduit par un intervenant qualifié dans l'environnement immédiat d'une personne chez qui l'on cherche à susciter des réactions visant à maintenir ou améliorer le potentiel cognitif, physique ou affectif ». (65)

#### **1/ Définitions des activités associant l'animal (AAA)**

Différents termes sont employés pour qualifier ces activités (100) :

- Le terme de zoothérapie est employé, mais il est rapidement abandonné car déjà utilisé avec un autre sens.
- Le terme « thérapie facilitée par l'animal » pose aussi un problème, puisque la thérapie est un terme bien défini, médical et entraîne donc d'énormes débats, puisque les animaux ne sont pas des thérapeutes. En effet, ces animaux servent de support à la thérapie mais ne sont pas médecins.
- Le terme d'Activités Associant l'Animal ne génère pas de conflit et traduit un objectif : on souhaite associer un animal à un projet. Cinq domaines d'Activités Associant l'Animal sont distingués :
  1. L'AAA simple où aucun programme n'est imposé, mais des conditions sont définies avec pour but d'avoir une pratique saine pour le bénéficiaire, pour l'animal et pour la structure. Le *primum non nocere* est à respecter.

2. L'AAA-Recherche (AAA-R) qui a pour but de rechercher la preuve de l'efficacité du programme. Elle nécessite des outils d'évaluation adaptés. Un suivi de tous les programmes permettrait d'aider la recherche. Le Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal (GRETFA), initié par le Docteur Didier Vernay, président de l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie (AFIRAC), regroupe diverses personnes spécialistes dans différents domaines. Ce groupe recense les expériences réalisées en France et propose son aide pour mener à bien un projet en supervisant ses étapes. (100) L'AFIRAC a été créée en 1977. Elle a pour objectif d'étudier le phénomène social que constitue la cohabitation entre l'animal familial et l'homme et de répondre aux questions suscitées par cette vie en commun.
3. L'AAA-Thérapeutique (AAA-T) qui est associée à un projet à orientation thérapeutique. Un soignant (exemple : psychologue) fait de l'AAA-T.
4. L'AAA-Educative (AAA-E) qui est associée à un projet à orientation éducative. Un membre du personnel éducatif (exemple : éducateur en institution pour enfants) fait de l'AAA-E.
5. L'AAA-Sociale (AAA-S) qui est associée à un projet à orientation sociale. Un travailleur social (exemple : animateur) fait de l'AAA-S.

Dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, l'AAA-T et l'AAA-S peuvent être utilisées.

## **2/ Place du chien dans l'AAA**

D'après une étude réalisée pour la FACCO (chambre syndicale des Fabricants d'Aliments pour Chiens, Chats, Oiseaux et autres animaux familiaux) par TNS Sofres en 2004, la population de chiens était estimée à 8.51 millions en France. 26.3 % des foyers français possédaient au moins un chien. Le chien serait « l'animal préféré des français ». « 94.3 % des personnes interrogées qui ont partagé une partie de leur existence avec un chien témoignent à quel point elles ont apprécié cette expérience ». (109) Cette enquête livre aussi d'autres informations : 59 % des chiens vivent dans des agglomérations de moins de 20000 habitants (dont 39 % en milieu rural). De plus, les taux de possession de chiens et de chats sont plus

importants dans certaines régions : la moitié nord de la France, le bassin parisien, l'Ouest et le Sud-Ouest. Les chiens et les chats sont, en outre, les animaux favoris des agriculteurs, ils sont 68 % à posséder un animal familier.

Il existe une grande proximité entre un chien et son propriétaire et le chien possède des avantages en structure hospitalière. En effet, les risques de griffures sont plus importants avec le chat, qui a un caractère plus imprévisible, et les oiseaux présenteraient un risque infectieux important pour les personnes âgées dont le système immunitaire peut être déficient. (63)

L'information TNS Sofres 2003 pour la FACCO révèle quant à elle la motivation des maîtres concernant la possession d'un chien. Par ordre décroissant, ces motivations sont : l'amour des animaux, la compagnie, le plaisir de s'en occuper, par habitude, le bien-être personnel, par fierté, pour les enfants. (113)

Quatre définitions à propos du rôle du chien auprès d'un patient sont à connaître (100) :

- le chien d'assistance : ce chien est une aide pour la personne handicapée pour réaliser certains actes de la vie quotidienne (ramasser un objet, aboyer sur commande, ouvrir et fermer une porte, allumer et éteindre la lumière...). Ce chien vit dans le cadre privé de la personne handicapée.
- le chien d'éveil : ce chien est placé auprès d'une personne qui ne peut s'en occuper mais dont le contact est bénéfique. Cette personne est un adulte ou un enfant atteint d'un handicap autre que moteur. L'objectif du chien est alors de favoriser l'éveil de cette personne pendant des activités éducatives ou lors de séances de kinésithérapie. Il doit faciliter la rééducation lors de séances d'exercices ludiques et dérivatifs à l'effort. Ces chiens sont la plupart du temps placés auprès d'enfants polyhandicapés, de trisomiques et d'autistes. Ce chien nécessite que l'entourage de la personne handicapée s'investisse, puisque le bénéficiaire ne peut pas donner de commandes verbales. Ce chien peut être la propriété d'une personne ou d'une institution.
- le chien d'accompagnement social : le chien éduqué est confié à un référent ou à une équipe qui définit des objectifs individuels ou collectifs pour l'établissement, les

résidents et le personnel. Cette formule permet d'aller plus loin que la précédente puisque l'animal peut être associé à un professionnel (psychologue, orthophoniste, médecin, kinésithérapeute,...). Ici, il ne faut pas oublier le bien-être de l'animal qui impose certaines limites à définir dès le début. L'animal doit pouvoir exprimer ses comportements spécifiques, vivre à son rythme, avoir des lieux qui lui soient dédiés. Ce chien est la propriété d'une institution.

- le chien visiteur : il possède aussi les qualités et l'éducation du chien d'accompagnement social mais n'intervient que ponctuellement dans des institutions ou au domicile de personnes handicapées. Ce chien est aussi conduit par un référent. Cette formule est plus souple. Les activités peuvent être formalisées, que ce soit la promenade, les activités manuelles ou la stimulation à la communication, etc. Ce chien est la propriété d'une personne.

## II. BENEFICES THERAPEUTIQUES DES ACTIVITES ASSOCIANT LE CHIEN

L'AAA-T est un sujet d'actualité qui suscite l'intérêt des chercheurs. En effet, pour donner un crédit à ces activités, des preuves de l'efficacité de tels programmes doivent être fournies. Malheureusement, de nombreux articles rapportent des anecdotes ou des faits qui se sont déroulés au sein d'institutions, mais pas d'étude de groupes ou de conclusion transposable dans un autre contexte. Cutt et coll. regrettent que les groupes de patients de certaines études ne soient pas assez importants pour généraliser les conclusions. (22)

Cependant les thérapies alternatives étant de plus en plus recherchées, des organismes commencent à financer des études sur les bénéfices de la présence des animaux auprès des hommes. De plus, la politique de santé de différents Etats est aussi concernée, puisque certaines études montrent les économies réalisées sur les dépenses de santé lorsque des animaux sont présents dans les foyers.

Il est désormais démontré que la présence de nos animaux domestiques a des effets bénéfiques sur le bien-être, la santé physique et psychique, sur les malades atteints de démence sénile (par exemple la maladie d'Alzheimer) et qu'enfin l'animal assure un rôle de catalyseur social.

En 1988, l'institut national de santé publique aux Etats-Unis (NIH) déclare que la problématique de la présence des animaux de compagnie auprès de l'Homme doit être abordée en termes de santé, de bien-être et de qualité de vie. (102)

L'IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations) est fondée en 1990 avec pour objectif de promouvoir la recherche, l'éducation et le partage d'informations sur les interactions entre l'homme et l'animal et sur le rôle que jouent les animaux dans le bien-être et la qualité de vie des hommes. Cette association a été officiellement désignée comme partenaire travaillant pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (110)

La septième conférence internationale sur les relations entre les hommes et les animaux, qui s'est déroulée à Genève en septembre 1995, sous le patronage des ministères de la santé américain et suisse, était soutenue par l'OMS. L'OMS tenait ainsi à : « marquer sa reconnaissance des effets positifs sur la santé que peut apporter l'animal de compagnie, notamment dans les domaines des maladies cardiovasculaires, des soins palliatifs, des maladies mentales et de la gériatrie ». (57, 108)

Les pensées divergent concernant l'influence de l'économie et de la prospérité d'un Etat sur l'interaction entre l'homme et l'animal. En effet, certains s'accordent à dire que la relation est plus forte, plus soudée lorsque les nations sont prospères. Pour ces mêmes personnes, dans les pays en voie de développement où l'éducation, l'alimentation et la santé font défaut, les animaux seraient plus valorisés pour leur utilité plutôt que pour leur compagnie. (90) En réponse à cet argument, James M. Harris rappelle que certaines tribus africaines comme les Masaï du Kenya ont une relation à leurs vaches aussi forte que les européens sont attachés à leurs chats ou leurs chiens. Cette relation est si forte que pendant l'épisode de fièvre aphteuse qu'a connu la Grande Bretagne, les Masaï ont écrit une lettre au premier ministre britannique pour proposer de prendre soin de toutes les vaches plutôt que les voir massacrées. Ainsi cette relation entre l'homme et l'animal est mondiale et n'est pas associée aux richesses d'un pays. (46)

Comme nous l'avons vu précédemment, l'animal n'est pas thérapeute, ce n'est pas lui qui guérit, mais il apporte des bénéfices qui, ajoutés au reste, peuvent permettre une amélioration de la qualité de vie pour les bénéficiaires, en partenariat avec les autres intervenants (kinésithérapeutes, orthophonistes, médecins, psychologues et autres membres de l'équipe médicale). (102)

Trois mécanismes ont été étudiés pour expliquer l'association entre la propriété d'animaux et la santé (70) :

- Le premier mécanisme mettrait en avant un facteur commun entre la propriété d'un animal et la santé, tels que des traits de personnalité, l'âge des propriétaires, le statut économique ou la santé. Jusqu'à présent, aucun facteur commun n'a encore été trouvé.
- Le deuxième mécanisme met en avant un effet indirect sur le bien-être par l'augmentation des interactions sociales avec les autres personnes. Les animaux ont un rôle de catalyseur social indéniable en favorisant les contacts entre les individus. Ces facteurs sont surtout vrais pour les personnes qui souffrent d'isolement social, ou les personnes dont les capacités physiques sont réduites.
- La dernière proposition concerne l'effet direct que peuvent exercer les animaux sur le bien-être et la santé.

Beck et Katcher ont identifié quatre termes pour décrire la relation entre l'homme et l'animal : la sécurité, la parenté, l'intimité et la constance. Ces quatre aspects de l'interaction préserveraient l'équilibre mental et physique des hommes. (6, 89)

### **1/ Bénéfices de la présence d'un animal sur la santé au sens général**

L'attachement aux animaux de compagnie dépend du vécu de la personne et, de ce vécu, découle aussi les bénéfices tirés de la relation entre l'homme et son animal, la perception du rôle de l'animal de compagnie, et le degré auquel l'animal influe le sens du bien-être de son

propriétaire. Aussi, la propriété d'un animal de compagnie pendant l'enfance influe sur la propriété à l'âge adulte et sur la perception de cette relation avec l'animal de compagnie. (47) Aucune étude n'a montré de différence sociale ou économique significative, entre les propriétaires d'animaux de compagnie et ceux n'en possédant pas, qui pourrait expliquer les bénéfices qu'apporte leur présence sur la santé. Ainsi leur seule présence serait à l'origine de ces bénéfices. (70) Les chiens, plus que les autres animaux, apportent de la compagnie et sont l'objet d'attachement à leurs propriétaires. Les propriétaires de chiens rapportent plus de temps passé à l'extérieur (1.43 heure par jour) par rapport aux propriétaires d'autres animaux (0.59 heure par jour) et communiquent plus avec leur chien (les propriétaires parlent à leurs chiens) (1.48 heure par jour) comparativement aux autres propriétaires d'animaux de compagnie (1.14 heure par jour). De plus, le temps passé à l'extérieur contribue à plus d'activité physique et de contacts. (95) Chez les personnes âgées, un attachement plus important à un animal de compagnie est synonyme d'une meilleure santé mentale et physique surtout quand les contacts sociaux sont déficients. Ceci se voit surtout lorsque l'animal est un chien plutôt qu'un chat. (95)

Les activités associant l'animal à visée thérapeutique seraient utiles dans le traitement des migraines et autres maux de tête, des chiens pourraient détecter des cancers de la vessie, d'autres pourraient donner une alerte précoce d'une crise d'épilepsie ou d'une hypoglycémie. (2, 66) La proximité avec les animaux dès le plus jeune âge (avant l'âge d'un an) préviendrait le risque de rhinite allergique et d'asthme. (70) Selon Dembicki, il existerait aussi une relation entre la présence d'un animal, la prise de nourriture et le statut nutritionnel. (26)

Les propriétaires d'un animal de compagnie seraient moins susceptibles d'aller chez le médecin que les personnes ne possédant pas d'animaux, avec une différence de 10 %. (2, 49) McNicholas et Collis ont montré que les personnes ne possédant pas d'animal de compagnie rapportent plus souvent des problèmes de santé physique et des symptômes mineurs, bien que ces résultats ne soient significatifs que chez les individus de sexe masculin. Au contraire, les hommes propriétaires d'animaux rapportent moins de symptômes physiques. L'étude a démontré des résultats similaires en ce qui concerne les symptômes psychologiques, moins souvent rapportés par les propriétaires d'animaux. Lorsque l'espèce était considérée, les propriétaires de chats rapportaient moins de symptômes physiques et psychologiques, une meilleure estime de soi et un bien-être plus important, mais ils avaient des scores plus élevés sur une échelle de solitude. Les propriétaires de chiens évoquaient, eux, moins souvent la

solitude. (69) Dans une étude prospective réalisée sur dix mois auprès de 71 adultes suite à l'acquisition d'un animal familier (chien ou chat), Serpell en 1991 montre que l'incidence des problèmes mineurs de santé a significativement diminué chez les propriétaires d'animaux de compagnie et que cet effet s'est prolongé jusqu'au dixième mois chez les propriétaires de chiens ( $P < 0.0001$  à 1 mois,  $P < 0.0001$  à 6 mois et  $P = 0.02$  à 10 mois). Les propriétaires de chiens ont ressenti une amélioration de leur bien-être psychologique et une amélioration de la perception d'eux-mêmes. (92, 93) Les maisons de retraite et autres établissements pour personnes âgées qui accueillent les animaux des résidents rapporteraient moins d'infections et d'hospitalisation. Le taux de morbidité serait aussi plus faible et le renouvellement de personnel serait 30 % moins important que dans les autres établissements n'accueillant pas les animaux de compagnie. (58) Un chien a déjà été prescrit par un médecin pour un résident d'une maison de retraite. (51)

Les événements stressants de la vie contribuent à une fréquence plus importante de visites chez le médecin. Les animaux de compagnie sembleraient être bénéfiques à leurs propriétaires en période de stress. (95) Des événements majeurs apparaissent avec l'âge, comme la perte d'un époux, qui constitue le facteur le plus important et précipitant de la solitude. Les personnes qui ressentent de l'anxiété accordent plus d'importance aux symptômes qu'elles éprouvent et aux événements. Mais, l'accumulation d'événements stressants semble moins affecter les propriétaires de chiens. (95, 106). Certains travaux soulignent les effets anxiolytiques de la présence de l'animal de compagnie. (40, 102, 103) Une plus grande attention est portée au chien dans un contexte de stress important que lors de stress mineur. (39) Ainsi, des scènes présentées sous forme de dessins étaient jugées moins menaçantes, plus heureuses lorsque des animaux étaient présents dans le dessin. Une lecture à voix haute, jugée comme situation stressante, est moins impressionnante en présence d'un animal. (39, 47) Lorsqu'on demande à des individus de résoudre un problème d'arithmétique, le stress baisse plus en présence d'un chien qu'en présence d'un ami. Aussi, les animaux modifient la perception des événements anxiogènes. (47)

De plus, l'anxiété et l'isolement social constituent aussi des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. L'isolement social a d'ailleurs été reconnu comme étant à risque en Australie par the National Heart Foundation of Australia. (106)

Des chercheurs ont trouvé qu'une visite de 12 minutes avec un chien avait un effet sur les fonctions cardiaques et pulmonaires par baisse de pression sanguine (pression atriale gauche, pression systolique de l'artère pulmonaire), par réduction des concentrations d'hormones

déchargées lors de stress et en baissant l'anxiété parmi les patients ayant souffert d'un infarctus du myocarde. La thérapie assistée par l'animal réduirait la pression sanguine parmi les personnes en bonne santé et les individus souffrant d'hypertension. Les concentrations sanguines d'adrénaline et de noradrénaline ont été mesurées. Les concentrations d'adrénaline s'effondrent de 17 % pour les participants qui ont reçu la visite d'un chien. (42) Friedmann et coll. ont montré que 58 % des patients ayant survécu un an après un infarctus du myocarde ou une angine de poitrine avaient un ou plusieurs animaux. Parmi les patients qui n'étaient pas propriétaires d'animaux de compagnie, 23 % sont décédés. Parmi les propriétaires, 6 % sont décédés. (39, 40)

Les propriétaires d'animaux de compagnie ont généralement des risques de maladies cardiovasculaires moins élevés, comme une pression artérielle plus faible et des concentrations plasmatiques de triglycérides et cholestérol moins importantes. (106) Jennings a observé des pressions artérielles systoliques et des concentrations plasmatiques de triglycérides significativement moins élevées chez les femmes de plus de quarante ans et propriétaires d'animaux de compagnie. (53) Les concentrations plasmatiques de cholestérol étaient significativement plus faibles chez les hommes, mais pas chez les femmes possédant un animal. (53, 112)

Pour tenter d'expliquer les effets sur la santé des patients atteints de maladie cardiovasculaire ou de la population dans son ensemble, trois mécanismes ont été envisagés, ce sont :

- la diminution du sentiment de solitude et de dépression,
- la diminution de l'anxiété,
- l'incitation à l'exercice physique. (39)

Chez les patients atteints d'hypertension artérielle (définie selon les critères de l'OMS par des pressions artérielles systolique et diastolique supérieure ou égale à 160 et 90 mm Hg respectivement), le chien a un rôle de stimulus qui favorise la relaxation (état de détente qu'elle soit psychique, physique ou musculaire, aptitude à réduire ou à éliminer ces tensions). Dans une étude réalisée auprès de patients souffrant d'hypertension artérielle, les pressions diastoliques et systoliques et la température périphérique à l'extrémité du doigt étaient mesurées. Ces patients, dont le diagnostic d'hypertension artérielle avait été établi par un médecin, étaient propriétaires de chiens auxquels ils étaient attachés. Les mesures étaient réalisées en présence et en l'absence de leurs chiens. Il n'a pas été noté de différence significative entre les mesures de pressions systolique et diastolique en présence et en l'absence de leurs chiens. Par contre, la température périphérique mesurée sur la peau du

doigt a montré une augmentation significative en présence du chien. La température des doigts est un indicateur de l'état de relaxation. (96) Les chercheurs de cette étude ont expliqué le manque de différence significative dans les résultats des pressions sanguines par rapport aux résultats obtenus par différence de température périphérique par le fait que ces pressions physiologiques peuvent être altérées chez des patients souffrant d'hypertension par une insuffisance rénale, des concentrations circulantes élevées de rénine et d'angiotensine, de l'athérosclérose et l'usage de beta-bloquants (qui modifient la pressions artérielle). (96)

En Australie, les dépenses de santé augmenteraient de 3.86 milliards (c'est-à-dire 7.19%) si les propriétaires d'animaux de compagnie rendaient visite à leurs médecins aussi souvent que ceux ne possédant pas d'animaux. (106)

Dans l'étude de Raina et coll., les dépenses moyennes de santé d'un propriétaire d'animal de compagnie s'élèvent à 530 dollars, tandis que celles des personnes ne possédant pas d'animaux atteignent 694 dollars. La conclusion de cette étude est que la propriété d'un animal de compagnie constitue une aide importante pour les personnes âgées de plus de 65 ans, puisqu'elle leur permet de faire face à des événements stressants sans faire appel au système de santé. (81)

## **2/ Bénéfices sur l'activité physique**

Le maintien d'une activité physique est un facteur de santé majeur chez la personne âgée.

Le fait de posséder un animal stimule l'activité physique, comme cela a été démontré chez les personnes âgées de plus de 65 ans. (41) Les propriétaires de chiens marchent en effet plus longtemps que ceux n'en possédant pas (26), et chez les personnes âgées de plus de 65 ans, la capacité à réaliser une activité quotidienne améliore la santé et la qualité de vie. (47, 82, 83)

Il a aussi été estimé en Australie qu'une économie de 175 millions de dollars australiens pourrait être réalisée sur les dépenses de santé annuelles si tous les propriétaires de chiens promenaient leurs animaux 30 minutes par jour. (106)

L'exercice physique limite également la surcharge pondérale.

Dans le cadre d'un programme de lutte contre l'obésité, les personnes obèses possédant également un chien obèse perdaient 5.5% de leur poids initial après 12 mois lorsqu'ils s'entraînaient en même temps que leur animal. Les chiens dans la même période perdaient

15.9% de leur poids initial. Néanmoins, les personnes suivant le même programme, mais ne possédant pas un chien, présentaient une perte de poids similaire à celle des propriétaires d'animaux. (59, 61)

Enfin, une activité régulière réduit le risque de fracture du col du fémur. (92, 93, 105) Il est donc probable que la possession d'un chien puisse, en favorisant l'activité, limiter le nombre de fractures.

La stimulation de l'activité physique par le chien peut être mise à profit en kinésithérapie. Par exemple, la présence d'un chien peut favoriser la réalisation de certains mouvements (exemple : ouvrir la main et la mettre autour de l'oreille du chien) alors qu'en l'absence de l'animal, l'exécution de ces mêmes mouvements peut être perçue comme une contrainte. (63)

### **3/ Bénéfices sur la santé psychique**

Le vieillissement constitue un ensemble de modifications fonctionnelles diminuant progressivement l'aptitude de la personne à assurer son équilibre physiologique. Le vieillissement est un processus inéluctable déterminé par un ensemble complexe de facteurs biologiques, mais aussi psychologiques et sociaux propre à chaque individu.

Les personnes âgées placées en institution ont connu au cours de leur vie plusieurs processus d'isolement social qui ont d'abord été la mise à la retraite. Leurs relations avec leurs collègues de travail se sont alors estompées, puis, ils ont pu perdre des amis voire un(e) époux(se). La retraite, à elle seule, constitue un élément perturbateur énorme puisqu'elle enlève le schéma principal de routine quotidienne. Or, le maintien d'une routine au quotidien est une des clefs pour lutter contre le vieillissement. (47)

Le chien apporte un support social, une compagnie, un bien-être et une estime de soi, de même qu'une intégration dans la société. (106)

#### a) Effets bénéfiques par rapport au sentiment de solitude

La solitude peut se définir comme « une expérience subjective, s'accompagnant d'affects négatifs, d'ennui, d'anxiété et traduisant une perception déficiente du réseau social ». (9)

La solitude comprendrait deux formes : la première serait la conséquence de l'isolement dû à un déficit d'intégration sociale d'un individu, et la seconde forme résulterait de l'isolement affectif référant aux manques de liens intimes et à l'absence de relations émotionnelles étroites dans lesquelles l'individu retrouve la sécurité, l'acceptation, l'affection et la compréhension. Il existerait une relation étroite entre la solitude et l'anxiété. La solitude s'accompagne d'une part de l'isolement social, mais aussi de la perte de pouvoir et de la baisse de l'estime de soi. Aussi, chez les personnes âgées vivant en institution, qui souffrent de solitude de façon chronique, il arrive que l'isolement se transforme en dépression. Des études démontrent que la solitude baisse lors de programme de thérapie assistée par l'animal. Le but est de rompre l'isolement social et de réduire les privations sensorielles. (9)

L'attachement à un animal de compagnie, chez les personnes âgées, est proportionnel au degré de solitude et de stress. Aussi, plus la solitude et le stress augmentent, plus le lien, entre l'homme et son animal, est fort. (55)

Une étude a évalué l'effet de la thérapie assistée par l'animal sur la solitude. Une session de 30 minutes par semaine de thérapie assistée par l'animal, pendant 6 semaines, réduit significativement le sentiment de solitude. Il n'y avait pas de différence significative entre le bénéfice obtenu par une session unique hebdomadaire et 3 sessions par semaine. Le degré de solitude était mesuré à l'aide de l'échelle UCLA-LS (University of California at Los Angeles Loneliness Scale). Cette échelle est établie à partir d'un questionnaire comportant 20 questions. Les scores s'étalent de 20 (jamais seul) à 80 (toujours seul). Le score moyen obtenu par le groupe ne faisant pas d'AAA était de 49, celui obtenu pour le groupe faisant de l'AAA une fois par semaine était de 40 et celui pour le groupe faisant 3 sessions par semaine de 39. (3)

Dans une autre étude, réalisée par Wood et coll., les propriétaires d'animaux ont rapporté moins souvent de la solitude par rapport à ceux n'en ayant pas. Ce résultat était significatif statistiquement avec 70.5 % de propriétaires qui indiquaient qu'ils ne se sentaient que très

rarement voire jamais seuls, contre 58.3 % pour les non-proprétaires. De plus, 74.5 % des propriétaires d'animaux ont considéré que faire de nouvelles connaissances n'était que très rarement, voire jamais, difficile, contre 62.6 % des personnes ne possédant pas d'animaux de compagnie. (106)

#### b) Effets bénéfiques par rapport à la dépression

En psychiatrie, le terme dépression désigne une maladie dont la manifestation centrale est un état mental caractérisé par une lassitude importante, une dépréciation de soi, un pessimisme qui entraînent des perturbations importantes dans les rapports psycho-affectifs.

En 2003, Johnson et coll. ont observé que les concentrations plasmatiques de sérotonine, une hormone qui aide à lutter contre la dépression, augmentaient après l'interaction avec un chien. (54) De la même façon, lors de thérapie assistée par l'animal, les concentrations sanguines de certaines hormones (dopamine, cortisol, ocytocine, prolactine, endorphine et phenylethylamine) augmentent. (54, 74, 80) La phenylethylamine, qui a un effet semblable aux amphétamines, est connue pour ses effets euphorisants et exaltants. Les concentrations plasmatiques en acide phenylacétique, catabolite de la phenylethylamine, augmentaient significativement après des contacts interspécifiques dont la durée était comprise entre 5 et 24 minutes. Chez l'homme, la concentration plasmatique en acide phenylacétique était  $122.9 \text{ pg/L} \pm 2.9$  avant le contact avec un chien et  $142.4 \text{ pg/L} \pm 9.7$  après le contact avec un chien. De même, la concentration de ce marqueur augmentait chez le chien au contact de l'homme ( $54.6 \text{ pg/L} \pm 7.9$  avant le contact et  $91.2 \text{ pg/L} \pm 7.5$  après). (74)

Une expérience réalisée par Garrity et coll. (1989) a montré que chez les personnes âgées ayant connu le décès d'un proche depuis moins d'un an, et n'ayant pas de confident, les propriétaires d'animaux de compagnie présentaient moins d'épisodes de dépression et rapportaient moins de symptômes physiques ou psychiques. Cette étude a été réalisée par l'intermédiaire d'une enquête téléphonique réalisée auprès de 1232 personnes américaines âgées de plus de 65 ans. (41)

L'attachement aux animaux de compagnie était estimé par les réponses données à six questions :

- Considérez-vous votre animal de compagnie comme un ami ?

- Parlez-vous à votre animal de compagnie ?
- Diriez-vous qu'être propriétaire d'un animal de compagnie participe à votre bonheur ?
- Parlez-vous à votre entourage de votre animal de compagnie ?
- Jouez-vous souvent avec votre animal de compagnie ?
- Est-ce que votre animal de compagnie perçoit ce que vous ressentez ?

Le risque de dépression était plus faible lorsque l'attachement à l'animal était fort et l'effet était direct sur la dépression (scores attribués en réponse aux 20 questions posées par rapport à la dépression grâce à l'échelle CES-D (Center for Epidemiological Studies' Depression Scale), 6.00 pour les personnes les plus attachées et 7.57 pour les personnes les moins attachées à leurs animaux de compagnie). De plus, celles qui étaient le plus attachées à leur animal rapportaient moins de maux que celles qui étaient moins attachées. (41)

La relation entre l'homme et le chien fait intervenir la sphère affective et émotionnelle. Le chien est apaisant et la relation avec lui est souvent citée comme pure, puisque identique quels que soient les événements. C'est une relation stable dans le temps, qui n'est pas sujette aux fluctuations qui pourraient avoir lieu entre individus. L'animal n'a pas un regard dévalorisant, il ne juge pas. (64, 69, 102) L'animal manifeste une acceptation immédiate, ce qui constitue un soutien réconfortant pour une personne, quel que soit son âge. (48)

### c) Rôle de catalyseur social (112)

Jean-Luc Vuilleminot remarque que : « dans cette relation de l'homme à l'animal, l'animal nous contraint à nous renvoyer à notre animalité et, assez souvent, lorsque l'on se trouve dans une situation d'interaction, et, singulièrement, auprès de personnes en déficience, l'animal nous aide assez fréquemment à être un peu plus humain ». En cela, le chien a un rôle de catalyseur social puisqu'il arrive à rétablir des contacts qui pouvaient être distants de par la maladie.

Ce rôle de catalyseur social a été très largement étudié. L'effet d'un programme de chiens visiteurs a été évalué auprès de personnes âgées dépressives. Ces visites répétées avec le même animal permettaient l'instauration d'une relation affective, et les patients appréciaient

de pouvoir nourrir, promener et s'occuper du chien. (47, 89, 71) Le terme de lubrifiant social est aussi employé pour parler du chien. (71) Ryder a rapporté le cas d'une patiente, n'ayant plus parlé depuis trois mois, qui s'était remis à parler lorsque des animaux avaient été admis dans sa maison de retraite. (89)

Dans une étude réalisée par Wood et coll. (2005), le rôle de catalyseur social des animaux a été démontré. Les propriétaires d'animaux de compagnie avaient plus d'opportunités pour parler avec leurs voisins. 40.5 % des propriétaires d'animaux de compagnie indiquaient avoir fait la connaissance de leurs voisins grâce à leur animal. 89.5 % des propriétaires d'animaux de compagnie reconnaissaient saluer leurs voisins et réciproquement, à travers leurs jardins ou en marchant dehors, contre 79.1 % des personnes ne possédant pas d'animal de compagnie ( $p=0.008$ ). (106)

La présence de chiens favorise l'interaction et la conversation avec des personnes inconnues. En effet, le chien sert de sujet de conversation. Certains parlent même de chiens comme un antidote pour rompre l'anonymat de nos sociétés contemporaines. (106)

Messent et Phil ont résumé comment les animaux permettent d'améliorer la sociabilité des gens et les relations entre les individus (71) :

1. Les animaux apportent de la nouveauté et de l'intérêt. Leurs mouvements stimulent l'attention et l'animal devient ainsi un centre d'intérêt lorsqu'il est actif.
2. Les animaux suscitent l'envie et la confiance en soi. L'animal peut être un objet de désir et peut donc déclencher l'intérêt.
3. Les animaux déclenchent un mécanisme de libération inné. Tout comme les enfants suscitent des réponses universelles, les animaux de compagnie déclenchent des comportements communs.
4. L'interaction sociale est renforcée chez les personnes qui portent naturellement un intérêt envers les animaux de compagnie.
5. La présence d'animaux de compagnie permettrait un jugement plus rapide du propriétaire et de dévier plus rapidement sur un sujet commun de conversation.
6. L'animal agit comme un lubrifiant social puisque les animaux de compagnie ne sont pas menaçants et qu'il est acceptable de s'en occuper ou de leur parler.
7. Les chiens peuvent établir un contact avec les individus.

Lorsqu'un chien est présent et qu'on montre un chien en photographie à des personnes âgées en établissement, les patients ont des interactions sociales plus importantes entre eux ou même avec l'équipe. (71) En plus d'assurer un rôle de catalyseur social, le chien assure un rôle de médiateur entre l'intervenant et le résident, en ce sens qu'il sert d'intermédiaire. (9)

Pour les personnes âgées dont les interactions sociales sont limitées, des animaux de compagnie peuvent être source de relation ainsi que de contacts tactiles. Dans une étude avec un chien visiteur, l'observation de résidents en maisons de retraite montrait que 85 à 93 % de ces personnes touchaient ou caressaient le chien avec une moyenne de quinze à vingt fois par individu. (47)

#### **4/ Bénéfices spécifiques pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer**

La maladie d'Alzheimer se caractérise par « une démence de type dégénérative créant à la fois un ralentissement des capacités intellectuelles, une perte des habiletés à exécuter les activités de la vie courante et une désorganisation de la personnalité ». Une détérioration progressive de l'état général est observée. Quand la maladie évolue, elle fait place à différents troubles : des problèmes de mémoire, de communication, de perception, d'orientation, de jugement, d'agitation et d'agressivité. (8)

L'échelle de détérioration globale en sept stades de Reisberg (Global Deterioration Scale [GDS]), ainsi qu'une échelle d'évaluation des stades de fonctionnement (Functional Assessment Staging [FAST]) permettent de suivre la progression de la maladie. Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer perdent leurs aptitudes et leurs facultés dans l'ordre inverse par lequel elles les ont acquises. L'exemple donné par Groulx permet de mieux comprendre cette échelle GDS. Un patient ayant atteint le stade 5 de l'échelle GDS doit être considéré, du point de vue de ses besoins, comme étant âgé de cinq à sept ans. Ainsi, plus le stade de la maladie avance, plus les soins doivent être dispensés comme s'il s'agissait d'un enfant en bas âge. Les principes de gériatrie imposent pourtant de ne pas infantiliser le patient âgé. Pour Groulx, l'approche doit être différente dans la maladie d'Alzheimer. Ainsi, il considère que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont d'énormes besoins d'activités stimulant leur créativité et source de plaisir et que, si une personne atteint le stade

7(d) de l'échelle FAST, qui correspond à un âge approximatif de six à dix mois, elle pourrait avoir besoin d'un objet transitionnel tel qu'un animal en peluche. (45)

Les patients d'USLD présentent fréquemment des comportements perturbateurs, aussi nommés comportements d'agitation pathologique. Il existe une relation étroite entre ces comportements et des démences irréversibles, comme la démence de type Alzheimer (DTA). Les comportements perturbateurs sont définis comme décrivant toute activité motrice, verbale et vocale ne signifiant pas l'expression d'un besoin ou de la confusion. Les manifestations les plus fréquentes de comportements perturbateurs se traduisent sous forme de conduites agressives, d'injures, de répétitions de questions et de phrases, de plaintes récurrentes, de sons, de cris, ainsi que de grognements. Ces comportements ont aussi des conséquences sur le personnel, chez lequel ils créent détresse, stress, voire même parfois de l'exaspération. Les autres résidents dont l'esprit est sain, ou s'ils sont dans une phase d'apaisement, peuvent aussi y voir une entrave au maintien de leur qualité de vie.

La DTA est irréversible, mais certains symptômes peuvent être traités. Les traitements peuvent viser différentes cibles : l'augmentation des capacités cognitives, la diminution des symptômes non cognitifs comme l'agitation, l'augmentation de l'autonomie fonctionnelle, l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du fardeau de soins de l'« aidant naturel ». Un aidant naturel au Canada se définit comme une personne qui dispense des soins et/ou du soutien à un membre de la famille, à un ami ou à un voisin qui possède un handicap physique ou mental, qui est un malade chronique ou dont la santé est précaire. (8)

La présence d'un chien, une fois par semaine dans un établissement, serait à l'origine d'une augmentation de comportements sociaux appropriés, tels que des sourires et des rires, chez les patients atteints de DTA. Chez ces personnes, les bénéfices suivants sont rapportés : bien-être physique et psychologique (52), augmentation de l'estime de soi, création d'un effet calmant et stimulant les réminiscences d'expériences passées auprès des animaux, réduction de l'irritabilité, diminution de la fréquence cardiaque et baisse de l'émission de sons inappropriés. (7)

La réminiscence d'expériences passées avec l'animal par les personnes souffrant de démence s'explique par le fait que l'animal est ancré dans la mémoire affective des personnes âgées et cette mémoire affective est plus longuement préservée chez les patients atteints de DTA. Les médecins évoquent le « plongeon rétrograde » qui permet d'accéder aux souvenirs anciens et

donc de se remémorer des expériences. (80) Cette remémoration permet à ces patients d'améliorer le sentiment d'identité qui est très fréquemment déficitaire chez eux. Lorsqu'une personne agitée évoque verbalement des souvenirs, cela constitue un moyen de communiquer de façon significative entre celle-ci et un intervenant. L'animal est alors un élément de diversion. Cette méthode porte le nom de « stratégie de diversion par réminiscence autobiographique lors de réactions catastrophiques ». De plus, les comportements perturbateurs sont fréquemment observés en fin de journée ou lors de périodes de soins. Aussi, le chien pourrait servir d'élément de diversion lors de ces moments particulièrement difficiles, (7) les problèmes comportementaux ayant tendance à diminuer en sa présence. (4) De plus, quand la maladie progresse, la communication non verbale remplace la communication verbale. Les personnes atteintes de DTA utilisent donc le langage corporel pour exprimer leurs émotions. Les intervenants doivent alors favoriser les regards, l'utilisation du toucher, l'observation des émotions et des mouvements. Un chien permettrait alors de favoriser cette communication non verbale. (8)

McCabe et coll. ont étudié l'existence d'un rapport entre la présence d'un animal résidant dans une unité de soins pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et la prise de médicaments. L'échantillon était composé de 22 résidents atteints par la maladie d'Alzheimer et qui vivaient dans une unité de soins spécialement dédiée à cette maladie. Les médicaments prescrits à ces patients étaient pour 22.7 % d'entre eux des antidépresseurs, pour 50 % des antipsychotiques, pour 9.1 % des benzodiazépines et pour 18.2 % des anxiolytiques. Un chien était présent toute la journée pendant quatre semaines. Les résultats de cette étude ont montré qu'une baisse des comportements perturbateurs avait lieu pendant la journée en présence du chien (l'agressivité passant d'une moyenne de 13.95 avant l'intervention du chien à 7.95 après ; les comportements irrationnels de 11.86 à 8.23 ; le fait de dormir de 4.41 à 2.73 ; l'ennui de 3.41 à 1.36). Aucune différence significative cependant n'a été notée pour la prise de médicaments. (67)

Dans une autre étude, un programme de thérapie assistée par l'animal, chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, a été initié avec une chienne Golden Retriever de six ans. Deux séances de 90 minutes ont eu lieu deux fois par semaine. Les patients prenaient part au brossage, donnaient des friandises et de l'eau à la chienne, marchaient avec elle, lui donnaient des ordres, parlaient avec elle ou à son sujet avec d'autres personnes. Pendant ces séances, il était demandé aux patients d'évoquer des souvenirs et des expériences passées avec les

animaux. Des questions précises étaient posées au sujet de la chienne, du mode de vie d'un chien, de ses besoins et de l'interprétation de son comportement. Il a été noté une légère augmentation de la durée des périodes d'attention, une nette amélioration des interactions entre les patients, une baisse des problèmes comportementaux, une hausse du moral et des communications verbales. Une nette amélioration du langage avait aussi été notée, ainsi qu'une légère réduction des altérations cognitives. (13)

De plus, les animaux permettent aux personnes qui interagissent avec eux d'apprécier ce moment d'interaction, ce qui est particulièrement intéressant avec les patients atteints de la maladie d'Alzheimer qui ont beaucoup de mal à être maintenus dans ce moment présent. En effet, en début de maladie d'Alzheimer, les patients ont tendance à se reporter à leurs souvenirs lointains et oublier les événements proches. Ce rôle de catalyseur social est plus marqué pour le chien que pour les autres animaux de compagnie. La présence du chien focalise les pensées et la conversation sur le présent. (47, 48)

Beaucoup d'articles ont été publiés sur les effets bénéfiques de la présence d'un aquarium auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. En effet, Edwards et Beck ont insisté sur une des conséquences qu'entraîne la maladie d'Alzheimer qui est la perte rapide et sévère de poids. L'objectif de cette recherche était de constater les effets que provoque l'introduction d'un aquarium sur la prise de nourriture et sur le comportement des patients. Les patients ont pris en moyenne 1.5 kg durant l'étude. De plus, une amélioration du comportement avait aussi été notée avec une baisse des agressions physiques. Lors de cette expérience, une satisfaction bien plus grande du travail de l'équipe de l'établissement avait été notée au quotidien. (34, 35) Les observations du personnel soignant ont apporté des suggestions pour tenter d'expliquer la prise de poids des patients après l'arrivée de l'aquarium. Aussi, les résidents, qui avaient tendance à déambuler dans les couloirs, arrivaient à s'asseoir pendant des périodes plus longues en présence de l'aquarium. Ce temps supplémentaire passé assis devant la table aurait permis une prise de nourriture plus conséquente. Les personnes léthargiques étaient plus attentives et éveillées en présence de l'aquarium et, ainsi, se nourrissaient plus. Cette prise de poids permet de retarder la fonte musculaire, qui permet, elle-aussi, de retarder la dépendance fonctionnelle et la perte d'autonomie. Une meilleure nutrition aide à baisser l'incidence des chutes, prévient les infections dermatologiques, les escarres et les sepsis. Ceci, à terme, peut améliorer la qualité

de vie des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et réduire la charge de travail des membres de l'équipe soignante. (34, 35)

## **5/ Bienfaits sur le personnel soignant et la famille**

Les activités associant l'animal à visée thérapeutique représentent des bénéfices non seulement pour les patients, mais aussi pour les familles et les membres de l'équipe soignante. (63) Le séjour en USLD est souvent source de tristesse pour les familles des résidents qui constatent la dégradation progressive de l'état de leurs parents, sans pouvoir apporter de l'aide.

Lorsque les familles viennent rendre visite à leurs proches, elles ne voient souvent pas d'amélioration, mais, au mieux, une stabilisation des symptômes et parfois une progression de la maladie. Il faut donc aussi prendre en compte la souffrance des familles qui font parfois face à un sentiment de culpabilité d'avoir placé leurs parents en institution et de ne pas s'en occuper eux-mêmes. Aussi, le moindre signe de rattachement à la réalité, ne serait-ce que par une marque d'attention qui n'avait plus lieu jusque là, un sourire, des paroles, voire même une conversation sensée dont le chien serait le sujet de base, apporteraient un soulagement aux familles. (64) Si la présence d'un chien permet d'améliorer l'humanité de ces lieux où nos proches terminent leur vie, il faut amplifier cette procédure. L'objectif de ces programmes est aussi de stimuler une forme de vie dans ces établissements, et, par là-même, de rapprocher les familles qui parfois espacent leurs visites au cours de l'hospitalisation de leurs proches. (64)

La visite d'animaux de compagnie en établissement produirait une atmosphère familiale symbolisant et recréant la maison. (47) Les animaux peuvent servir de substitut pour les enfants qui ne rendent pas visite aux résidents, non pas en remplaçant les enfants, mais en apportant du réconfort aux résidents. La présence d'animaux peut également encourager les enfants à rendre visite à leurs proches. (5)

Enfin, l'introduction d'animaux modifierait aussi le comportement de l'équipe soignante dans les institutions pour personnes âgées, les rendant plus optimistes et traitant les patients et l'animal avec plus de sensibilité. (5)

# **TROISIEME PARTIE : PROCEDURE D'ELABORATION D'UN PROJET DE THERAPIE ASSISTEE PAR LE CHIEN ET APPLICATION A L'HOPITAL DE GIMONT**

## **I. PRESENTATION DE L'HOPITAL DE GIMONT**

Gimont est une ville de 2825 habitants (chiffre INSEE 2005), située dans le Gers, entre les villes de Toulouse et d'Auch. L'hôpital de Gimont est à vocation gériatrique et dispose de plusieurs services :

- le service de médecine qui prend en charge les personnes âgées présentant des maladies aiguës ou en fin de vie. Sa capacité est de 15 lits.
- le moyen séjour qui accueille des personnes âgées en convalescence dans le cadre d'une réautonomisation. Les personnes qui séjournent dans ce service sont soumises à un bilan gérontologique qui détermine leur capacité à rentrer chez elles ou l'entrée en institution si elles n'en sont plus capables. Sa capacité est de 15 lits.
- l'Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes aussi appelé EHPAD 1 qui accueille des personnes âgées plus ou moins dépendantes, pour lesquelles le retour à domicile est impossible. La capacité de ce service est de 157 lits.
- l'Unité de Soins Longue Durée encore appelée EHPAD 2 qui reçoit les personnes âgées dont la dépendance physique est lourde, et/ou les individus qui ont une déficience psychique sévère. La capacité de l'USLD est de 30 lits.
- le service de soins à domicile qui assure un maintien à domicile des personnes qui le peuvent encore par leur prise en charge, avant ou après une hospitalisation. Ce service prend en charge 30 malades.

Les services de médecine, de moyen séjour et l'USLD font partie d'un nouveau bâtiment depuis mai 2000.

L'USLD est située au premier étage de l'établissement. Les couloirs de ce service sont conçus en boucle, de sorte que les personnes déambulant ne soient pas bloquées par une porte ou un mur. De plus, des fresques peintes sur les murs et se continuant sur les portes permettent de masquer les sorties. Une salle de séjour est munie de très grandes baies vitrées afin d'apporter de la lumière et une vue panoramique sur la commune et principalement sur le boulevard Nord de Gimont, ce qui permet le maintien d'un lien avec la vie extérieure.

Ce service comprend 25 chambres individuelles et 3 chambres doubles.

L'USLD de Gimont a signé la convention tripartite et est un EHPAD sanitaire.

Les résidents du service USLD présentent des types de maladies variés :

- des démences à différents stades
- des troubles locomoteurs et cognitifs (accident vasculaire cérébral, aphasie, troubles de la communication...)
- des troubles locomoteurs sans atteinte cognitive
- des maladies dégénératives (scléroses latérales amyotrophiques, maladie de Chorée...)

L'équipe soignante se compose de :

- 1 médecin coordonnateur
- 4 médecins généralistes
- 0.5 équivalent temps plein (ETP) cadre infirmier supérieur
- 1 ETP kinésithérapeute
- 1 orthophoniste intervenant sur prescription
- 1 psychologue en visite le lundi
- 1 ergothérapeute intervenant ponctuellement en USLD
- 3.5 ETP infirmières
- 7.8 ETP aides soignantes
- 0.3 ETP auxiliaire médico-psychologique
- 6.7 ETP agent des services hospitaliers
- des bénévoles de l'association des Visiteurs Médicaux des Etablissements Hospitaliers.

## II. PHASE D'ETUDE DE FAISABILITE

Un programme d'activités associant l'animal à visée thérapeutique nécessite toujours l'enthousiasme des intervenants. Il est nécessaire que certaines évaluations soient faites, et que des protocoles et une stratégie de management soient mis en place. (2)

Les principes de la mise en place d'un projet sont ici présentés ainsi que leur mise en œuvre à l'hôpital de Gimont.

### **1/ Principes de conduite d'un projet**

#### a) Conceptualisation d'une Activité Associant l'Animal (AAA) au sein de l'établissement

Un projet d'activité associant le chien dans un service est conceptualisé par une personne travaillant au sein de l'établissement. Cette personne doit avoir quelques notions sur les AAA. Le concept est alors formulé auprès des organes décisionnels, c'est-à-dire auprès des cadres du service et de la direction de l'établissement. Si cette idée est retenue, un comité de pilotage peut être constitué.

En mars 2004, le projet a été présenté à la Directrice de l'hôpital de Gimont et à la responsable du personnel. Toutes deux étaient intéressées par le projet et favorables à sa poursuite.

#### b) Constitution d'un comité de pilotage

Un projet soutenu seul s'essouffle rapidement, aussi il faut rapidement s'entourer d'une équipe. Le comité de pilotage sera donc constitué par des intervenants intéressés par le projet d'AAA. Il peut s'agir de psychologues, psychiatres, thérapeutes, médecins généralistes, vétérinaires, infirmiers et aides-soignants. Il est préférable d'avoir au moins un intervenant de chacune des professions précédemment citées afin que toutes puissent être représentées lors des réunions.

En janvier 2004, un comité de pilotage a été formé à l'hôpital de Gimont. Il regroupait des membres de l'équipe soignante intéressés par le projet d'activités associant l'animal ; un médecin coordonnateur, un cadre infirmier supérieur, un psychologue, un kinésithérapeute, une infirmière hygiéniste, une infirmière, un auxiliaire médico-psychologique, trois aides soignantes et un agent de service hospitalier.

### c) Recherche d'informations

Les intervenants du comité de pilotage doivent trouver des expériences similaires dans les articles, dans des établissements ayant déjà mis en place ce type de projet, partager leurs expériences et évaluer les bénéfices apportés par la présence d'un chien dans une USLD. Le Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal (GRETFA) et l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie (AFIRAC) se proposent d'aider les établissements qui les contactent en leur donnant des informations.

L'AFIRAC a créé des modules de formation, qui ont lieu à Alençon, soutenus par le Ministère de l'Agriculture. Cette formation consiste en différents modules par palier, avec pour objectif d'acquérir des pratiques pour travailler avec l'animal. Il existe différents niveaux. Le premier se résume en une sensibilisation aux activités associant l'animal, les programmes déjà mis en place et les aspects réglementaires, éthiques et sanitaires. Le deuxième module s'adresse aux personnes qui ont un projet et qui en ont fait part à l'équipe d'encadrement. Les modules suivants sont orientés sur le suivi, la finalisation et l'amélioration des procédures. (99)

La Delta Society, aux Etats-Unis, propose aussi une aide lors du démarrage d'un projet et dispose de nombreuses informations. Dans les années 90, elle a commencé à établir une liste des activités associant l'animal et des programmes d'AAA-T dans les établissements hospitaliers. (63)

Les intervenants doivent aussi se renseigner sur les caractéristiques du chien. Ces informations peuvent être directement recueillies auprès du vétérinaire faisant partie du comité de pilotage.

L'AFIRAC, le GRETFA, la Delta Society, Zoothérapie Québec, Ethologia et l'Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier Beziehung (IEMT) disposent de beaucoup d'informations et la consultation de leurs sites internet apporte de nombreux renseignements. Leurs coordonnées figurent dans le Tableau 1.

#### d) Formulation du projet

Il faut clairement formuler le projet. Les caractéristiques des bénéficiaires du projet doivent être clairement définies. Ainsi, il faut établir le profil de chacun des résidents, en catégorisant ses symptômes et troubles, et en formulant pour chacun des objectifs et les moyens de les atteindre.

Le programme d'activités associant le chien et son arrivée dans l'enceinte de l'hôpital doivent clairement figurer dans le projet d'établissement.

Le projet de Gimont a été formulé de la manière suivante :

*Le projet consiste en « l'insertion d'un chien d'accompagnement social dans l'USLD de l'hôpital de Gimont avec pour objectif l'enrichissement de la vie sociale des résidents, le combat contre leur isolement affectif, de faciliter les visites par les familles des résidents et, plus généralement, d'apporter de la vie et du plaisir à ces personnes âgées. Ce chien d'accompagnement social doit simultanément être un chien de compagnie et un nouvel acteur apportant une aide à l'équipe soignante pluridisciplinaire. Une nouvelle prise en charge du patient est souhaitée, avec la réalisation d'un projet thérapeutique individuel, pour améliorer ses troubles (de comportement, locomoteur...). »*

Le comité de pilotage de Gimont a envisagé des projets thérapeutiques individuels, spécifiques à chaque résident.

L'équipe de pilotage a mis en place une démarche en cinq étapes présentée dans la Figure 1.

Pour chaque affection, des objectifs et des moyens ont été développés par l'équipe soignante résumés dans le Tableau 2.

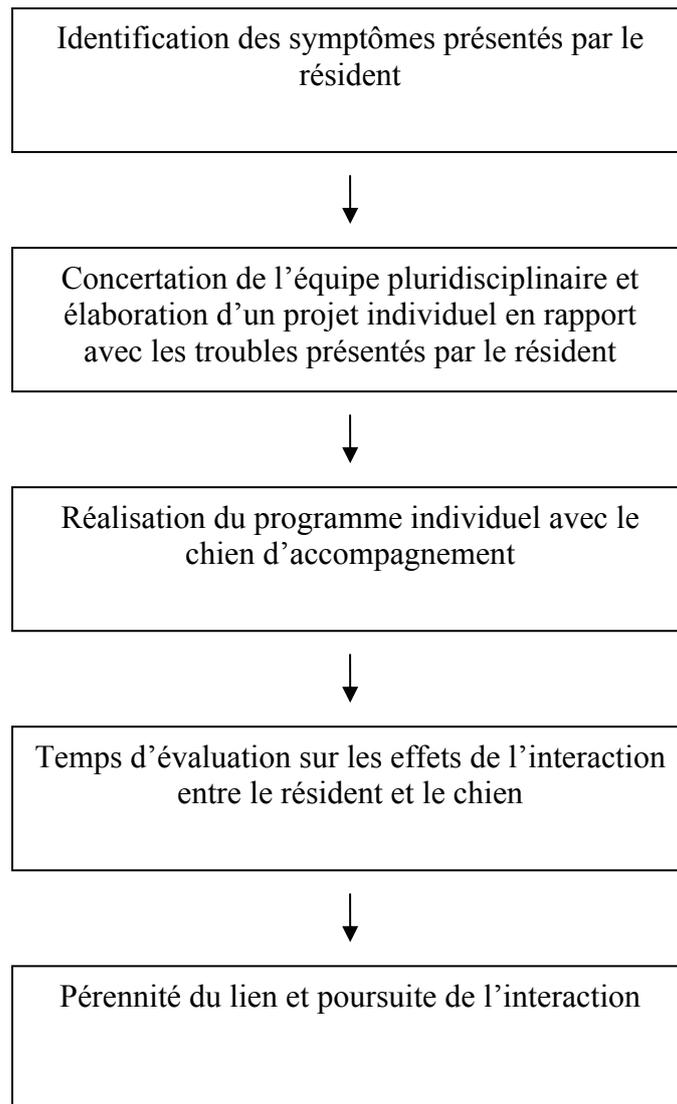
**Tableau 1** : Coordonnées de l'AFIRAC<sup>1</sup>, du GRETFA<sup>2</sup>, de la Delta Society, de Zoothérapie Québec, d'Ethologia et de l'IEMT<sup>3</sup>

NOM	ADRESSE	SITE INTERNET	E-MAIL
AFIRAC <sup>1</sup> et GRETFA <sup>2</sup>	32 rue de Trévisse 75009 Paris Tél : 01 56 06 12 00		afirac@afirac.org
Delta Society	875-124th Ave NE # 101, Bellevue WA 98005 Etats-Unis	<a href="http://www.deltasociety.org">http://www.deltasociety.org</a>	info@deltasociety.org
Zoothérapie Québec	7779 avenue Casgrain Montréal, Québec, H2R 1Z2 Canada	<a href="http://www.zootherapiequebec.ca">http://www.zootherapiequebec.ca</a>	zooq@zootherapiequebec.ca
Ethologia	Ethologia asbl Rue Konkel 87-89 1150 Bruxelles Belgique	<a href="http://www.ethologia.be">http://www.ethologia.be</a>	info@ethologia.be
IEMT <sup>3</sup>	IEMT Suisse Carmenstrasse 25 Case postale 1273 CH-8032 Zurich Suisse	<a href="http://www.iemt.ch">http://www.iemt.ch</a> (avec lien en français accessible depuis la page d'accueil)	

<sup>1</sup> AFIRAC : Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie

<sup>2</sup> GRETFA : Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal

<sup>3</sup>IEMT : Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier Beziehung



**Figure 1** : Démarche de la mise en place des projets thérapeutiques individuels

**Tableau 2** : Liste des troubles répertoriés par le comité de pilotage de l'hôpital de Gimont, objectifs et moyens d'amélioration par les Activités Associant l'Animal.

<b>Affection</b>	<b>Objectif</b>	<b>Moyens</b>
<b>Troubles de l'humeur</b> (anxiété, angoisse, démotivation)	Rétablir un lien de confiance	Chien source de contact physique apaisant par les caresses, source de motivation et de valorisation. Le résident peut parler au chien.
<b>Troubles du comportement</b> (agitation, apathie, agressivité, déambulation, comportement obsessionnel, logorrhée)	Minimiser ou accompagner le trouble, lui donner un sens et apporter une source d'apaisement et de motivation	Créer une interaction entre le résident et le chien afin d'accompagner le trouble (promenade avec le chien pour une personne déambulante).
<b>Troubles de la communication verbale et non verbale</b> (isolement sensoriel, démence à un stade avancé)	Etablir une communication verbale avec un patient parlant peu ou non verbale avec un patient ne parlant plus	Parler du chien puis d'autres sujets. Favoriser le contact physique par la caresse.
<b>Perturbations de l'affect</b> (carence affective, isolement familial, veuvage récent, baisse de l'estime de soi, inappétence)	Recréer un lien affectif	Chien : objet d'affection, source de compagnie et de valorisation (laisser au résident un maximum de tâches à réaliser : sortie en laisse, brossage).
<b>Rupture du lien social</b> (perte des habitudes de vie antérieure, ennui, isolement)	Rétablir le lien avec la famille du résident, faire participer le patient aux activités	Créer un lien d'attachement par le contact quotidien du chien et utiliser ce lien comme catalyseur social.
<b>Troubles locomoteurs</b> (altération de la marche et de la coordination des mouvements)	Faire participer aux exercices proposés par le kinésithérapeute	Présence du chien lors des exercices, voire intégration complète du chien aux exercices (lancer de balles, brossage, caresses).
<b>Troubles cognitifs et mnésiques</b> (perte des souvenirs, de la mémoire tactile, affective, épisodique et sémantique, désorientation)	Favoriser la réminiscence, maintenir/réactiver le langage, donner un repère dans le temps	Exercices de mémoire par rapport au chien (se rappeler son nom, ses anciens animaux).

## e) Communication interne

- Réunion d'information du personnel soignant

Un forum de discussion est mis en place avec le reste de l'équipe soignante. Le comité de pilotage doit très régulièrement réunir le reste de l'équipe soignante pour faire remonter les questions ou les doutes du personnel et y répondre. Des questionnaires permettent de recueillir les avis.

Aussi, il faut réaliser de nombreuses réunions d'informations auprès du personnel. Ces réunions doivent être gérées de la façon suivante. Tout d'abord l'ordre du jour (fil conducteur de la réunion, il précise les différents sujets à traiter ainsi que leur ordre), les objectifs et la durée de cette réunion (une réunion ne doit pas excéder quatre-vingt dix minutes pour qu'elle se déroule dans des conditions optimales) doivent être clairement définis. Ces informations doivent être transmises aux participants avant que la réunion ne se tienne.

Un animateur issu du comité de pilotage conduit la réunion, en ce sens qu'il cadre la réunion, sur les objectifs, respecte le temps accordé à chaque point clef de la réunion et anime les échanges tout en restant neutre. En fin de réunion, il synthétise les points-clefs et les décisions prises.

Le cadre de la réunion doit aussi être réfléchi. La salle ne doit pas être bruyante, la table ne doit pas être trop grande et tous les participants doivent se voir. De l'eau est mise à la disposition de chaque participant.

Si tous les participants ne se connaissent pas, il faut qu'ils se présentent. Le rôle revient alors à l'animateur de désigner dans un ordre aléatoire les personnes devant se présenter. Le tour de table dans les sens des aiguilles d'une montre est à éviter, puisque chaque participant, en attendant son tour, n'écoute pas les personnes qui le précèdent.

Un support papier peut être fourni avant ou après la réunion, mais, pendant le déroulement de celle-ci, il faut préférer les diapositives sur support informatique ou le rétroprojecteur pour éviter que les participants ne s'appuient que sur un support papier.

En secteur hospitalier, le début d'après-midi est le moment de la journée à privilégier pour les réunions.

Lors de ces réunions, il est important que tous les participants donnent leur avis et posent leurs questions et que les membres du comité de pilotage sachent y répondre. Si, avant de commencer la réunion, l'animateur a déjà connaissance des participants qui ont des questions ou qui risquent de s'opposer au projet, il leur réservera des places auprès de lui à la table de réunion. Ainsi, au cours de la réunion, s'il sent que ces personnes sont mal à l'aise, il pourra directement les faire intervenir.

Un vote doit être réalisé pour l'approbation du projet par l'ensemble du personnel soignant, le mieux étant de le faire à bulletin secret.

A l'hôpital de Gimont, le 30 mars 2004, les infirmières ont été réunies par le comité de pilotage. Les activités associant l'animal leur ont été présentées, ainsi que le projet d'insertion d'un chien dans l'établissement. Un vote a été effectué pour connaître leur approbation. Le comité de pilotage s'était fixé un seuil de 70 % de réponses favorables pour que le projet se poursuive. Dix-huit infirmières sur vingt et une ont adhéré au projet. Les préoccupations principales qui sont ressorties lors de cette réunion étaient par ordre décroissant : les risques d'accidents, la surcharge de travail des infirmières, puis l'aspect hygiène et suivi vétérinaire.

Le 7 mai 2004, les soignants (aides-soignants, auxiliaires médico-psychologiques, agents de services hospitaliers, kinésithérapeute, psychologue) ont été réunis à leur tour. La réunion s'est déroulée selon le même modèle que celle des infirmières. Les soignants ont aussi été soumis à un vote décisionnel. Tous les soignants présents lors de cette réunion se sont prononcés favorablement.

- Recherche du référent principal et des référents suppléants

Dans les programmes d'AAA, il existe deux modes pour le choix des référents. Dans le cadre d'un chien visiteur, il peut s'agir d'un référent unique. Le chien est alors sous la responsabilité du référent unique.

A Gimont, le deuxième mode a été choisi, il s'agit de référents multiples qui ont la charge du chien. Ce mode de fonctionnement est préféré dans les institutions où le chien reste à demeure

ou bien lorsqu'il se rend quotidiennement dans l'institution. Une équipe de référents suppléants est constituée autour d'un référent principal.

A Gimont, pour trouver un référent principal et des suppléants, des conditions ont été imposées :

- Le référent principal prend le chien en charge dès la sortie de son travail et les week-ends en l'emmenant à son domicile.
- Le chien arrive le matin à l'hôpital de Gimont, lorsque le référent principal prend son travail et repart avec lui à la fin de sa journée.
- Le référent principal est secondé par des référents suppléants. Ces derniers sont sollicités lorsque le référent est en congé ou en arrêt maladie.

Le référent a un rôle essentiel vis-à-vis du chien introduit dans le programme d'AAA. Il doit veiller à sa santé et doit contacter le vétérinaire référent si besoin. Il assure un bien-être au chien. En sa présence, le chien doit exprimer un registre comportemental complet (éducatif et spontané). Ainsi lorsque le chien quitte l'établissement et rentre avec le référent principal le soir, il retrouve une vie standard de chien.

Le comité de pilotage de Gimont a fixé les critères requis pour choisir le référent :

- Le référent doit être volontaire et motivé.
- Le souhait d'adoption d'un chien doit être partagé par tous les membres de la famille du référent.
- Le référent est salarié dans l'établissement.
- Ses horaires de travail permettent la présence du chien matin et après-midi du lundi au vendredi.
- Le référent assure un suivi régulier du chien par l'intermédiaire du vétérinaire référent. Il s'engage à le consulter le plus précocement au moindre doute sur la santé ou le comportement du chien.
- Il assure une sécurité optimale au chien et possède, de préférence, un jardin clos.
- Il veille à sa qualité de vie (ballade, diététique, activité physique, soins).
- Il s'engage à rendre le chien disponible pour l'hôpital.

Le chien d'accompagnement social appartient à l'hôpital de Gimont et non au référent principal. L'appartenance légale à l'hôpital doit faire l'objet d'un contrat écrit, établi entre

l'hôpital et le référent. Aussi, la prise en charge financière du chien d'accompagnement social est assurée par l'hôpital. De plus, si le référent quitte son emploi ou s'il néglige le chien, l'hôpital s'octroie le droit de le lui retirer et de le confier à un autre référent.

Après avoir défini quelles sont les qualités requises pour être référent, un appel à candidature doit être organisé.

Ainsi, à Gimont, un appel à candidature a été diffusé à l'ensemble du personnel de l'établissement, tous services confondus, en juin 2005.

La personne retenue était un cadre supérieur de l'hôpital. Cette personne était propriétaire d'une maison à proximité de l'hôpital avec un très grand terrain non clos. Elle était déjà propriétaire d'une chienne Boxer. Un entretien avec le vétérinaire référent a été convenu pour connaître le comportement de cette chienne en présence d'un autre chien, au domicile de la personne retenue par l'appel à candidature. Le vétérinaire référent a, pour cette occasion, amené sa chienne, une Golden Retriever. Les deux chiennes se sont très bien entendues lors de cette rencontre et la chienne de la candidate choisie n'a montré aucune animosité envers l'autre chienne. Il a donc été décidé que ce cadre supérieur pouvait être référent principal du chien d'accompagnement social.

Deux référents suppléants ont été sélectionnés. Il s'agit de deux cadres de santé. Le référent principal leur laisse la chienne 70 jours par an. Chacun de ces référents est aussi propriétaire d'un chien.

## **2/ Cadre législatif autour des activités associant un chien dans une USLD**

a) Textes de lois concernant la présence animale en secteur hospitalier et maison de retraite (91)

En premier lieu, il paraît incompatible d'introduire un animal dans une structure hospitalière à cause du danger occasionné en termes d'infections nosocomiales et de la gêne entraînée par la présence des animaux. Pourtant, en imposant un cadre et des règles strictes à respecter en termes de sécurité, cette cohabitation se déroule sans aucun problème.

Pour les maisons de retraite, le ministère des affaires sociales dit dans la circulaire Franchesci du 11 mars 1986 que : « les personnes âgées qui ont un animal familier, doivent être

autorisées à le garder avec elles, dans la mesure où il ne créera pas une contrainte anormale pour le personnel et où il ne gênera pas la tranquillité des autres résidents ». Dans les faits, seul le directeur ou le responsable de l'établissement autorise les résidents à venir avec leur animal familial et le stipule dans son règlement intérieur.

La loi est différente pour les établissements hospitaliers. L'article 47 du décret numéro 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux indique : « les animaux domestiques ne peuvent être introduits dans l'enceinte des hôpitaux ».

Cependant, la loi est un peu différente pour les chiens guides d'aveugle. En effet, la circulaire numéro 40 du 16 juillet 1984, du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, prévoit l'accès des chiens guides d'aveugles aux Centres Hospitaliers, dans les structures d'accueil ou les salles d'attente.

Claude Evin, Ministre de la Santé, a déclaré en janvier 1990 en réponse à une question de M. Maujouan du Gasset à propos de la Thérapeutique Facilitée par l'Animal : « bien qu'en milieu hospitalier, la réglementation ne soit pas adaptée à la thérapie préconisée par l'honorable parlementaire, le Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la protection Sociale ne serait pas opposé à ce qu'une réflexion soit menée en concertation avec le corps médical et les professionnels de santé concernés, sur tous les aspects de ce mode de traitement ainsi que sur les conséquences qu'impliquerait son application ». (18)

En 1990, la charte de l'animal à Monaco établit que les maisons de retraite médicalisées ou non sont tenues d'accepter les animaux et plus particulièrement ceux des personnes résidentes dans l'établissement. (91)

Finalement, dans les faits, les directeurs d'hôpitaux sont libres d'accepter ou non l'entrée des animaux dans leurs établissements, en appliquant les règles de sécurité et d'hygiène.

## b) Responsabilité civile de l'hôpital et du référent

Nous avons vu précédemment que le propriétaire du chien d'accompagnement social, dans le mode de fonctionnement choisi, était l'hôpital.

Cependant, l'article 1385 du code civil spécifie que : « Le propriétaire d'un animal, ou celui qui s'en sert, pendant qu'il est à sa charge, est responsable du dommage que l'animal a causé, soit que l'animal fût sous sa garde, soit qu'il fût égaré ou échappé. »

Cela signifie que l'hôpital et le référent principal doivent prendre une extension de garantie déclarant le chien pour la responsabilité civile. En effet, les soirs et les week-ends, le chien est en garde chez le référent principal donc ce dernier est responsable des dommages causés par le chien.

### **3/ Aspects financiers**

#### a) Evaluation des moyens immobiliers

Le comité de pilotage doit réfléchir à une aire de repos pour le chien, à une zone de déjection, aux zones où le chien ne peut accéder et aux dimensions des chambres pour voir si le chien peut y être admis.

Le chien d'accompagnement social nécessite de nombreux temps de repos au cours de la journée. Des périodes de calme lui seront accordées après chaque exercice, promenade ou jeu. Il faut donc installer une ou plusieurs aires de repos dans l'établissement. Cet endroit peut être un bureau tranquille où le panier du chien serait disposé, une pièce avec une fenêtre où le chien ne serait pas dérangé pendant sa sieste. Il faut éviter les zones de passage, les endroits insuffisamment aérés voire trop aérés. Ce lieu ne devrait être accessible qu'au référent pour éviter toute stimulation du chien par une personne qui ne l'aurait pas encore vu dans la journée. Il serait préférable que le chien puisse s'y rendre à sa guise. Une sorte de chatière, c'est-à-dire un bas de porte articulé à double sens, peut ainsi être aménagée pour que le chien puisse se rendre dans cet endroit lorsqu'il le souhaite. Dans cet espace doit être disposée une gamelle d'eau, de sorte que l'animal ait de l'eau toute la journée, le référent y veillant. Si le chien ne peut se rendre seul à ce lieu, il faudra lui imposer des temps de repos et l'y conduire plusieurs fois par jour. De plus, cet endroit peut servir à isoler le chien lorsque sa présence n'est pas souhaitée, par exemple lors du lavage des sols ou des repas des résidents. (100)

La zone de déjection doit avoir une surface facilement nettoyable et désinfectable. En effet, une aire de déjection en terre ne permet pas son nettoyage, mais uniquement un ramassage des déjections et la contamination se trouve alors favorisée. De plus, lors de temps pluvieux, si cette zone ne se trouve pas couverte, il faut envisager de sécher le chien avant son entrée dans

l'hôpital, de sorte qu'il n'entraîne pas de salissures supplémentaires. Cette zone doit être close par un grillage afin que le chien puisse être lâché. Une arrivée d'eau à proximité facilite le nettoyage de la zone. L'animal doit être habitué à cette zone. En effet, si on lui laisse le choix, un chien préfère une zone d'herbe pour faire ses besoins. Il ne faut pas se décourager si le chien refuse de faire ses besoins la première fois qu'il est amené dans la zone de déjection. Des sacs plastiques permettent de ramasser les déjections sans se salir les mains. Ils sont ensuite directement jetés dans une poubelle prévue à cet effet. Pour les chiens mâles, un poteau central favorisera le marquage.

L'AFIRAC a répondu à de nombreux projets urbains pour lutter contre les déjections canines. Il existe ainsi des canisites spécialement conçus pour attirer le chien. Leur surface varie de 5 à 30 m<sup>2</sup>, leur sol doit être attractif pour l'animal, la fonction de la zone doit être clairement identifiée par un panneau, la réalisation doit favoriser l'intégration à l'environnement. Le site doit être nettoyé au jet d'eau quotidiennement et désinfecté au moins deux fois par semaine avec de l'eau de Javel diluée.

Le sable est à éviter puisque, même si les déjections du chien sont ramassées et jetées immédiatement, des chats errants peuvent y venir et enfouir leurs déjections. Ainsi, les bacs à sables des zones de loisirs pour enfants sont très fréquemment contaminés. (36)

#### b) Estimation du coût d'un projet d'activités associant le chien

Le comité de pilotage doit penser au coût de l'arrivée d'un chien dans l'établissement, non seulement lors de son acquisition, mais aussi pour la suite du programme.

Avant l'arrivée du chien :

- Formation aux activités associées à l'animal (voir AFIRAC ou Handi'chiens)
- Acquisition du chien :
  1. chien-guide d'aveugles réformé (prix proposé par l'association des chiens-guides d'aveugle de Toulouse) : 500 euros
  2. chien réformé par HANDI'CHIENS : 4000 euros
- Aménagement d'un canisite (zone bétonnée, clôturée et signalée) : 1500 à 4500 euros suivant le dispositif (avec ou sans évacuation)

- Matériel de soins :
  - \* Peigne et gant de toilettage : 10 euros
  - \* Coupe-ongles : 10 euros
  - \* Pince à tiques : 5 euros
- Laisse et collier : 30 euros
- Matériel de jeu pour les activités avec les patients : 100 euros
- Couchage : corbeille plastique et coussin : 60 euros
- Gamelle en inox : 5 euros

Soit un total pouvant atteindre 8500 à 9000 euros.

Budget annuel :

- Alimentation (calcul pour une ration Labrador Retriever de 30 kg avec croquettes Royal Canin Labrador Retriever 30) : 750 euros
- Vaccins : 100 euros
- Coproscopie parasitaire envoyée au laboratoire : 60 euros
- Produits d'hygiène (soins des oreilles, soins des yeux, dentifrice, shampoings physiologiques) :
  - Lotion auriculaire : 20 euros
  - Lotion oculaire : 10 euros
  - Dentifrice : 20 euros
  - Shampoing physiologique : 50 euros
- Sacs plastiques pour ramasser les déjections : 40 euros
- Antiparasitaires externes (contre puces, tiques et poux) : 120 euros
- Vermifuge : 20 euros
- Assurance complète pour le chien (maladie et chirurgie) Generali : 300 euros
- Franchise Generali : 15 à 100 euros par acte
- Assurance en responsabilité civile de l'établissement

Soit un total d'environ 1500 euros par an, en dehors de tout problème de santé nécessitant la visite chez un vétérinaire.

Un dossard peut s'avérer utile. (18, 103) En effet, des établissements hospitaliers ayant déjà mis en place des programmes d'AAA-T font part de leurs problèmes, au début, à expliquer aux patients et aux visiteurs pourquoi ils ne peuvent apporter leurs propres animaux. L'identification ostentatoire du chien « thérapeute » par l'emploi d'un dossard, d'une médaille

ou d'un foulard, où il est inscrit sa fonction, montre clairement que ce chien appartient à l'institution et a une vocation utilitaire. (63) L'achat de ce dossard peut être sponsorisé.

Le choix des jouets doit faire l'objet d'une attention particulière. C'est au kinésithérapeute que doit revenir cette tâche. Les jouets ne sont pas choisis en fonction des préférences du chien, mais pour des objectifs particuliers de rééducation des résidents. Les dimensions, les formes et les matières sont réfléchies de sorte que la préhension stimule différents muscles.

### c) Financement du projet

Comme nous l'avons déjà vu, l'arrivée d'un chien d'accompagnement social a un coût. Il faut penser aux dépenses à l'arrivée du chien, mais aussi aux dépenses annuelles et toujours prévoir un budget au cas où des visites supplémentaires chez le vétérinaire s'imposeraient. De plus, il est important d'expliquer au personnel l'origine des fonds consacrés au projet.

Des organismes comme les Lions clubs ou le Rotary participent à des projets de santé. Certaines fondations offrent également généreusement des financements à des établissements sélectionnés chaque année sur le bien-fondé de leur projet.

L'établissement hospitalier peut aussi parler du projet à la mairie de la commune. Un contact avec l'extérieur, tels que des articles sur l'insertion du chien dans l'établissement dans les journaux locaux, ou d'autres organismes d'information, voire même des brochures expliquant le projet, permettent de véhiculer une publicité pour tous les organismes, fondations ou sociétés ayant participé au projet.

L'hôpital de Gimont a trouvé des fonds à l'extérieur en participant à un concours organisé par la Fondation Adrienne et Pierre Sommer. Cette fondation a été créée en 1971 et est abritée par la Fondation de France depuis 1984. L'appel à projet de la Fondation a lieu chaque année et les dossiers doivent être envoyés avant le 31 octobre. L'appel à projets qui nous intéresse s'appelle « L'animal familier dans un projet social, éducatif ou thérapeutique ». Cet appel à projets est destiné à tous les lieux d'accueil et de vie, publics ou privés, à but non lucratif qui souhaitent intégrer des animaux familiers (à l'exclusion de tout animal sauvage et/ou exotique) dans leur démarche éducative, sociale ou thérapeutique. La Fondation participe notamment au fonctionnement et/ou aux investissements de projets qui envisagent, dans un

cadre thérapeutique, d'associer l'animal de compagnie à leur pratique. La Fondation a fixé des critères de choix. Elle favorise les actions qui visent à renforcer les liens entre l'homme et l'animal familier, la pertinence et le réalisme du projet, l'inscription de celui-ci dans la durée, la cohérence entre les objectifs et les moyens, la formation et l'information des porteurs du projet, la possibilité de cofinancement et le respect de l'animal.

L'hôpital a donc envoyé son dossier. Parmi les soixante dossiers présentés à la Fondation, celui de l'hôpital de Gimont a été retenu et, en janvier 2006, la Fondation a généreusement offert 3 000 euros à l'hôpital consacrés à la réalisation du projet.

L'hôpital de Gimont a reçu des soutiens de la part d'une société d'alimentation, qui a pratiqué une réduction de moitié sur ses prix et a offert des dossards pour le chien.

La recherche d'appels à projets peut s'effectuer sur internet et certains organismes démarchent directement les hôpitaux. Des exemples d'organismes à contacter sont donnés dans le Tableau 3.

#### **4/ Choix du chien d'accompagnement social**

##### a) Principales caractéristiques du chien d'accompagnement social

- **Race**

Les Retrievers bénéficient d'une très bonne image auprès du grand public (deuxième race de chien préférée des français d'après l'étude TNS Sofres 2004 réalisée pour la FACCO).

Les Retrievers satisfont les critères de sélection retenus par les écoles de chiens-guides d'aveugles et par les écoles de chiens pour handicapés, que nous verrons par la suite.

**Tableau 3** : Organismes à contacter lors d'une recherche de financement pour un projet

<b>Organisme</b>	<b>Adresse e-mail</b>
Fondation Sommer	<a href="http://www.fondation-apsommer.org">http://www.fondation-apsommer.org</a>
Fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France	<a href="http://www.fondationhopitaux.fr">http://www.fondationhopitaux.fr</a>
30 millions d'amis	<a href="http://www.30millionsdamis.fr">http://www.30millionsdamis.fr</a>
Lions Clubs	<a href="http://www.lions-france.org">http://www.lions-france.org</a>
Rotary	<a href="http://www.rotary-francophone.org">http://www.rotary-francophone.org</a>

Les écoles de chiens-guides d'aveugles ont aussi testé d'autres races qu'elles ont par la suite abandonnées :

- le Caniche Royal, dont le pelage demande trop d'entretien et le recours au toilettage ;
- le Berger Allemand, qui s'attache trop à son maître et l'adoption après le passage au centre de formation est difficile ;
- le Berger Belge Malinois, qui fait preuve d'une trop grande agressivité ;
- le Berger Blanc Américain, jugé trop craintif ;
- le Boxer, seul un sujet a été chien guide ;
- le Flat Coated Retriever, qui ferait preuve de trop de caractère et serait trop vif ;
- le croisement Golden Retriever X Labrador Retriever, nommé Lavallière, qui est aussi utilisé par HANDI'CHIENS mais encore trop peu. L'objectif de ce croisement est de donner des chiens efficaces et performants, travailleurs, moins sensibles que le Golden Retriever et plus calmes que le Labrador Retriever, annulant ainsi les défauts de chaque race. HANDI'CHIENS tente peu l'expérience car les données sur ce nouveau croisement sont encore limitées. De plus, lorsque de tels chiens sont réformés, leur vente se fait à un prix moins élevé que celui d'un chien de race. Le croisement Golden Retriever X Labrador Retriever est surtout utilisé par les écoles de chiens-guides d'aveugles. Aussi, ce croisement est le seul exemple d'authentique croisement à vocation strictement utilitaire et non destiné à la reproduction. (25)

- **Sexe**

Les écoles de chiens-guides d'aveugles et celles pour handicapés moteurs s'accordent pour dire que le sexe n'a pas d'influence que ce soit pour l'apprentissage ou pour le taux de réforme. (32) Tous les animaux sont stérilisés avant la puberté pour éviter les problèmes ultérieurs (fugues, excitation, distraction au passage d'une femelle en chaleurs, marquage de territoire et pertes vulvaires). De plus, la stérilisation des femelles est préférée aux administrations contraceptives qui augmentent le risque d'infection utérine et la stérilisation précoce des femelles, avant les premières chaleurs ou entre les premières et deuxièmes chaleurs, réduit significativement l'incidence des tumeurs mammaires. (86)

Les écoles de chiens-guides utilisent plus fréquemment des femelles puisque généralement plus douces et plus dociles. Les femelles représentent les 2/3 de l'effectif. (25)

- **Age**

Bien qu'un chiot présente des avantages, puisqu'il peut être éduqué spécialement dans l'intention de devenir un chien assistant de thérapie et être habitué à la vie d'une USLD, les inconvénients sont plus nombreux que les avantages. Le risque de zoonose serait plus important lorsque le chien est jeune. Un chiot peut aussi causer plus de dégâts dans l'établissement qu'un chien adulte, puisque cela fait partie de son comportement spécifique lors de sa phase d'apprentissage. De plus, la propreté d'un chiot s'acquiert vers l'âge de trois mois, mais elle n'est parfaite que vers l'âge de six mois. Aussi, d'un point de vue hygiénique, l'acquisition d'un chien adulte déjà éduqué semble être plus appropriée. L'éducation du chiot en chien thérapeute représente par ailleurs à elle seule une difficulté. (66)

- **Programme d'éducation des futurs chiens**

Les écoles de chiens-guides d'aveugles et les écoles de chiens pour handicapés ont privilégié le Labrador Retriever et le Golden Retriever et ont sélectionné des chiens selon différentes modalités. (32)

- **Chiens-guides d'aveugles :**

Les écoles de chiens-guides d'aveugles achètent leurs chiens chez des éleveurs ou dans leurs propres élevages canins. Ces écoles fonctionnent grâce à la générosité du public. Le prix de l'éducation d'un chien-guide d'aveugle revient à 15 000 euros. (25)

La fédération des chiens-guides d'aveugles a créé le CESECAH (Centre d'Etude, de Sélection et d'Elevage de Chiens guides pour Aveugles et autres Handicapés). Ce centre a été inauguré en juin 1996.

Ses reproducteurs sont sélectionnés à partir de qualités comportementales et physiques, et testés pour les maladies génétiques cliniquement décelables.

Les chiots issus de ce centre subissent des tests de caractère et ceux ayant des tares sont immédiatement écartés du parcours. Les chiots choisis chez des éleveurs ou venant du CESECAH sont placés en famille d'accueil dès l'âge de 8 semaines et jusqu'à 12 mois. Dans cette famille d'accueil, le chien apprend les ordres de base (assis, couché, rappel), la marche

en laisse à gauche de la personne qui tient la laisse et sans que la laisse ne soit jamais tendue. Ils apprennent la propreté et à être manipulés pour les soins (soins des oreilles, des yeux, brossage des dents, pansage). Pendant cette période, les chiens doivent être confrontés à un maximum de situations (changements de lieux, endroits plus ou moins bruyants, transports en commun), rencontrer de multiples personnes de tous les âges et des animaux de toutes espèces. Le chien doit être éduqué ; il prend ses repas à un moment différé dans le temps de ceux des propriétaires et ne monte ni sur les fauteuils ni sur les lits. Il part après 12 mois en centre pour recevoir la formation de chien-guide.

Les écoles ont répertorié des qualités requises pour un chien-guide :

- des qualités physiques : le chien doit être assez grand pour être facilement identifiable par son maître. Sa taille idéale est de 40 à 60 centimètres au garrot, son poids de 20 à 30 kilogrammes. Les poils courts sont préférés puisque d'un entretien plus facile. De plus, ils permettent de reconnaître plus rapidement d'éventuels troubles cutanés. Le chien doit marcher à un rythme régulier calqué sur les pas de son maître.
- des qualités comportementales : le chien-guide doit avoir un esprit sain et équilibré, être attiré par la compagnie de l'homme et des autres animaux, doit savoir vite s'adapter à toutes les situations, être énergique mais sans nervosité excessive, avoir une grande sensibilité auditive et visuelle, et faire preuve d'initiative. Cette dernière recommandation est très importante pour les chiens-guides d'aveugles puisque le chien sert de canne blanche à son maître et doit savoir lui indiquer lorsqu'une situation est dangereuse. Le chien doit savoir désobéir à son maître quand un danger se présente. C'est d'ailleurs pour cette raison que les écoles de chiens-guides d'aveugles ont une préférence pour les Labradors Retrievers qu'ils trouvent plus entreprenants que les Golden Retrievers, ces derniers ayant une forte tendance à obéir à leur maître dans toutes les situations. Les écoles de chiens-guides d'aveugles ont privilégié des chiens présentant cinq qualités : l'intelligence de par la capacité du chien à s'adapter à son maître et à son environnement, la mémoire pour retenir les ordres, la docilité et la réceptivité, la concentration et enfin la sociabilité.

- Chiens pour handicapés :

HANDI'CHIENS, anciennement appelé Association Nationale d'Education de Chiens d'Assistance pour Handicapés moteurs (ANECAH), a été créé en 1989 et a pour objectif de former des chiens d'assistance remis gratuitement à des personnes atteintes d'un handicap moteur. En France, c'est la seule association qui forme des chiens d'assistance pour les personnes handicapées. Les chiens éduqués sont remis gratuitement aux personnes handicapées. (12)

Elle garantit l'apprentissage de 52 ordres avant le stage de passation, grâce à un programme d'éducation pendant deux ans, selon une méthode américaine de la Canine Companions for Independence (CCI). Cette méthode n'est ni contraignante, ni violente pour l'animal, puisque le principe d'éducation repose sur le jeu avec le chien.

Cette association achète ses chiots chez des éleveurs. HANDI'CHIENS fait aussi bien l'acquisition de Golden Retrievers que de Labradors Retrievers.

Chez le chiot, HANDI'CHIENS réalise les tests de Campbell qui détermine cinq classes comportementales. Le chien est soit dominant agressif, dominant extraverti, équilibré, soumis ou mal socialisé. Pour avoir des chiens sociables, équilibrés et souples de caractères, HANDI'CHIENS préfère prendre les chiots qui ont été classés équilibrés et soumis. Cependant, beaucoup d'auteurs émettent des réserves quant aux tests de Campbell qui, pour eux, ne présument pas le comportement du chien une fois adulte, ni celui du chiot qui est jugé un jour donné. HANDI'CHIENS suit ces chiens régulièrement après l'achat. Les chiens partent à 8 semaines en famille d'accueil où ils apprennent les ordres de base (assis, debout, couché, pas bouger, viens, stop, au pied). L'éducation en centre de formation se fait à partir de 18 mois. HANDI'CHIENS a quatre centres de formation, un à Alençon, un sur le site de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon, un en Bretagne et un en Val-de-Loire. L'association forme aussi des chiens dits sociaux qui ont un rôle de stimulation auprès de personnes âgées et d'autistes.

Le profil idéal du chien d'assistance pour handicapés moteurs est établi de la façon suivante :

- critères physiques : la taille du chien doit être suffisante pour les tâches qui lui incombent, il doit représenter une sécurité, être puissant et robuste. Sa taille idéale est de 50 cm au garrot et son poids de 30 kg. Il doit faire preuve de délicatesse et de

patience pour ramasser tout objet que son propriétaire lui demande de rapporter. Là aussi les poils longs ne sont pas favorisés, pour que l'entretien puisse être facile. L'aspect esthétique est aussi important, puisque le chien apporte une fierté supplémentaire à son maître.

- critères sociaux : l'image de la race doit être positive. En effet, le chien est source de communication et un chien faisant peur serait à l'origine de l'effet inverse de celui souhaité. Or, comme on l'a vu précédemment, les Retrievers ont une très bonne image auprès du grand public.
- critères comportementaux : le chien doit être calme, faire des mouvements non brutaux, être équilibré, non craintif et concentré sur son travail.

Certains chiens sont réformés au cours de leur formation, d'autres après. Les chiens réformés sont ceux qui n'ont pu être remis à une personne handicapée avant ou lors d'un stage de passation. Des chiens peuvent même être réformés après remise. Le taux de réforme est en moyenne de 45 % quelle que soit l'école. La race et le sexe n'influent pas sur le risque de réforme. L'âge de réforme s'étale de 3 à 53 mois. L'âge moyen de réforme au centre d'Alençon est de 22.6 mois. Dans ce centre, 8 pics de réforme sont observés :

- à 7 mois, ce qui correspond à une visite chez le vétérinaire et à la réalisation du dépistage de la dysplasie de la hanche par examen radiographique ;
- à 12 et 14 mois ;
- à 18 mois, ce qui correspond à l'âge d'entrée au centre de formation ;
- à 24 mois, ce qui est l'âge de remise ;
- à 26 et 28 mois ;
- à 36 mois, ce qui correspond à l'âge d'un chien ayant déjà participé à trois stages de remise et n'ayant encore trouvé aucun maître. HANDI'CHIENS juge qu'après cet âge les chiens sont trop âgés.
- Après cet âge, les réformes se font surtout à cause de problèmes de santé des maîtres qui ne peuvent garder leurs chiens. (32)

Les causes de réforme sont médicales pour 26 % et comportementales pour 65 %. Les autres motifs sont un apprentissage incomplet, un nombre de stages de passation trop important, la maladie ou le décès du maître handicapé. (32)

Les motifs de réformes pour cause comportementale sont surtout (32) :

- un chien trop craintif, ce qui représente 39 % des réformes pour cause comportementale et 26 % des réformes quel que soit le motif ;
- un chien trop vif (remuant, hyperactif, brutal ou incontrôlable). Ce motif est responsable de 19 % des réformes comportementales et 13 % des réformes toutes causes comprises.
- Les autres motifs de réforme pour cause comportementale sont des chiens agressifs, des voleurs de nourriture, des chasseurs, des chiens ayant un caractère trop marqué, manquant de tonus, sans rappel, dominants (les centres notent dans cette catégorie des chiens ayant une activité de chevauchement ou de marquage urinaire sur l'homme), des chiens trop soumis, destructeurs, trop joueurs ou manquant de concentration lors de l'apprentissage.

Les Golden Retrievers réformés pour cause comportementale le sont à 65 % car trop craintifs et 1.8 % car trop vifs. Les Labrador Retrievers réformés pour cause comportementale le sont à 42 % car trop vifs et 8 % car trop craintifs. (32)

Le Labrador Retriever noir mâle serait souvent un chien très vif et donc difficile à maîtriser pour une personne aveugle un peu âgée. (25) Cependant, des chiens d'une même portée peuvent avoir des caractères très différents. De plus, de nombreux traits de caractère des chiens adultes dépendent des premières semaines de vie et ce quelle que soit la race.

Les réformes pour cause médicale sont moins fréquentes. Les motifs évoqués sont surtout (32) :

- des affections de l'appareil locomoteur : dysplasie coxo-fémorale pour 30 % des réformes médicales (soit 7 % des réformes), dysplasie du coude, ostéochondrose, arthrose, atteinte cervicale, malformation d'un postérieur, atteinte du bassin ;
- des affections oculaires : cataracte juvénile ;
- des affections nerveuses : épilepsie essentielle ;
- des affections métaboliques : diabète, hypothyroïdie ;
- des affections dentaires : prognathisme, problème de dentition. En effet, les chiens pour handicapés moteurs doivent pouvoir rapporter tous les objets que leur demandent leurs maîtres.

- des hypersensibilités d'origine alimentaire, liées aux acariens, d'origine indéterminée ;
- des affections cardiaques et respiratoires ;
- des affections digestives : torsion d'estomac, hypersalivation ;
- le mal des transports.

#### Conclusion :

Les caractéristiques du chien utilisé en établissement gérontologique sont celles du chien-guide d'aveugle ou pour handicapés.

Par exemple, les critères de taille des chiens d'assistance sont conformes à ceux d'un établissement pour personnes âgées dépendantes. En effet, le chien doit être facilement repérable par les personnes déambulant. De plus, une taille assez grande est nécessaire pour les patients ne pouvant quitter leur lit ou le fauteuil. Ceci permet d'éviter d'avoir à placer un animal d'une taille trop petite sur le lit ou sur les genoux d'un patient. Les lits d'établissements gériatriques ont une hauteur maximale de 78 cm, les fauteuils de repos gériatriques ont généralement une assise dont la hauteur est de 56 cm.

#### b) Acquisition du chien

Pour obtenir un chien d'accompagnement social réformé par les écoles de chiens-guides d'aveugles ou d'assistance aux handicapés moteurs, il faut s'inscrire sur une liste d'attente. Pour obtenir un chien HANDI'CHIENS, l'attente est en moyenne de 11 mois, mais peut varier de 1 mois à 2 ans. HANDI'CHIENS donne la priorité aux établissements par rapport aux familles. En effet, les chiens réformés peuvent être adoptés par leur famille d'accueil ou par des particuliers.

A cette étape du projet, il faut contacter les écoles de chiens-guides d'aveugles ou HANDI'CHIENS pour s'inscrire sur cette liste d'attente pour l'obtention d'un chien réformé. Le vétérinaire référent doit aussi participer à cette étape pour vérifier la santé et le comportement du chien.

HANDI'CHIENS demande à ce qu'une procédure (Figure 2) soit respectée pour obtenir un chien d'accompagnement social. Celle-ci comprend deux stages. En 2005, le premier stage coûtait 1350 euros par personne (sans l'hébergement). Le deuxième stage s'élevait à 300 euros par personne. Enfin le troisième stage revenait à 380 euros par personne (sans l'hébergement). De plus, le chien était vendu 550 euros. Le coût global pour l'acquisition du chien s'élevait donc à 4160 euros, hors frais d'hébergement.

Ce coût est assez important, mais le bénéfice l'est aussi, le chien étant parfaitement éduqué et le personnel formé.

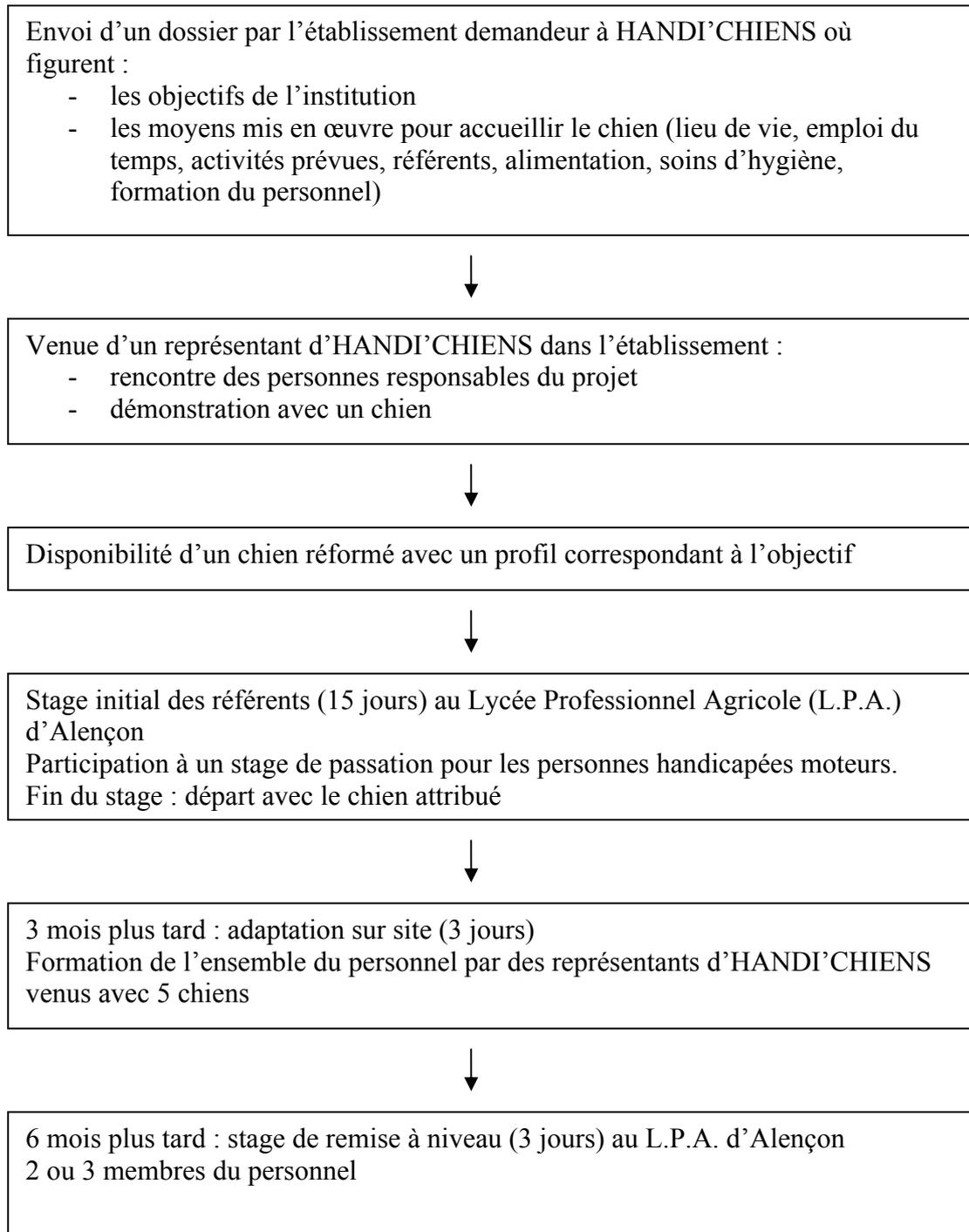
Les écoles de chiens-guides d'aveugles ne réalisent pas de stage de formation pour les chiens d'accompagnement social, mais acceptent de vendre leurs chiens réformés à des établissements pour personnes âgées.

Les coordonnées de ces établissements sont présentées dans le Tableau 4.

Pour le projet de l'hôpital de Gimont, HANDI'CHIENS et les écoles de chiens-guides d'aveugles de Toulouse et de Bordeaux (Centre Alienor) ont été contactées. Le choix s'est porté sur un chien adulte réformé des écoles de chiens-guides pour handicapés moteurs ou aveugles pour en faire un chien d'accompagnement social.

L'école de chiens-guides de Bordeaux a été contactée pour la première fois fin 2005 et a été tenue au courant de l'avancement du projet. Il lui a été signifié le désir de l'hôpital d'avoir un chien adulte, déjà éduqué et parfaitement équilibré.

En juin 2006, une fois le projet finalisé et le référent trouvé, une chienne réformée pour manque d'ardeur au travail, nommée Volta, croisée Labrador Retriever et Golden Retriever, née le 19 août 2004, a été proposée.



**Figure 2** : Procédure à suivre pour l'acquisition d'un chien auprès d'HANDI'CHIENS

**Tableau 4** : Coordonnées des écoles de chiens-guides d'aveugle ou pour handicapés

Association	Site internet	Tél.
HANDI'CHIENS	<a href="http://www.handichiens.org">www.handichiens.org</a>	01 45 86 58 88
Les Chiens Guides d'Aveugles de Provence Côte d'Azur (département 06)	<a href="http://www.nice.chiensguides.fr">www.nice.chiensguides.fr</a>	04 92 07 18 18
Les Chiens Guides d'Aveugles du Midi (dép. 13)	<a href="http://www.midi.chiensguides.fr">www.midi.chiensguides.fr</a>	04 42 59 41 40
Association Chiens Guides d'Aveugles de Toulouse Grand Sud (dép. 31)	<a href="http://www.toulouse.chiensguides.fr">www.toulouse.chiensguides.fr</a>	05 61 80 68 01
Association Les Chiens Guides d'Aveugles de l'Ouest (dép. 49 et 56)	(49) <a href="http://www.ouest.chiensguides.fr">www.ouest.chiensguides.fr</a> (56) <a href="http://www.bretagne.chiensguides.fr">www.bretagne.chiensguides.fr</a>	02 41 68 59 23 02 97 32 40 31
Association des Chiens Guides du Grand Est (dép. 57)	<a href="http://www.grandest.chiensguides.fr">www.grandest.chiensguides.fr</a>	03 87 33 14 36
Ecole de Chiens Guides d'Aveugles de Lyon et du Centre-Est (dép. 69)	<a href="http://www.lyon.chiensguides.fr">www.lyon.chiensguides.fr</a>	04 74 00 60 11
Ecole de Chiens Guides pour Aveugles et malvoyants de Paris et Région Parisienne (dép. 75)	<a href="http://www.paris.chiensguides.fr">www.paris.chiensguides.fr</a>	01 43 65 64 67
Les Chiens Guides d'Aveugles d'Ile de France (dép. 77)	<a href="http://www.idf.chiensguides.fr">www.idf.chiensguides.fr</a>	01 64 06 73 82
Ecole Limousine de Chiens Guides d'Aveugles (dép. 87)	<a href="http://www.limoges.chiensguides.fr">www.limoges.chiensguides.fr</a>	05 55 01 42 28
Centre Alienor (Ecole des Chiens Guides d'Aveugles de Bordeaux) (dép. 33)	<a href="http://www.chiensguides-alienor.com">www.chiensguides-alienor.com</a>	05 56 47 85 15

### c) Ordres connus du chien

Un chien qui est issu d'une école de chiens-guides d'aveugle ou d'une école de chiens pour handicapés connaît un certain nombre d'ordres. Ces ordres sont tous donnés de la même façon par le maître. Il est donc nécessaire de connaître la méthode employée pour donner ces ordres avant de recueillir un chien réformé.

Ce « mode d'emploi » doit être connu de tout le personnel soignant de l'hôpital. Une liste est ainsi établie par écrit où chaque ordre est illustré. Seuls les ordres utiles au bon fonctionnement du projet y sont répertoriés. Cette liste d'ordres doit être fournie à chaque membre du personnel soignant avant l'arrivée du chien d'accompagnement social et affichée aux endroits stratégiques du service : accueil de l'USLD, salle de réunion des infirmières, salle commune.

Pour l'hôpital de Gimont, voici la liste des ordres connus de Volta et utiles au projet et la façon d'obtenir une réponse de la chienne :

- « assis » ;
- « coucher » : en pointant le doigt vers le bas ;
- « pas bouger » ;
- rappel : il faut taper dans les mains en se penchant légèrement vers l'avant ;
- « donne » pour qu'elle rapporte un objet ;
- « non » pour interdire ;
- « cherche la porte » ;
- « attends » si elle avance trop vite ;
- promenade en laisse à gauche de la personne qui tient la laisse, cette dernière ne devant jamais être tendue.

Un document illustré, où sont listés les ordres, intitulé « Volta : mode d'emploi » a été créé.

## **5/ Aspects vétérinaires**

### a) Rôle et choix du vétérinaire dans un projet d'Activités Associant l'Animal (60, 68)

Le vétérinaire joue un rôle majeur au sein d'un programme de thérapie assistée par l'animal et doit être contacté dès le début du projet. En effet, lorsque le comité de pilotage est formé, il

est nécessaire d'y associer un vétérinaire. Quand des problèmes de santé de l'animal ou de risques infectieux provoqués par sa présence sont soulevés, il est ainsi apte à y répondre. Le Professeur Henroteaux, Président de la société ETHOLOGIA et membre du comité organisateur de l'IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations), insiste sur l'aspect multidisciplinaire d'un projet d'activités associant l'animal à vocation thérapeutique. Il fait part aussi du réel souci auquel est confronté le vétérinaire au quotidien dans son discernement de la relation homme-animal : « la transposition excessive de l'image que l'homme se fait de son animal à partir de son propre vécu conduisant ainsi à un anthropomorphisme excessif ». (50)

Le choix d'un vétérinaire référent est donc indispensable au début du projet. Le vétérinaire référent doit être motivé par le projet et prêt à s'y investir, puisqu'il peut être appelé pour des réunions du comité de pilotage au sein de l'établissement demandeur. Il est préférable que le choix se porte sur un vétérinaire ayant une expertise en comportement, car le chien d'accompagnement social doit être suivi et sur sa santé et sur son comportement.

Le rôle du vétérinaire n'est pas seulement d'assurer la santé du chien, mais aussi de limiter les risques sanitaires pour les patients de l'établissement dont le système immunitaire peut être altéré de par leur âge et certaines maladies chroniques. (58)

Le vétérinaire peut aider au choix du chien et objectiver le comportement de celui-ci afin de voir s'il convient au projet de l'établissement. Aussi, un chien qui paraît adapté lors de sa sélection peut connaître des modifications comportementales par la suite. Un suivi dès l'acquisition est donc nécessaire. (51)

Le vétérinaire est également le garant du bien-être de l'animal et peut donc vérifier que les activités prévues avec celui-ci, sa vie au sein de l'établissement et l'emploi du temps sont compatibles avec ses besoins spécifiques.

Un vétérinaire ayant une compétence en comportement a accepté d'assurer le suivi vétérinaire du chien. Il a participé à des réunions à l'hôpital de Gimont sur le projet pour évoquer le comportement du chien. Il a été sollicité pour expliquer ce qu'était un chien d'accompagnement social et ses besoins. Il a veillé à ce que la chienne réponde bien aux ordres qu'on lui donne et qu'ils soient correctement donnés par tous les membres de l'équipe soignante.

## b) Suivi de santé du chien d'accompagnement social

Une attention toute particulière est apportée à la santé du chien de travail qui doit être présent tous les jours et ne doit pas véhiculer une image négative en étant lui-même malade. Ainsi, le chien est correctement vacciné, vermifugé et les personnes travaillant avec le chien suffisamment informées sur les premiers signes à repérer pour réagir aux moindres signes débutants d'une maladie.

- Vaccination :

Le programme vaccinal recommandé pour les chiens est présenté dans le Tableau 5.

Le protocole de vaccination des chiens est aujourd'hui sujet à controverse entre les fabricants de vaccins et les vétérinaires. En effet, pour tous les vaccins, les laboratoires signalent que les rappels doivent être annuels pour garantir la bonne protection immunitaire de l'animal et ce quel que soit l'agent responsable de la maladie, sans étudier le facteur de risque d'exposition de l'animal à cette maladie. En fait, chaque fabricant vérifie que le chien a une protection immunitaire pendant un an mais ne teste pas son vaccin au-delà. Ainsi, des études montrent que certains vaccins contre la maladie de Carré ou la parvovirose peuvent être renouvelés tous les cinq ans. D'autres au contraire doivent être renouvelés plus fréquemment, comme la leptospirose, où il est conseillé de faire des injections de rappel tous les six mois dans les zones à risque. Un titrage annuel des anticorps ne permettrait pas de connaître la protection du chien contre ces maladies, car il n'existe pas de corrélation entre le taux d'anticorps et la protection. Aussi, des chiens ayant des taux d'anticorps faibles contre une maladie pourront y être moins sensibles que des chiens ayant des taux d'anticorps plus importants. (37)

- Brossage / Shampoings (87) :

Le brossage du chien peut être quotidien et réalisé par les résidents lors d'activités ou lors de séance avec le kinésithérapeute. Ce brossage permet d'éliminer les poils télogènes et les souillures de surface et entretient ainsi le pelage du chien. De plus, ce pansage augmente la circulation sanguine et avec elle l'activité des follicules pileux. Des brosses doivent être strictement réservées à cet emploi.

**Tableau 5** : Programme vaccinal recommandé par les industries pharmaceutiques pour le chien d'accompagnement social

<b>Maladie</b>	<b>Programme vaccinal recommandé</b>
Maladie de Carré (1)	Primovaccination : 1 <sup>ère</sup> injection dès l'âge de 7 semaines 2 <sup>ème</sup> injection à 12 semaines Rappel à 1 an Puis rappels annuels
Hépatite de Rubarth (16, 17)	Identique à la maladie de Carré.
Parvovirose (97)	Primovaccination : 1 <sup>ère</sup> injection dès 8 semaines Puis rappels toutes les 3 à 4 semaines jusqu'à 16 semaines voire 22 semaines pour les races à risque. Rappel à 1 an Puis rappels annuels
Toux des chenils (17)	Primovaccination : 2 injections à 2 ou 3 semaines d'intervalle Puis rappels annuels Protocole et formes vaccinales à adapter au mode de vie de l'animal
Leptospirose (44)	Primovaccination : dès l'âge de 3 mois en 2 injections à 3 semaines d'intervalle Rappels annuels au moins (2 fois par an dans les zones contaminées)
Rage (44)	Primovaccination : 1 injection après l'âge de 3 mois révolus Rappels annuels au jour près

Les shampooings doivent être réalisés pour prévenir les odeurs pouvant représenter un désagrément pour certaines personnes. Ils peuvent être faits toutes les deux semaines, voire une fois par semaine avec des shampooings adaptés pour chiens. La peau des chiens est plus sensible que celle des hommes à cause de différences anatomiques et physiologiques comme l'épaisseur de la couche cornée, le pH épidermique et la densité des follicules pileux qui peuvent faciliter la pénétration de molécules actives. En effet, la peau du chien possède des particularités de pH (5.2 à 7.2) et un film cutané de surface composé de lipides et de cellules cornées. Ainsi, les shampooings pour chiens doivent être acides (pH minimum de 5.2) ou proches de la neutralité (pH maximum de 7.2), mais non alcalins pour ne pas altérer la kératine, ni perturber le pH de l'épiderme. Le pouvoir détergeant ne doit pas être trop important pour ne pas détruire le film lipidique de la peau. Ces shampooings physiologiques peuvent être achetés chez le vétérinaire. Les formules de ces shampooings comprennent des surfactants dont les propriétés micellaires permettent l'émulsion, la solubilisation et la dispersion des matières grasses, de la saleté et des débris. Ces shampooings doivent être facilement et totalement rincés, puisque les surfactants peuvent provoquer des irritations de la peau et parce que les chiens ont l'habitude de se lécher après le shampooing ingérant ainsi des résidus. (14)

- Antiparasitaires externes :

Les produits les plus faciles à utiliser demeurent les spot-on adaptés au poids du chien. En effet, les aérosols et sprays sont presque toujours appliqués maladroitement, en raison d'une application à une mauvaise distance du pelage, ou par un nombre de pulvérisations ne correspondant pas au poids du chien. De nombreuses molécules existent sous forme de spot-on, les plus utilisées restent le fipronil (Frontline®), la sélamectine (Stronghold®), l'imidacloprid (Advantage® et en association à la perméthrine Advantix®) et le nitenpyram pour les animaux infestés (CapStar®).

Certains de ces médicaments permettent à la fois une action contre les puces, les tiques, les poux, les vers du cœur et les parasites internes.

- Frontline® Spot On : traitement des infestations par les puces, les tiques et les poux broyeur. Chez les chiens, la durée de protection est d'un mois contre les tiques, deux mois contre les puces.
- Stronghold® spot-on : action contre les puces pendant un mois. Prévention de la dirofilariose à *Dirofilaria immitis* par administration mensuelle. S'utilise en traitement

de la gale des oreilles à *Otodectes cynotis*, gale sarcoptique à *Sarcoptes scabiei*, traitement des infestations par les poux broyeur à *Trichodectes canis*, traitement des ascaridoses intestinales dues aux formes adultes des ascaris (*Toxocara canis*).

- Advantage® : traitement et prévention des infestations par les puces pendant quatre semaines.
- Advantix® : prévention et traitement des infestations par les puces pendant quatre semaines. Le traitement contre les tiques est de trois semaines contre *Dermacentor reticulatus* et de quatre semaines contre *Rhipicephalus sanguineus* et *Ixodes ricinus*. Activité répulsive pendant deux semaines contre les phlébotomes (*Phlebotomus papatasi*) et deux à quatre semaines contre les moustiques (*Aedes aegypti* et *Culex pipiens*).

Ces traitements sont appliqués sous forme de spot-on au minimum une fois par mois et le soir avant de se coucher. La notice de ces médicaments précise qu'après l'application du produit, les animaux traités ne doivent pas être manipulés et qu'on doit éviter un contact direct avec les doigts. L'application de spot-on doit être espacée du moment des shampooings d'au moins trois jours.

- CapStar® : ce traitement est intéressant lors d'infestations par les puces, mais ne possède pas d'activité rémanente.

Un traitement préventif contre la dirofilariose et la leishmaniose en début et pendant l'été dans certaines régions est à voir avec le vétérinaire référent en fonction de la zone d'habitation et du lieu éventuel de vacances du chien.

- Plan de vermifugation :

Les traitements anthelminthiques sont essentiels. Chez les adultes, un traitement anthelminthique tous les trois mois est fortement conseillé. Pour un chien en institution, une coproscopie annuelle peut être proposée. Celle-ci permettrait de vérifier l'efficacité des anthelminthiques ou d'adapter ceux-ci en fonction des résultats. Tandis qu'une coproscopie positive pour un parasite donné permet d'affirmer que l'animal est infesté, une coproscopie négative n'autorise pas à dire que l'animal est indemne.

La coproscopie peut être réalisée directement chez le vétérinaire référent ou bien envoyée en laboratoire vétérinaire pour diagnostic. Le référent prélève les selles de son chien à l'aide

d'une paire de gant et d'un pot échantillon qu'il amène dans la journée auprès de son vétérinaire.

Certains préconisent même des cultures fécales pour détecter *Salmonella* et *Campylobacter* et une culture d'un prélèvement de gorge pour *Streptococcus*. (51)

- Soins des oreilles :

Des produits vétérinaires d'hygiène et d'entretien des oreilles (exemple : Otolane®, Epi-otic®, Otifree®) permettent une utilisation fréquente, par exemple tous les 15 jours. Le produit est appliqué dans les deux oreilles et la base du conduit auditif externe est alors massée. Une fois que le chien s'est secoué, l'excédent est enlevé à l'aide d'un coton ou d'une compresse. Les cotons-tiges doivent être proscrits. Ce nettoyage régulier permet de vérifier la couleur et la consistance du cérumen qui doit être clair, sec et non abondant.

- Hygiène bucco-dentaire :

Les croquettes assurent une abrasion supérieure à celle obtenue avec une alimentation ménagère, mais cette abrasion est insuffisante pour une hygiène bucco-dentaire idéale. Pour éliminer le risque d'accumulation de plaque, qui fait le siège du tartre, il faut très régulièrement réaliser des soins d'hygiène bucco-dentaire. Ces soins permettent de réduire le risque de maladie parodontale et la mauvaise odeur due au tartre. Ces soins consistent en un contrôle mécanique de la plaque par brossage dentaire et mesures complémentaires (lamelles à mâcher). L'accumulation de plaque entraîne l'apparition d'une gingivite et il est prouvé qu'un brossage dentaire quotidien permet d'assainir les gencives. Un brossage dentaire un jour sur deux suffirait à maintenir des gencives cliniquement saines, mais un brossage quotidien serait préférable. Le brossage dentaire requiert un animal coopératif et un propriétaire motivé et capable de réaliser un brossage dentaire. Plus l'animal est habitué jeune, plus ce brossage est facile à réaliser. Pour habituer le chien, il faut d'abord ne brosser que quelques dents et augmenter au fur et à mesure le nombre de dents brossées en une seule séance. Il n'est pas indispensable dans un premier temps d'ouvrir la gueule de l'animal. En effet, on commence par lui brosser les surfaces buccales externes, du côté des joues. Une fois habitué à ce brossage, on peut lui ouvrir la gueule pour brosser les autres surfaces buccales. On n'utilise pas de dentifrices humains qui ne peuvent être avalés, mais des gels dentaires

spécifiquement conçus pour les chiens et qui ne nécessitent pas de rinçage. Des mouvements circulaires sont appliqués avec une brosse à poils de nylon souples, la brosse à dents courbée à 45 degrés. A la fin du brossage, on peut offrir une récompense de type lamelles à mâcher qui complétera l'action du brossage. (43)

- Entretien des griffes :

Les griffes ont une usure naturelle. Si l'animal a un exercice physique régulier et marche sur des sols durs, les griffes ne nécessitent pas de coupe. Cependant, chez les chiens ayant une croissance rapide des griffes ou ne marchant pas sur des sols permettant leur usure, les griffes doivent être coupées pour éviter d'éventuelles griffures.

- Alimentation :

Les Labradors Retrievers et moins souvent les Golden Retrievers sont prédisposés à l'obésité. Ainsi, les offres de nourriture en dehors des repas au chien d'accompagnement par les résidents ou le personnel sont à bannir.

Il faut décaler les repas du chien, de ceux du référent ou des résidents d'au moins une heure.

Une alimentation industrielle sous forme sèche, c'est-à-dire sous forme de croquettes, est préférée. En effet, comme nous l'avons vu précédemment dans l'hygiène bucco-dentaire, les croquettes ont un rôle abrasif. Cette alimentation sèche a un prix de revient nettement inférieur à une nourriture humide. De plus, avec une alimentation industrielle, tous les besoins de l'animal sont couverts. Certaines marques proposent des gammes adaptées à la race, ainsi il existe des croquettes pour Retrievers. De plus, ces gammes s'adaptent à l'âge du chien et ses besoins, et son équilibre alimentaire est corrigé au cours de sa vie.

La ration alimentaire est calculée par le vétérinaire en fonction de l'état physiologique de l'animal et de son activité physique. Deux repas par jour, à heure fixe, sont conseillés. Le poids du chien doit être très régulièrement suivi. Pour le Labrador Retriever, il varie en moyenne de 30 à 35 kg pour les mâles et de 30 à 33 kg pour les femelles. Pour le Golden Retriever, le poids varie de 29 à 31.5 kg pour les mâles, et de 25 à 27 kg pour les femelles. Une pesée peut être effectuée tous les 15 jours pour contrôler la prise de poids.

c) Affections héréditaires ou à prédisposition raciale ou familiale du Golden Retriever et du Labrador Retriever (20, 107)

Les affections sont résumées dans les Tableaux 6 à 11.

**Tableau 6** : Affections de l'appareil locomoteur chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever

<b>Affection</b>	<b>Prévalence</b>	<b>Age d'apparition des symptômes</b>	<b>Moyens diagnostiques</b>	<b>Dépistage</b>
Dysplasie coxo-fémorale	D'après Zapata, 25.6 % chez le Golden Retriever, 15.6% chez le Labrador Retriever (107)	- 5 mois à 1 an : plus calme, fatigue plus rapide, position assise modifiée, marche modifiée  - > 1 an : démarche chaloupée, boiterie constante	- Extension forcée des hanches douloureuses  - Signe d'Ortolani : ressaut de la hanche	- Diagnostic radiographique officiel sous anesthésie générale (âge officiel de détection en France : 12 mois)  - Mesure de l'angle de Norberg-Olsson
Ostéochondrose	- Tête de l'humérus : 0.69 % chez le Golden Retriever, 0.57 % chez le Labrador Retriever, mâles plus souvent atteints que les femelles - Grasset - Jarret : moins fréquente	- 4 à 10 mois  - 3 à 10 mois - 4 à 5 mois	- Boiterie d'appui d'apparition insidieuse et s'aggravant ensuite dans les semaines, voire dans les mois suivants	- Examens radiographiques et arthroscopiques
Dysplasie du coude	- Mâles plus touchés - Les Retrievers sont les races les plus prédisposées. - Les chiots issus de parents indemnes présentent 30 % de risques de dysplasie du coude	- 4 à 10 mois	- Boiterie d'un ou des deux membres thoraciques	- Radiographies officielles  - Diagnostic arthroscopique

**Tableau 7** : Maladies neuromusculaires chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever

<b>Affection</b>	<b>Individus concernés</b>	<b>Age d'apparition des symptômes</b>	<b>Moyens diagnostiques</b>	<b>Dépistage</b>
Myopathie des Golden Retrievers mâles	- Seuls les mâles sont atteints (gène récessif porté par le chromosome X)	- dès 3 semaines (souvent entre 6 et 8 semaines)	- Atrophie musculaire évolutive avec hypertrophie de la langue, ouverture buccale réduite et atrophie des muscles du jarret	- Electromyographie  - Concentration sérique de créatine kinase
Myopathie héréditaire du Labrador Retriever	- Jeunes Labradors Retrievers	- 8 à 12 semaines	- Faiblesse musculaire généralisée, mégaoesophage  - Examen neurologique	- Tracés électromyographiques  - Biopsie musculaire et histologie
Myoclonie familiale réflexe du Labrador Retriever		- 3 à 6 semaines	- Contractions brèves et répétitives des muscles squelettiques appendiculaires déclenchées par des stimuli sensitifs	- Electromyogramme

**Tableau 8** : Affections oculaires chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever

<b>Affection</b>	<b>Age d'apparition</b>	<b>Diagnostic</b>
Entropion	- Avant 1 an	- Examen direct
Ectropion	- Avant 1 an	- Examen direct
Distichiasis	- Avant 1 an	- Examen direct
Luxation du cristallin	- Animaux âgés	- Ophtalmoscopie
Cataracte héréditaire	- De 1 an à quelques années	- Ophtalmoscopie
Cataracte congénitale	- Quelques semaines	- Ophtalmoscopie
Atrophie rétinienne progressive généralisée	- A partir de 1 à 3 ans	- Examen du fond d'œil - Ophtalmoscopie - Diagnostic précoce par électrorétinographie vers 12 à 18 mois
Dystrophie de l'épithélium pigmentaire (atrophie rétinienne progressive centrale)	- Dès 18 mois ou beaucoup plus tard	- Examen du fond d'œil
Dysplasie de la rétine	- Quelques semaines	- Examen du fond d'œil
Dystrophie de la cornée	- Quelques semaines	- Examen direct
Kystes de l'iris	- A partir de 2 ans et avant l'âge de 6 ans	- Examen direct - Ophtalmoscopie
Persistance de la membrane pupillaire	- Quelques semaines	- Ophtalmoscopie

**Tableau 9** : Affections de l'appareil cardiovasculaire chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever

<b>Affection</b>	<b>Prévalence</b>	<b>Mode de transmission</b>	<b>Symptômes</b>
Sténose aortique	Rare	Prédisposition raciale chez les Retrievers Support héréditaire chez le Golden Retriever (transmission selon un mode polygénique)	Auscultation de l'aire cardiaque (4ème espace intercostal gauche) : souffle dont l'intensité peut augmenter jusqu'à l'âge de 1 an

**Tableau 10** : Troubles congénitaux de l'hémostase chez le Golden Retriever et le Labrador Retriever

<b>Affection</b>	<b>Prévalence</b>	<b>Mode de transmission</b>	<b>Symptômes</b>
Hémophilie A (défiance du facteur VIII de la coagulation)	Rare	Mode récessif lié au sexe : femelles porteuses asymptomatiques, mâles atteints Touche les Golden Retrievers	Saignements prolongés, hématomes sous-cutanés, hémorragies tissulaires, hémarthroses, hémothorax, hémopéritoine
Hémophilie B (défiance en facteur IX de la coagulation)	Rare	Connue chez le Labrador Retriever : déterminisme génétique identique à hémophilie A	
Maladie de Von Willebrand (défaut qualitatif du facteur VIII)	Rare	Mode autosomal dominant, Labrador et Golden Retrievers peuvent être atteints	Temps de saignement allongé, hémorragies spontanées abdominales, hématomes sous-cutanés au niveau des membres

**Tableau 11** : Epilepsie essentielle ou epilepsie primaire ou epilepsie idiopathique

<b>Affection</b>	<b>Prévalence</b>	<b>Mode de transmission</b>	<b>Symptômes</b>	<b>Age d'apparition</b>
Epilepsie essentielle ou epilepsie primaire ou epilepsie idiopathique	Rare	Golden Retriever et Labrador Retriever prédisposés. Héritaire, touche plus souvent les mâles	Crises convulsives récidivantes	Dès l'âge de 6 mois. En moyenne, de 1 à 3 ans.

#### d) Bien-être de l'animal et conditions de vie

Le 15 octobre 1978, à Paris, est solennellement proclamée la Déclaration Universelle des Droits de l'Animal. Le texte est rendu public en 1990. Il y est écrit que : « toutes les formes d'utilisation de l'animal doivent respecter la physiologie et les comportements propres à l'espèce ». (86)

Pour Hines, la raison pour laquelle beaucoup de programmes échouent est le manque de considération pour le bien-être animal. Souvent, en institution, un seul essai d'activité associant l'animal est accordé et, si le projet échoue, il ne sera probablement pas réitéré. Il est donc nécessaire de considérer le bien-être et de le réévaluer régulièrement. (51) L'accueil de l'animal dans l'institution n'est pas facile si les conditions de vie nécessaires au bien-être du chien dans sa nouvelle vie ne sont pas respectées. Pour que le projet se déroule dans les meilleures conditions, il faut accorder de l'importance aux rythmes physiologiques de l'animal. La vie en institution ne ressemble en rien à la vie en meute ou en famille, le nombre de personnes présentes dans ces institutions étant bien plus important.

Le bien-être de l'animal impose un minimum de connaissances théoriques sur la physiologie du chien, ses modes de communication et ses besoins (alimentation, repos, sorties). De plus, un rôle très important est ici confié au référent du chien qui doit avoir des connaissances suffisantes sur le chien. En particulier, le chien peut présenter des signes d'inconfort qui lui sont spécifiques. Ainsi, le référent doit observer le chien. Ces signes sont variables et peuvent aller de l'anorexie à la boulimie, de l'insomnie à l'hypersomnie, de l'agressivité à la perte d'apprentissages (propreté, réponse aux ordres classiques). Il existe d'autres signes d'inconfort qui sont des signes pathologiques (troubles cutanés ou digestifs chroniques, affections douloureuses chroniques) et physiologiques (tachycardie, tachypnée, hypersalivation). Ces marqueurs d'inconfort sont particuliers à chaque individu. (77) Ainsi, tout problème doit être noté par le référent, voire même par le personnel de l'établissement, et évoqué immédiatement auprès du vétérinaire. Aussi, un carnet de liaison peut être mis en place pour y recenser les troubles du chien. (100)

Le vétérinaire qui participe au programme doit disposer des grilles d'Evaluation clinique des Troubles Emotionnels et Cognitifs du chien (grille E.T.E.C. présentée dans les Tableaux 12 et 13). (86)

**Tableau 12** : Grille d'Evaluation des Troubles Emotionnels et Cognitifs (E.T.E.C.) d'après Pageat (78)

	Comportement	Caractéristiques	Note
CENTRIPE TE	Alimentaire	Boulimie	3
		Anorexie/hyporexie	4
		Dysorexie	5
		Appétit normal	1
		Boulimie avec régurgitation et réingestion	3
	Dipsique	Eudipsie	1
		Polydipsie	5
		Mâchonne l'eau sans avaler	3
		Transporte la gamelle vide	2
	Somesthésique	Comportement de toilette normal	1
		Léchage, mordillement	4
		Stéréotypie de mordillement, tournis	5
Sommeil	Normal	1	
	Augmentation, hypersomnie	2	
	Insomnie en cours de sommeil	3	
	Se réveille peu de temps après s'être couché, inquiétude au coucher	5	
CENTRI FUG E	Exploratoire	Normal	1
		Inhibé simplement	2
		Augmenté et hypervigilance	4
		Oral	5
		Réponses d'évitement fréquentes	3
	Agression	Agressivité inchangée (sans problèmes relationnels)	1
		Agression par irritation	3
		Agression par peur	4
		Agression par peur et par irritation	5
	Apprentissages sociaux	Vole, ne lâche pas les objets dérobés	5
		Mord sans grogner	4
		Absence de soumission	2
Ne se contrôle pas au cours du jeu		2	
Inchangé		1	
Apprentissages spécifiques	Même capacité de réponse (en tenant compte de la fatigabilité)	1	
	Réponses aléatoires	3	
	Plus de réponse	5	
Examen somatique	Normal	1	
	Episodes de tachycardie et/ou de tachypnée	2	
	Diarrhée, colique	2	
	Dyspepsie	2	
	Mictions émotionnelles augmentées	3	
	Granulome de léchage	4	
	Obésité	4	
	Polyuro-polydipsie	4	
		Total	

**Tableau 13** : Grille d'interprétation du score E.T.E.C. d'après Pageat (78)

Valeur E.T.E.C.	Interprétation
9 à 12	Etat normal
13 à 16	Phobies
17 à 35	Anxiété
36 à 44	Troubles thymiques

Arkow insiste sur le bien-être des animaux associés aux programmes de thérapie. Des chiens justement choisis et correctement entraînés apprécient les activités, mais ces séances ne doivent pas être trop longues et trop éprouvantes pour eux. (2)

Le chien doit pouvoir avoir accès à une zone de déjection au moins quatre fois par jour (matin, midi, fin d'après-midi et soir), voire plus s'il le demande.

Les animaux d'accompagnement social doivent sortir régulièrement de l'établissement. La meilleure formule reste le chien qui repart le soir avec son référent pour avoir une « vie normale en famille ». De même, il est préférable que le référent garde le chien le week-end chez lui afin que l'animal puisse se ressourcer. Lors des vacances du référent principal, le chien peut partir en vacances, ou bien être confié à un référent secondaire.

Aucun résident ne doit commettre d'acte de maltraitance envers le chien. Aussi, le chien ne doit jamais être seul en présence de patients violents, ni se retrouver dans la chambre d'un patient qui ne souhaiterait pas sa présence.

Il faut penser aussi à la « retraite » du chien. Lors de sa visite de gériatrie (vers l'âge de huit ans), le vétérinaire détermine si des fonctions vitales sont altérées. Les écoles de chiens-guides d'aveugles envisagent une retraite lorsque l'évaluation par un vétérinaire montre des altérations des grandes fonctions ou bien une plus grande fatigabilité, un travail du chien plus difficile, une capacité d'adaptation altérée et/ou la mise en place de blocages. Les éducateurs préviennent alors le maître que certaines situations nécessitent une vigilance accrue de sa part. L'animal est alors mis en préretraite et les écoles préparent alors un autre chien-guide.

Dans le cadre d'un chien d'accompagnement social, ce sujet devra faire l'objet d'une réflexion avec le vétérinaire qui jugera si le chien peut toujours remplir sa mission, ou bien s'il est nécessaire pour son bien-être de le mettre en retraite. En effet, si le chien présente une maladie qui nécessite un traitement lourd ou bien si l'affection est douloureuse (ce qui peut d'ailleurs entraîner des comportements agressifs chez le chien), l'éthique vis-à-vis de l'animal doit devenir prioritaire.

La mise à la retraite du chien va souvent susciter des questions et des réactions chez les résidents et réactiver leurs sentiments face à leur propre maladie, la vieillesse et l'isolement. Cette situation est donc à anticiper avant qu'elle n'arrive. Il serait intéressant de la préparer

comme les écoles de chiens-guides d'aveugles et mettre le chien en pré-retraite, c'est-à-dire diminuer ses temps de visite et commencer à faire venir le nouveau chien.

## **6/ Relations avec le Comité d'Hygiène et le Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN)**

Le comité de pilotage doit aussi recueillir l'avis favorable du Comité d'Hygiène et du Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ces instances peuvent imposer certaines conditions, de même qu'une fréquence de visites chez le vétérinaire.

Les Centre de Coordination et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) ont été mis en place par arrêté le 3 août 1992. Ces centres servent d'appui technique aux établissements hospitaliers et travaillent au niveau interrégional. Ils sont au nombre de cinq (Est, Ouest, Paris-Nord, Sud-Est, Sud-Ouest). Les CCLIN sont chargés de mettre en place la politique définie au niveau national et d'animer la coopération inter-hospitalière (réseau de surveillance, formation, documentation, études).

Ces centres demandent fréquemment qu'un protocole de bonnes pratiques avec le chien soit mis en place dans l'établissement, afin d'éviter des infections nosocomiales.

Un cadre méthodologique doit être fixé pour que tous les documents concernant la santé du chien puissent être visionnés par toute personne souhaitant y avoir accès, que ce soit le CCLIN, un comité d'hygiène ou la DDASS. Il arrive que la DDASS impose une fréquence de visites chez le vétérinaire. (99)

La définition des infections nosocomiales par le Ministère Délégué à la Santé, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, la Direction Générale de la Santé, le 28 mai 2001, dans son projet intitulé « Lutte contre les infections nosocomiales », est la suivante :

« Les infections nosocomiales sont les infections contractées dans un établissement de soins. Une infection est considérée comme telle lorsqu'elle était absente au moment de l'admission du patient. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est classiquement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48 heures d'hospitalisation. [...] Ces infections peuvent être directement liées aux soins médicaux [...] ou survenir lors de l'hospitalisation indépendamment de tout acte médical. »

L'âge, l'affection, le traitement en cours et la réalisation d'actes invasifs peuvent être des facteurs favorisants.

#### a) Mesures générales à prendre

Paul Le Guerrier, membre du CINQ (Comité sur les Infections Nosocomiales du Québec) signale que les animaux de compagnie, tout comme les humains, peuvent être porteurs d'agents infectieux potentiellement pathogènes et transmissibles. Par contre, il insiste sur le fait qu'aucune étude n'a évalué le risque d'une transmission d'une zoonose lorsqu'un animal de compagnie est dressé, en bonne santé et correctement vacciné. Il souligne qu'aucune étude ne démontre que les animaux de compagnie, dans le cadre d'un programme de zoothérapie, représentent un plus grand risque qu'un humain. (62)

Il ajoute que le risque de transmission de zoonoses reste faible et établit des mesures préventives qui, si elles sont bien observées, peuvent réduire davantage le risque infectieux :

- Un établissement de santé ne devrait en aucun cas utiliser des Nouveaux Animaux de Compagnie (NAC) pour des fins de zoothérapie à cause du risque élevé de zoonose.
- S'assurer que tous les animaux de compagnie sont en parfaite santé, bien dressés et qu'ils soient adéquatement vaccinés.
- L'établissement de santé doit identifier les zones où les animaux ne peuvent accéder.
- L'animal ne doit jamais être en contact avec la peau d'un patient qui n'est pas saine (plaies, sites chirurgicaux).
- Le personnel hospitalier doit se conformer aux pratiques préventives de base et aux précautions de contact pour nettoyer un endroit de l'établissement contaminé par les excréments ou les excréments d'un animal (sang, urine, vomissure).
- Toute personne qui a eu des contacts avec un animal, avec ses selles ou son urine doit effectuer un lavage adéquat des mains en utilisant de l'eau et du savon ou un agent antiseptique.
- La formation du personnel est également une mesure importante pour réduire le risque de zoonose.
- Les établissements de santé doivent également se doter d'une politique concernant la zoothérapie. Cette politique pourrait, entre autres, spécifier les conditions dans

lesquelles un animal peut fréquenter l'établissement. De plus, toutes les mesures préventives qui viennent d'être énoncées peuvent être reprises dans cette politique.

D'autres mesures préventives générales peuvent être prises (38) :

- Toujours se laver les mains après avoir manipulé un animal et surtout avant de manger.
- Eviter d'embrasser l'animal.
- Ne pas permettre à l'animal de lécher le visage ou la bouche.
- Couvrir les plaies avant les visites de l'animal.
- A l'extérieur, ramasser les selles immédiatement.
- Eviter de laisser l'animal sans surveillance avec un patient.
- Rapporter tout incident au personnel médical ou au responsable du programme.
- En milieu hospitalier, la thérapie assistée par l'animal est déconseillée dans les cas suivants :
  1. Patients ayant subi une ablation de la rate
  2. Patients affectés par la tuberculose
  3. Patients avec une fièvre d'origine inconnue
  4. Patients infectés par un *Staphylococcus aureus* résistant.

De plus, il est bon d'insister sur le fait que les membres du personnel, les malades entre eux, les visiteurs représentent un risque bien plus important de transmission de maladie par rapport au chien. (63)

Des restrictions d'accès doivent être mises en place. Ainsi, le chien ne peut rentrer dans la salle de soins, les endroits de stockage médical, les zones de restauration, les zones où sont préparés les repas, ou les zones réservées au stockage des denrées alimentaires. Sur ces zones doivent figurer des écriteaux d'interdiction d'accès. Des feuilles de format A4 suffisent. Cette interdiction peut être illustrée par une photographie du chien superposée d'un cercle rouge barré.

b) Risques potentiels de zoonoses associés à la présence d'un chien dans une USLD (86 ; 91)

Les réticences sur le plan sanitaire les plus fréquentes sont les risques hygiéniques et sanitaires.

- **Risque de zoonoses transmises par le chien (15, 94)**

Dans cette partie sont traitées les maladies transmises entre l'homme et le chien uniquement.

La définition des zoonoses donnée par l'OMS est la suivante : maladies et infections qui se transmettent naturellement des animaux vertébrés à l'homme et vice-versa.

Afin de compléter cette définition de sorte que la réciprocité ne soit pas automatique, le terme d'hémizoonose a été employé pour qualifier les maladies et infections qui évoluent « seulement » de l'homme à l'animal ou inversement.

Les différents types de zoonoses sont définis suivant le mode de contamination qui peut être (94) :

- direct (orthozoonoses),
- par ingestion d'une forme évolutive du parasite, et l'homme entre alors dans un cycle évolutif (cyclozoonoses),
- par un vecteur (metazoonoses),
- par absorption d'un élément infestant présent au sol (saprozoonoses).

Cependant, les cas de zoonose d'origine canine sont rares dans la population générale française, malgré la proximité des chiens familiers. De plus, les affections les plus fréquentes sont pour la plupart bénignes et peuvent largement être évitées par simple respect de règles élémentaires d'hygiène.

- **Les zoonoses transmises par morsures, griffures ou léchage de chien (88)**

La salive du chien contient de nombreuses bactéries, dont des pasteurelles et bactéries apparentées, des staphylocoques et des streptocoques. Les contaminations sont plurimicrobiennes, associant bactéries aérobies et anaérobies. Chez l'homme, les morsures et

les griffures par le chien peuvent entraîner des suppurations, abcès, phlegmons et panaris. Chez les individus immunodéprimés, des bactéries comme *Capnocytophaga canimorsus* et *Capnocytophaga cynodegmi* peuvent être exceptionnellement responsables de septicémies et méningites.

En cas de morsure ou de griffure, la plaie doit être nettoyée à l'aide d'eau et de savon de Marseille, puis rincée et traitée avec un antiseptique, telles que de la povidone iodée ou de la chlorhexidine. Le statut vaccinal pour le tétanos de la personne mordue ou griffée doit être vérifié. Des antibiotiques peuvent être administrés : cyclines, ampicilline associée ou non à de l'acide clavulanique.

Les principales zoonoses sont présentées sous forme de tableaux récapitulatifs en Annexes 1 à 6.

### c) Risque allergique

L'allergie aux animaux touche 2.5 % de la population générale. Des espèces sont reconnues très allergènes comme le chat, le cobaye et le cheval. Par contre, les chiens sont beaucoup moins cités que les chats. Ceci s'explique par un plus faible pouvoir allergisant du chien.

Ces allergènes se trouvent sur le pelage de l'animal, venant des sécrétions des glandes sébacées de la peau, mais aussi dans le sang et les urines. La réaction allergique est dépendante de la dose d'allergène. Elle est induite par contact direct avec l'animal ou indirect. En effet, lorsqu'ils sont libérés dans l'air ambiant, les 4/5 des allergènes s'accrochent à des particules de poussière relativement lourdes et sédimentent au sol. Le cinquième restant est adsorbé sur des particules de diamètre moins important et peut ainsi rester dans l'air et être inhalé. (114)

Les manifestations cliniques d'une allergie aux animaux sont très polymorphes. Ces réactions s'observent sous forme de rhinite allergique (avec jetage, congestion nasale, éternuements en série, démangeaisons), de blépharite, de conjonctivite, de crise d'asthme ou de toux sèche persistante. Chez certaines personnes, le contact avec la peau de l'animal entraîne des démangeaisons, voire même de l'urticaire.

L'allergène majeur chez le chien est la protéine Can fl. Une étude a montré l'influence du sexe, de la race et de la production de sébum sur la quantité d'allergène Can fl en microgramme par gramme de fourrure. Parmi les races de chien étudiées (Berger allemand, Berger des Pyrénées, Cocker spaniel, Griffon, Epagneul, Labrador Retriever, Caniche, Yorkshire terrier), le Labrador Retriever a les taux les plus faibles. Les mâles produiraient plus d'allergène majeur que les femelles. De même, le statut séborrhéique influencerait la quantité d'allergène présente. (84)

Moore et coll., dans une étude portant sur la réaction allergique aux squames de douze races différentes (Beagle, Colley, Setter irlandais, Boxer, Doberman pinscher, Schnauzer nain, Caniche toy, Teckel, Berger allemand, Caniche moyen, Cocker spaniel, Labrador Retriever noir), ont montré des réactions plus importantes concernant le Caniche toy, le Setter irlandais, le Colley et le Boxer. Le Labrador Retriever noir était en dixième position. (72)

Des études récentes contredisent les idées courantes sur le risque allergique lié à l'animal. En effet, la présence de plusieurs animaux au foyer domestique (plus de deux chats ou plus de deux chiens) réduirait le risque allergique et l'apparition d'asthme chez les enfants. Ownby et Johnson émettent l'hypothèse que les enfants vivant avec des animaux seraient exposés à des taux plus importants d'endotoxines par la présence des bactéries Gram négatif fréquemment trouvées dans la cavité buccale des chiens et des chats. Cette exposition aux endotoxines modifierait le système immunitaire par le développement d'une réponse qui diminuerait le risque allergique. (76) De plus, cette exposition précoce aux animaux domestiques, dans les premières années de vie, en particulier avant le début de l'asthme, protégerait les adultes contre la sensibilisation aux allergènes. Finalement, l'éviction systématique des animaux chez l'enfant n'est plus à conseiller. (75)

Cependant, si l'exposition précoce réduit le risque allergique et le développement de l'asthme, une fois l'asthme installé, la présence d'animaux n'aurait pas d'effet bénéfique voire même pourrait engendrer des crises. (79)

Au Québec, des hôpitaux associés à des projets de chiens visiteurs demandent au référent, pour diminuer le risque allergique, 24 heures avant la visite, d'utiliser une solution Allerpet/d® sur tout le pelage du chien à l'aide d'un gant de toilette. Un gant de toilette imprégné d'eau permet déjà, à lui seul, de réduire le risque allergique. (38) Certains allergologues conseillent de faire un shampooin au chien deux fois par semaine. Des études

de l'Université de West Virginia montrent qu'une simple hygiène de tous les jours et des soins réalisés à l'animal réduiraient les réactions allergiques de 95 %. (70)

Si un résident est reconnu allergique aux poils de chien, il ne doit pas être associé au programme et le contact avec le chien ne doit pas être autorisé.

#### d) Risques physiques

Les risques physiques qu'entraîne la présence d'un chien sont les morsures, les griffures et les chutes.

Les morsures résultent d'un comportement agressif de la part du chien, qui se caractérise par une séquence comportementale comprenant trois phases : une phase appétitive ou d'intimidation, une phase consommatoire avec morsure et une phase d'apaisement avec signal d'arrêt. Un chien équilibré, n'ayant aucun problème comportemental, passe par ces trois phases. La première étant aisément reconnaissable, la morsure peut être évitée si le chien n'est pas laissé seul avec les résidents.

Les griffures peuvent aussi être évitées. En effet, le chien ne doit jamais poser ses membres thoraciques sur les résidents pour éviter ce risque, ni monter sur les lits.

Les chutes peuvent être causées de diverses façons. L'animal peut déséquilibrer les résidents s'il tente de monter sur les fauteuils roulants, ne serait-ce qu'en posant ses membres sur un accoudoir. Il peut aussi entraîner des chutes en se faufilant entre les jambes des personnes déambulantes. Si le chien ne monte pas sur les fauteuils roulants et s'il est de taille assez importante pour être vu, cela suffit à empêcher que se produisent de tels accidents. De plus, les laisses à enrouleur sont à proscrire, car le fil enrouleur est trop fin pour être vu et il est trop long en position déroulée.

Enfin des chutes par glissades sur d'éventuelles déjections peuvent être évoquées. Un chien parfaitement équilibré doit faire ses besoins à l'extérieur avant l'âge de six mois. Cependant, des déjections peuvent survenir dans les locaux si l'animal est malade (diarrhée, cystite, polyurie-polydipsie intervenant lors d'insuffisance rénale, de diabète, de maladie de Cushing,

de pyomètre...) ou lors de problème organique (incontinence). Pour ces raisons, un suivi vétérinaire se révèle indispensable. Si les sorties du chien sont insuffisantes, des déjections intempestives peuvent également arriver. De nombreuses sorties doivent donc être prévues sur le « planning de journée ». Si l'animal fait ses besoins à l'intérieur, un nettoyage et une désinfection doivent être immédiatement réalisés.

#### e) Nuisances sonores, odeurs, dégradations

Les nuisances (bruits, odeurs) et les dégradations que pourrait engendrer la présence d'un animal dans un hôpital sont souvent évoquées.

Si le chien est parfaitement équilibré et éduqué, il n'aura pas l'occasion d'aboyer au sein de l'hôpital ni de dégrader les locaux. De plus, par le choix d'un chien adulte, préalablement éduqué, ce risque est très limité.

Les mauvaises odeurs véhiculées par un chien peuvent être dues à un mauvais entretien du pelage (bains, pansages pas assez fréquents), des affections cutanées, des troubles digestifs avec flatulences, une mauvaise hygiène buccale et une accumulation de tartre. Les troubles digestifs peuvent être résolus par une alimentation adaptée et de qualité. Le tartre doit faire l'objet d'un suivi régulier et, si besoin, un détartrage doit être réalisé.

## II. MISE EN ŒUVRE DU PROJET

### **1/ Phase préparatoire à l'arrivée du chien**

#### a) Information des familles des résidents

Il est important d'informer les familles des résidents sur un projet d'Activités Associant l'Animal au sein d'une USLD et de les tenir au courant de l'avancée du projet.

Aussi, il faut mettre en forme un document d'information où figurent :

- l'intérêt d'un chien dans l'USLD,
- les qualités requises par un chien d'accompagnement social,

- la journée du chien à l'hôpital et le respect de son bien-être,
- la thérapie facilitée par l'animal,
- un exemple de projet thérapeutique individuel,
- le suivi vétérinaire du chien.

Un exemple de document réalisé à l'hôpital de Gimont par Valérie Lefebvre, infirmière, figure en Annexe 7.

Ce document peut être donné à l'occasion d'une visite de la famille au sein de l'hôpital ou bien être adressé par courrier. Il faut s'assurer que les familles ont bien reçu ce document d'information.

Par cet échange, le comité de pilotage peut identifier les réticences de certaines familles, répondre à leurs questions, voire même écarter un résident du projet si sa famille s'oppose formellement à sa participation. De plus, cette conversation permet de recueillir des informations utiles au comité de pilotage (exemple : savoir si le patient a déjà eu d'autres animaux auparavant, s'il présente des phobies au contact de certaines espèces ou bien encore s'il est allergique au chien).

#### b) Evaluation des résidents avant l'arrivée du chien d'accompagnement social

Avant l'arrivée du chien dans l'USLD, les résidents doivent aussi avoir connaissance du projet. Pour les patients aux capacités cognitives non altérées, un document d'information similaire à celui destiné aux familles peut être utilisé.

Pour les résidents dont les capacités cognitives sont altérées, des photographies de Golden Retriever ou Labrador Retriever peuvent être utilisées afin de les familiariser et d'appréhender leurs réactions.

Pour connaître les effets du chien à long terme, des questionnaires seront réalisés.

Voir la « Quatrième partie » du document.

#### c) Création d'activités associant le chien

Les expériences réalisées dans d'autres établissements permettent de mettre en place des activités en présence de l'animal. Le Tableau 14 présente, à titre d'exemple, quelques unes des activités réalisées dans des hôpitaux français et un établissement suisse.

**Tableau 14** : Exemple d'activités proposées aux résidents en présence de l'animal dans des hôpitaux français et un établissement suisse

Associations	Etablissements concernés	Activités proposées
<p><b>4 Pattes Tendresse</b> site internet en construction</p>	<p>Hôpital Paul Brousse Villejuif (94) 01 45 59 30 00 service gériatrie</p>	<p>Séances individuelles (15 à 20 minutes) Séances collectives (1 chien pour 4 résidents, 45 minutes) - <b>Brossage</b> : choix de l'accessoire (peigne, brosse douce, étrille) - <b>Donner des croquettes lors de récompenses</b> : croquettes de taille différente, dans le creux de la main ou entre deux doigts, baisser la main ou la relever - <b>Lancer de jouets</b> : en longueur, en hauteur, ouvrir la main et baisser le jouet, passer le jouet au voisin - <b>Promenade du chien</b> : toujours en double laisse, aller dans les jardins - <b>Stimulation de la mémoire</b> : * rappel des consignes pour le lancer de balles (nom du chien, assis, prendre la balle et la montrer, lancer, puis « X, va chercher », « X, rapporte ») * évocation de souvenirs : nommer les chiens possédés antérieurement, montrer des photos des résidents avec le chien sur différentes activités, différents lieux, photos d'autres chiens</p>
<p><b>Parole de chien</b> <a href="http://www.parole-de-chien.com">http://www.parole-de-chien.com</a> 1 vidéo en ligne sur la page d'accueil</p>	<p>3 hôpitaux gériatriques : - Hôpital Broca (Paris 13ème) 01 44 08 30 00 - Hôpital Broussais (Paris 14ème) 01 43 95 95 95 - Hôpital Ste Péline (Paris 16ème) 01 44 96 31 31</p>	<p>1 chien pour 4 résidents - <b>Parcours à réaliser</b> : en double laisse, marche simple autour de plots, ou bénévole et chien passent autour des fauteuils roulants - <b>Toilettage</b> : chien de petite taille placé sur une table, chien de grande taille au sol, consignes : brosser l'animal à tel endroit ou citer le nom de la zone brossée - <b>Ateliers thématiques autour du chien</b> : parler de la nourriture, de l'éducation, la chasse</p>
<p><b>Chiens de Thérapie Suisse</b> <a href="http://www.therapiehundesh.ch">http://www.therapiehundesh.ch</a></p>	<p>Home (EMS) des Lilas Route les Vuarines 17 1564 Domdidier Suisse 00 41 26 676 68 11</p>	<p>30 à 60 minutes, résidents du Home qui n'ont pas émis d'objection Visite dans les étages pour voir individuellement les résidents, réunion dans la salle commune - <b>Promenade</b> en double laisse - <b>Biberon</b> : donner le biberon à la chienne (biberon rempli d'eau), tenir le biberon et le pencher suffisamment pour que la chienne puisse boire</p>

Les membres de l'équipe soignante peuvent aussi proposer des idées pour créer de nouveaux ateliers en présence du chien.

#### d) Emploi du temps du chien

L'emploi du temps quotidien et hebdomadaire du chien est établi. Il doit respecter les temps de repos du chien. Le vétérinaire référent pourra apporter des conseils pour la réalisation de cet emploi du temps.

Au sein de l'USLD de l'hôpital de Gimont, le chien arrive le matin avec le référent principal et repart le soir avec lui. Il est présent à l'hôpital du lundi au vendredi. Toutes les journées sont planifiées de façon identique (Tableau 15), sauf le mercredi où les résidents qui le peuvent se rendent au marché de Gimont avec des membres de l'équipe soignante. Le chien accompagne les résidents lors de cette sortie hebdomadaire.

## **2/ Phase immédiate suivant l'arrivée du chien**

#### a) Première semaine du chien dans l'hôpital

Pour que son arrivée ne soit pas trop brusque, il faut mettre en place une semaine d'acclimatation du chien au service. Son temps de présence sur la journée est augmenté au fur et à mesure de la semaine.

#### b) Arrivée officielle du chien dans l'USLD

L'arrivée officielle du chien dans l'établissement doit être vécue comme un événement. Tous les acteurs du projet doivent y être conviés, ainsi que les fondations et tous les sponsors qui ont apporté leur soutien au projet.

Ce jour représente beaucoup aussi pour les résidents qui ont attendu le chien avec impatience. Aussi, leurs familles doivent être présentes.

**Tableau 15** : Emploi du temps d'une journée pour les activités en présence du chien à l'hôpital de Gimont

Horaires	Activités
8h30-9h00	La kinésithérapeute devient référente du chien. Une visite à tous les résidents présents dans leur chambre ou au réfectoire est effectuée.
9h00-9h45	La kinésithérapeute mobilise les résidents déjà levés en présence du chien.
9h45-10h15	Premier projet thérapeutique individuel.
10h15-10h45	Le chien raccompagne le résident au réfectoire et reste disponible aux sollicitations des résidents.  Le chien est descendu au rez-de-chaussée avec un résident et un soignant et est conduit à l'extérieur dans la zone de déjection.
10h45-11h15	Deuxième projet thérapeutique individuel.
11h15-12h00	Le chien est présent dans les parties communes du service auprès des résidents déambulants.
12h00-13h00	Le chien est de nouveau conduit à l'extérieur puis est amené dans la salle qui lui est réservée pour ses périodes de repos. Le chien n'est pas sollicité pendant cette période.
13h00-13h30	Le chien est présent pendant l'atelier journal qui se déroule au séjour. Une aide soignante ou l'auxiliaire médico-psychologique lit les événements du jour et fait participer les résidents.
13h30-14h15	Le chien est de nouveau présent dans les parties communes pour accompagner les résidents déambulants.
14h15-15h00	Le chien est présent lors d'ateliers mémoire, gymnastique, pâtisserie, loto.
15h00-15h45	La kinésithérapeute fait marcher des résidents en présence du chien.
15h45-16h30	Le chien est de nouveau disponible pour les résidents qui le sollicitent et pour les personnes déambulantes.
16h30-17h00	Le chien repart avec le référent principal.

### c) Réunion du comité de pilotage et du personnel soignant

Le comité de pilotage doit régulièrement se réunir pour vérifier l'adéquation entre ce qui avait été écrit pour le projet et la réalité.

Les projets individuels sont mis en place et les membres de l'équipe soignante ont déjà une idée de leur bon déroulement.

De plus, si des incidents ont été notés, ils doivent ressortir lors de ces réunions pour trouver des solutions.

Voici deux exemples d'incidents qui ont été relevés à Gimont :

1. Incident : un seul résident a montré une réticence à se trouver en présence du chien. Cette personne présente des troubles de la vue. Pour elle, un chien n'exerce qu'une fonction de gardien et en conséquence sa présence doit être à l'extérieur.  
Solution : l'équipe fait en sorte que ce résident ne se trouve jamais en contact avec la chienne.
2. Incident : une des personnes âgées qui présente des troubles du comportement et déambule la majeure partie de la journée a voulu s'approprier le chien un jour. Il ne voulait plus rendre la laisse, puisqu'il avait assimilé Volta comme étant sa propriété.  
Solution : le chien lui est confié plus fréquemment et toujours en présence d'un membre de l'équipe soignante. Les règles de la propriété du chien d'accompagnement social lui ont été de nouveau expliquées.

### d) Communication avec l'extérieur

Cette communication avec l'extérieur permet de rendre compte d'une humanisation des établissements pour personnes âgées qui paraissent parfois austères aux familles. Elle permet aussi de faire connaître les activités associant l'animal et de les faire rayonner de sorte que d'autres établissements entreprennent des projets similaires.

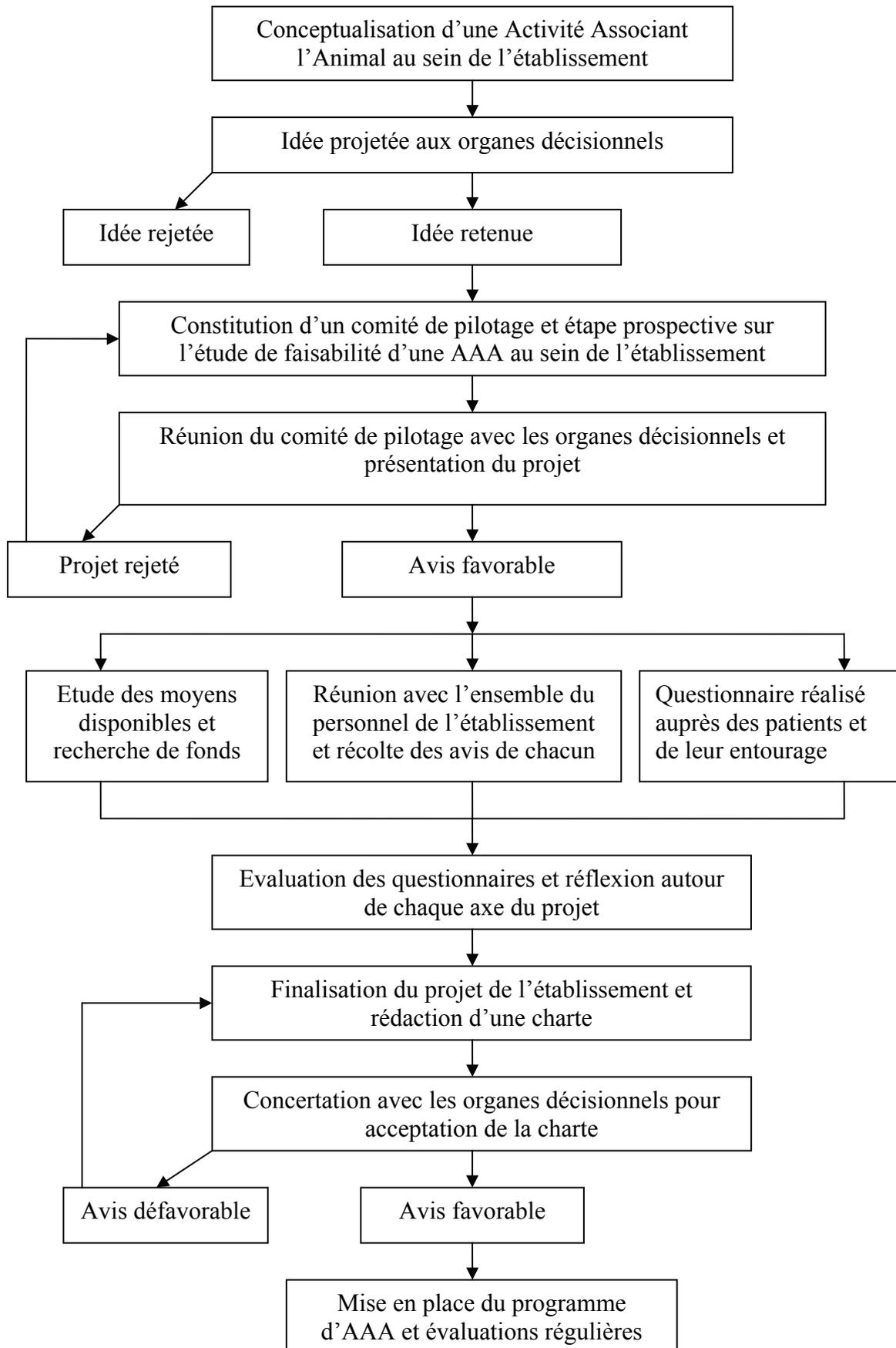
Concernant l'hôpital de Gimont, un article a été publié dans le journal Sud-Ouest, le 9 octobre 2006. (Annexe 8)

### **3/ Phase d'évaluation au long terme**

Après plusieurs mois, l'enquête réalisée avant l'arrivée du chien peut être renouvelée pour évaluer le bénéfice du projet.

A Gimont, les évaluations du personnel soignant, des résidents aux capacités cognitives altérées et des résidents aux capacités cognitives non altérées ont été refaites en début du mois de mars 2007. Les résultats sont présentés dans la partie suivante.

Les différentes étapes du projet sont résumées dans la Figure 3.



**Figure 3** : Comment mettre en place un programme de chiens-visiteurs au sein d'une institution médicale, d'après Rogel (86)

# **QUATRIEME PARTIE : PROCEDURE D'EVALUATION DU BENEFICE DE LA THERAPIE ASSISTEE PAR LE CHIEN A L'HOPITAL DE GIMONT**

L'objectif de cette étude était d'observer le bénéfice éventuel de la présence d'un chien sur l'ambiance de travail auprès du personnel soignant et la qualité de vie des résidents, ainsi que le rôle de catalyseur social du chien.

L'hypothèse formulée par le comité de pilotage était que la présence de la chienne favoriserait les échanges entre le personnel soignant et les résidents, de même qu'entre les résidents. De plus, la présence de la chienne devait stimuler la motivation du personnel soignant.

## **I. MATERIELS ET METHODES**

### **1/ Evaluation de la perception des soignants (Annexe 9)**

Une évaluation de la perception des soignants (ensemble du personnel travaillant auprès des résidents : infirmiers, aides-soignants, cadres, kinésithérapeute, psychologue, auxiliaires médico-psychologiques...) dans l'USLD de Gimont a été réalisée en juillet 2006.

Cette évaluation avait pour thèmes :

- la perception par les soignants de l'ambiance régnant au long séjour, la relation avec les résidents, les moyens de communication avec les personnes détériorées,
- la relation avec les collègues au service de long séjour,
- la perception de la charge de travail à la fin de la journée,
- l'enthousiasme par rapport à l'arrivée de la chienne dans le service,
- l'évaluation de la perception de la qualité de vie des résidents. La définition donnée de la qualité de vie était : le respect de tous les besoins vitaux (alimentation, sommeil...), du bien-être physique et du bien-être psychologique. La qualité de vie est un équilibre entre tous ces paramètres, mais elle est liée également à l'état de santé de la personne.

Les réponses aux questionnaires étaient anonymes.

Une nouvelle évaluation a été réalisée à partir du même questionnaire en mai 2007.

## **2/ Evaluation de la qualité de vie des résidents aux capacités cognitives non altérées** (Annexe 10)

Pour les résidents dont les capacités n'étaient pas trop altérées, un questionnaire leur a été donné. Il pouvait être rempli en présence d'un membre de la famille ou d'un soignant. A l'aide d'une échelle analogique, le résident devait donner une appréciation de sa qualité de vie (allant de 0 = très mauvaise à 10 = très bonne qualité de vie). Les autres thèmes évoqués étaient la fréquence de la participation aux ateliers, la communication avec les autres résidents, l'ennui au cours de la journée, la motivation pour entreprendre des activités et l'enthousiasme vis-à-vis de l'arrivée de la chienne dans l'établissement.

## **3/ Echelle d'observation des résidents aux capacités cognitives altérées (Annexe 11)**

Pour les patients dont les capacités cognitives étaient altérées, une autre méthode a été employée, puisque ces patients ne pouvaient ni s'exprimer par écrit, ni verbalement.

L'équipe soignante a utilisé des photographies pour évaluer les réactions des résidents en alternant des photos d'animaux et des photos d'objets inanimés. Cette observation a été faite dans un endroit calme (le plus souvent la chambre, ou alors les parties communes lorsque peu de patients y étaient présents, toujours à une table sans aucun autre résident autour), à un moment propice aux échanges (en dehors des soins, du repas ou d'une activité). Le soignant était placé face au patient pour observer l'expression du visage (inchangée, tristesse, étonnement, joie, peur), le regard (fixe et sans changement, centré sur la photo, fuyant ou distrait), la communication (absente, intensifiée, diminuée, les propos exprimés), les gestes (absents, préhension de la photo...). Les photographies ont été présentées dans un ordre précis (un coq, une chaise, une vache, une pomme, un chien et une table). Cette évaluation a été réalisée par des personnes différentes.

## II. RESULTATS

### **1/ Evaluation de la perception des soignants**

En juillet 2006, sur 29 questionnaires distribués, 17 membres de l'équipe soignante ont répondu anonymement.

En mai 2007, sur 25 questionnaires distribués, 20 membres de l'équipe soignante ont répondu anonymement.

En mai 2007, 4 personnes étaient absentes du service : un Infirmier Diplômé de l'Etat (IDE) et trois aides-soignants, ce qui explique la distribution de 4 questionnaires de moins en mai 2007.

Entre juillet 2006 et mai 2007, par rapport à l'effectif global, il y a eu des changements de service du personnel :

- sur la fonction IDE, 2 changements de service ont eu lieu entre juillet 2006 et mai 2007,
- sur la fonction aide-soignant, 3 changements de service ont eu lieu au cours de cette période.

Les réponses sont présentées dans le Tableau 16 et dans les Figures 4 et 5.

En mai 2007, la qualité de vie des résidents évaluée par le personnel soignant semblerait meilleure, la distribution étant plus importante vers les notes supérieures (Figure 5).

En mai 2007, l'ambiance semble plus acceptable par le personnel soignant et personne n'a trouvé l'ambiance très angoissante.

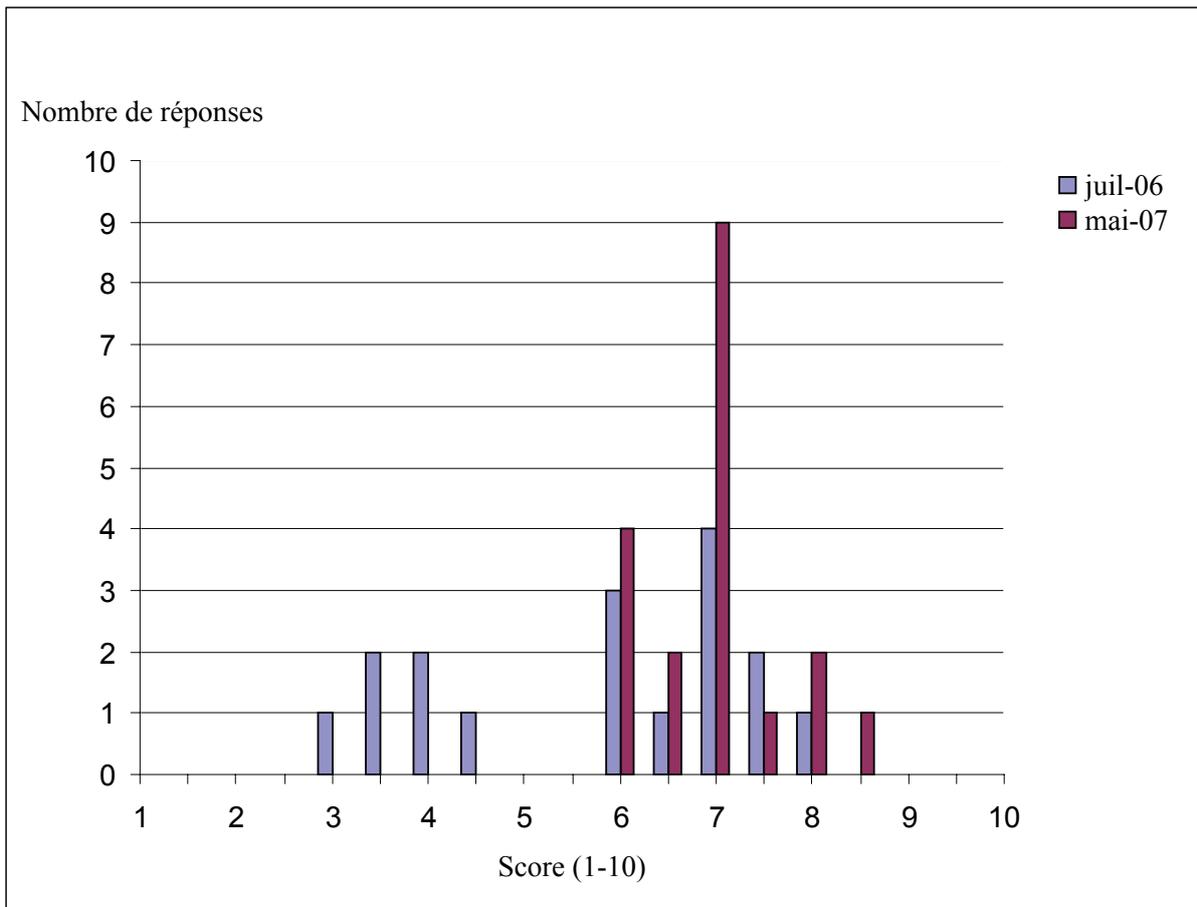
La motivation pour venir au travail serait aussi plus importante.

De la même façon, le personnel soignant aurait plus le sentiment d'avoir fait face à sa charge de travail en mai 2007.

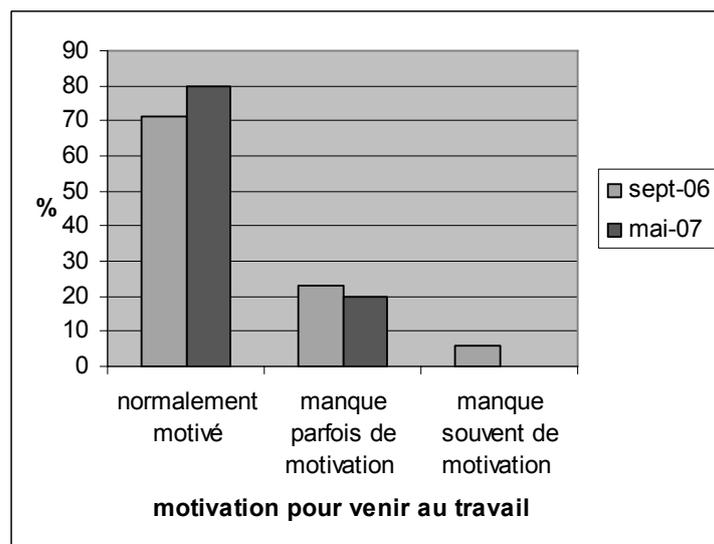
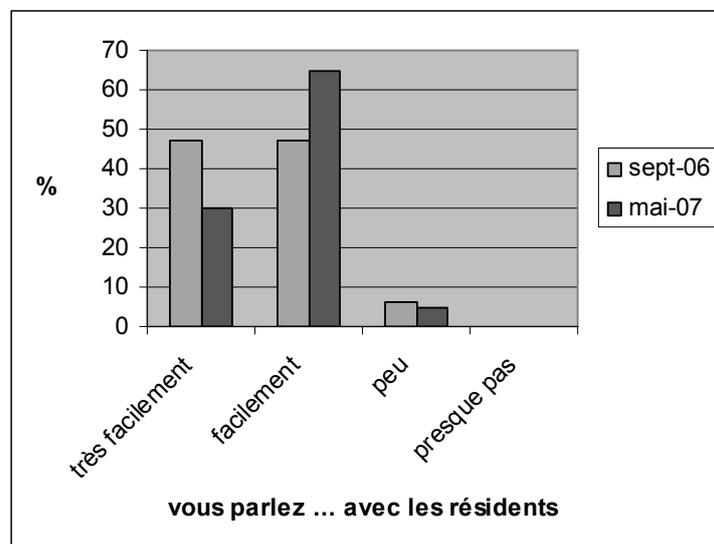
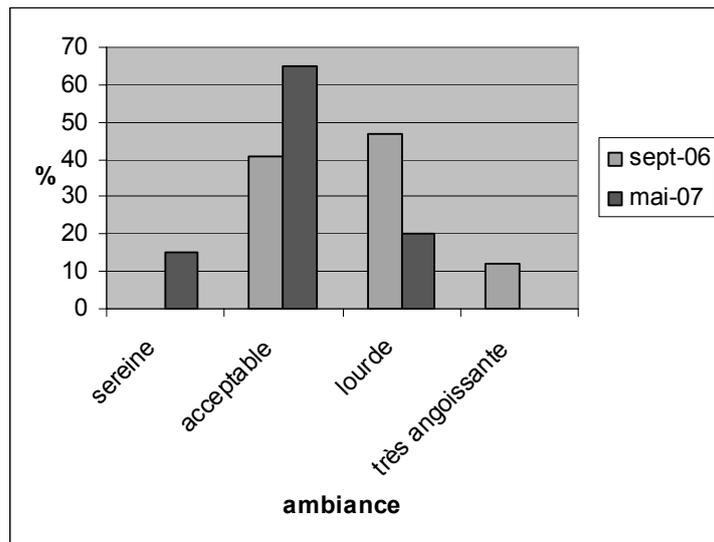
Le personnel soignant est encore plus enthousiaste à la présence de la chienne après 9 mois.

**Tableau 16** : Réponses aux questionnaires distribués au personnel soignant

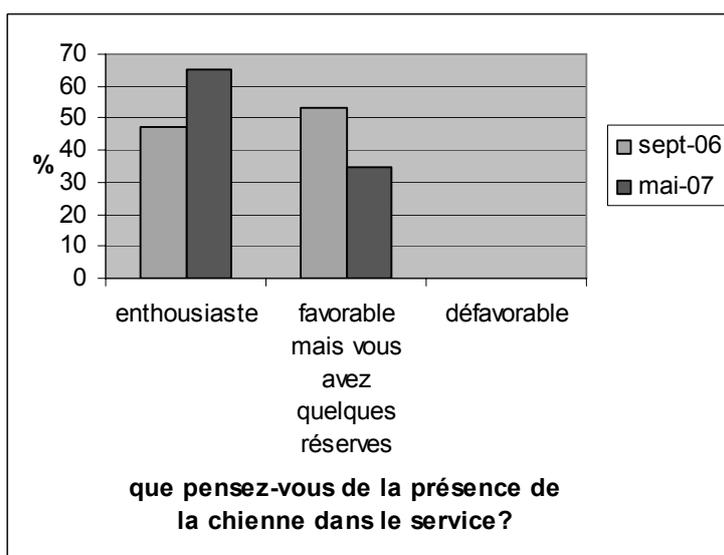
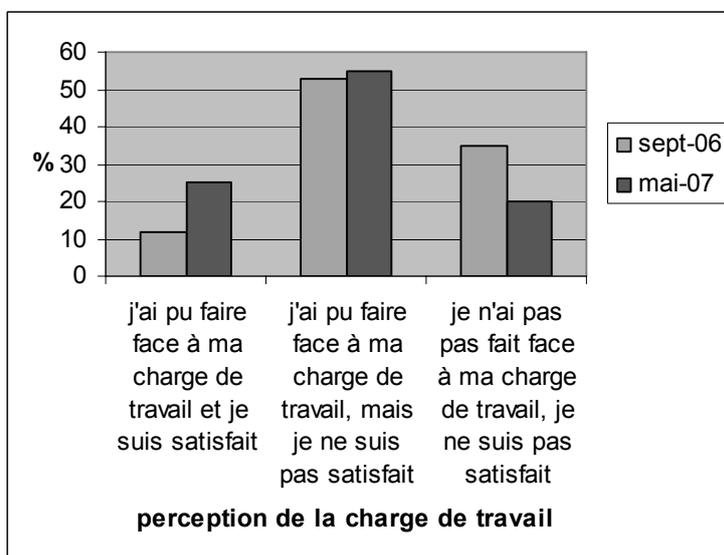
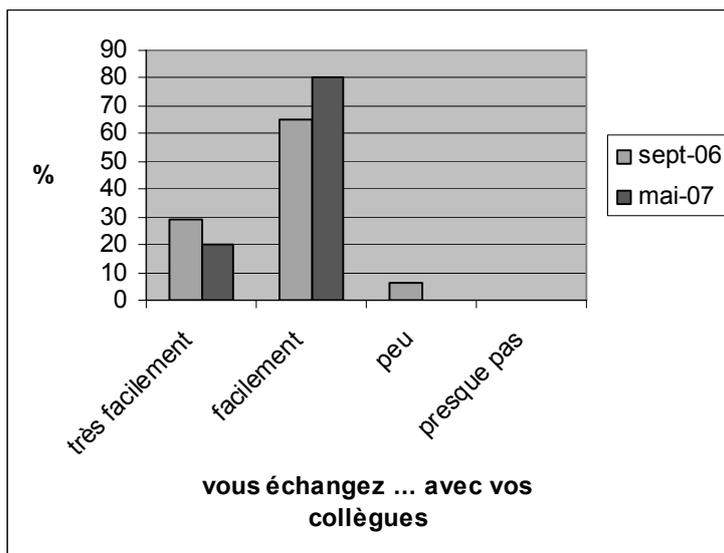
		sept-06		mai-07	
		/17	%	/20	%
Perception par les soignants de l'ambiance qui règne au long séjour	L'ambiance vous semble sereine et vous vous sentez détendu(e)	0	0	3	15
	L'ambiance vous semble "acceptable" et vous arrivez à faire abstraction des tensions	7	41	13	65
	L'ambiance vous semble un peu "lourde" et vous êtes parfois tendu(e)v	8	47	4	20
	L'ambiance vous semble très angoissante et vous êtes très mal à l'aise	2	12	0	0
Relation avec les résidents, en tenant compte de leurs capacités de communication	Vous parlez très facilement avec les résidents et vous trouvez sans difficulté plusieurs sujets de conversation lors des soins et en dehors des soins	8	47	6	30
	Vous parlez avec les résidents et vous arrivez à trouver en cherchant des sujets de conversation lors des soins et en dehors des soins	8	47	13	65
	Vous parlez peu avec les résidents, avec un seul sujet de conversation, lors des soins et en dehors des soins	1	6	1	5
	Vous ne parlez presque pas avec les résidents et vous ne savez pas quoi aborder comme sujet de conversation	0	0	0	0
Motivation à venir au travail	La plupart du temps, je viens au travail "normalement motivé(e)" et j'assume spontanément mon rôle de soignant	12	71	16	80
	Parfois, je manque de motivation pour venir au travail et je dois me motiver pour assurer mon rôle de soignant	4	23	4	20
	Souvent, je manque de motivation pour venir au travail et il me faut beaucoup d'énergie pour assurer mon rôle de soignant	1	6	0	0
Relation avec vos collègues lorsque vous êtes en service long séjour	Vous échangez très facilement avec vos collègues	5	29	4	20
	Vous échangez facilement avec vos collègues	11	65	16	80
	Vous échangez peu avec vos collègues	1	6	0	0
	Vous n'échangez presque pas avec vos collègues	0	0	0	0
Perception que vous avez le plus souvent de votre charge de travail, à la fin de votre journée	J'ai pu faire face à ma charge de travail et je suis satisfait(e)	2	12	5	25
	J'ai pu faire face à ma charge de travail, mais je ne suis pas satisfait(e)	9	53	11	55
	J'ai le sentiment de ne pas avoir pu faire face à ma charge de travail et je ne suis pas satisfait(e)	6	35	4	20
Que pensez-vous de la présence de cette chienne Volta dans le service	Vous êtes enthousiaste à l'idée de voir cette chienne dans le service et sa présence participe à l'amélioration de la prise en charge	8	47	13	65
	Vous êtes favorable à la présence de cette chienne, mais vous avez quelques réserves sur certains points	9	53	7	35
	Vous êtes défavorable à la présence de cette chienne dans le service et vous vous sentez en opposition	0	0	0	0



**Figure 4** : Evaluation de la qualité de vie des résidents par les soignants



**Figure 5** : Histogrammes des résultats de l'enquête menée auprès du personnel soignant



**Figure 5 (suite):** Histogrammes des résultats de l'enquête menée auprès du personnel soignant

## **2/ Evaluation des résidents aux capacités cognitives non altérées**

En septembre 2006, avant l'arrivée de la chienne, l'évaluation a été réalisée auprès de dix patients, quatre femmes, cinq hommes et une personne dont l'identité n'a pas été précisée (questionnaire anonyme).

En mars 2007, neuf patients ont participé à l'évaluation, quatre femmes et cinq hommes.

Trois patients ont participé aux deux évaluations.

Les résultats figurent dans le Tableau 17 et la Figure 6.

D'après la moyenne des réponses données concernant l'échelle visuelle analogique, la qualité de vie semble meilleure. Elle est passée de 6.75 à 8.5.

La communication avec les autres résidents a augmenté. Le pourcentage de personnes ne parlant jamais aux autres résidents a diminué de 30 à 22 %.

L'ennui semble moins prononcé.

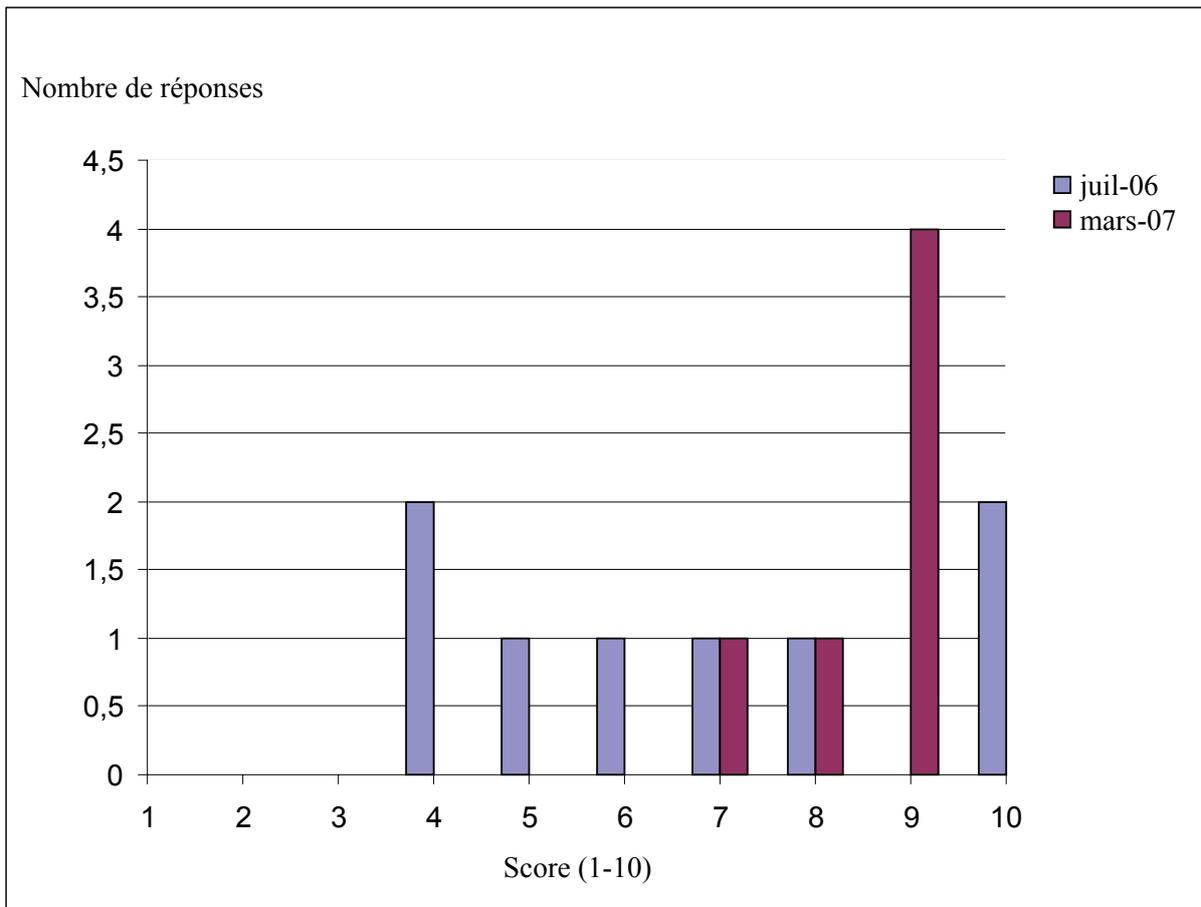
La motivation pour entreprendre les activités quotidiennes semble augmentée.

L'enthousiasme concernant la présence de la chienne est passé de 70 à 78 %.

Trois résidents étaient présents lors des deux études (en juillet 2006 et mars 2007). Leurs résultats sont présentés dans le Tableau 18 et la Figure 7.

**Tableau 17 : Réponses aux questionnaires distribués aux résidents dont les capacités cognitives n'étaient pas altérées**

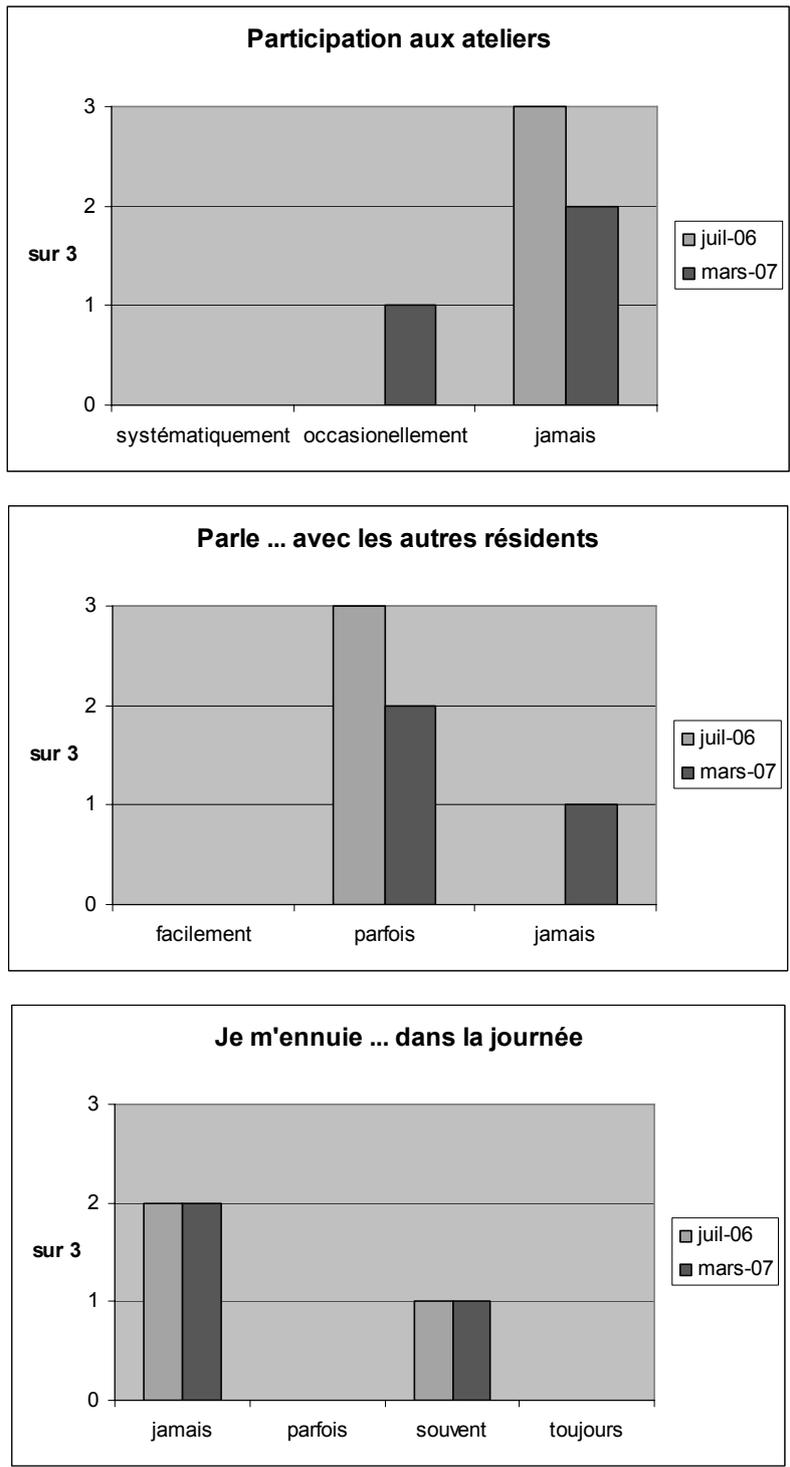
<b>Thème</b>	<b>Evaluation / Questions</b>	<b>Avant l'arrivée de Volta</b>	<b>Après l'arrivée de Volta</b>
<b>Echelle Visuelle Analogique</b>	Score moyen Sans réponse	6.75 2/10 (20 %)	8.5 3/9 (33 %)
<b>Participation aux ateliers</b>	Systematiquement Occasionnellement Jamais Sans réponse	3/10 (30 %) 2/10 (20 %) 4/10 (40 %) 1/10 (10 %)	0/9 (0 %) 3/9 (33 %) 6/9 (67 %) 0/9 (0 %)
<b>Communication entre les résidents</b>	Parle facilement et souvent avec les autres résidents Parle parfois avec les autres résidents Ne parle jamais avec les autres résidents Sans réponse	3/10 (30 %) 4/10 (40 %) 3/10 (30 %) 0/10 (0 %)	1/9 (11 %) 6/9 (67 %) 2/9 (22 %) 0/9 (0 %)
<b>Ennui</b>	J'ai des occupations et je ne m'ennuie jamais dans la journée J'ai quelques occupations et il m'arrive parfois de m'ennuyer J'ai peu d'occupations et il m'arrive souvent de m'ennuyer Je n'ai rien à faire et je m'ennuie toujours Sans réponse	4/10 (40 %) 0/10 (0 %) 5/10 (50 %) 0/10 (0 %) 1/10 (10 %)	5/9 (56 %) 1/9 (11 %) 2/9 (22 %) 1/9 (11 %) 0/9 (0 %)
<b>Motivation pour entreprendre mes activités (se lever le matin, faire la toilette)</b>	Je suis normalement motivé, j'entreprends spontanément mes activités Je manque parfois de motivation, j'entreprends souvent mes activités Je suis assez peu motivé pour entreprendre mes activités, j'ai besoin d'être encouragé Je ne suis motivé pour rien, j'entreprends rarement mes activités Sans réponse	6/10 (60 %) 1/10 (10 %) 1/10 (10 %) 1/10 (10 %) 0/10 (0 %)	8/9 (89 %) 0/9 (0 %) 0/9 (0 %) 0/9 (0 %) 1/9 (11 %)
<b>Que pensez- vous de l'arrivée de cette chienne Volta dans le service ?</b>	Vous êtes enthousiastes à l'idée de voir cette chienne dans le service Vous êtes favorable mais vous avez quelques réserves sur certains points Vous êtes défavorable à l'idée de voir une chienne dans le service et vous vous sentez en opposition. Sans réponse	7/10 (70 %) 2/10 (20 %) 0/10 (0 %) 1/10 (10 %)	7/9 (78 %) 1/9 (11 %) 1/9 (11 %) 0/9 (0 %)



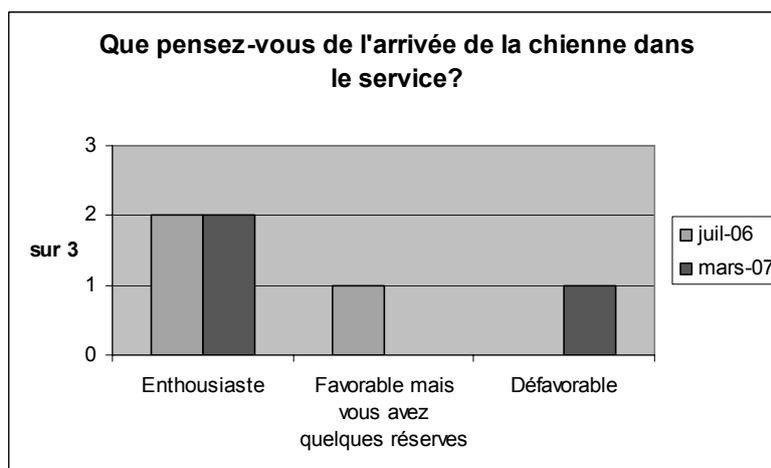
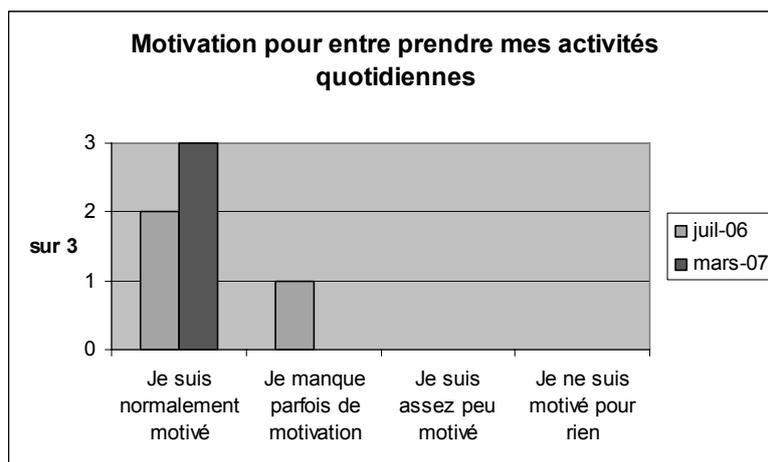
**Figure 6** : Evaluation de la qualité de vie par les résidents

**Tableau 18** : Résultats obtenus par les 3 résidents aux capacités cognitives non altérées qui étaient présents en juillet 2006 et mars 2007.

<b>Thème</b>	<b>Evaluation / Questions</b>	<b>Avant l'arrivée de Volta</b>	<b>Après l'arrivée de Volta</b>
<b>Echelle Visuelle Analogique</b>	Score moyen	5.33	9
	Sans réponse	0/3	2/3
<b>Participation aux ateliers</b>	Systématiquement	0/3	0/3
	Occasionnellement	0/3	1/3
	Jamais	3/3	2/3
	Sans réponse	0/3	0/3
<b>Communication entre les résidents</b>	Parle facilement et souvent avec les autres résidents	0/3	0/3
	Parle parfois avec les autres résidents	3/3	2/3
	Ne parle jamais avec les autres résidents	0/3	1/3
	Sans réponse	0/3	0/3
<b>Ennui</b>	J'ai des occupations et je ne m'ennuie jamais dans la journée	2/3	2/3
	J'ai quelques occupations et il m'arrive parfois de m'ennuyer	0/3	0/3
	J'ai peu d'occupations et il m'arrive souvent de m'ennuyer	1/3	1/3
	Je n'ai rien à faire et je m'ennuie toujours	0/3	0/3
	Sans réponse	0/3	0/3
<b>Motivation pour entreprendre mes activités (se lever le matin, faire la toilette)</b>	Je suis normalement motivé, j'entreprends spontanément mes activités	2/3	3/3
	Je manque parfois de motivation, j'entreprends souvent mes activités	1/3	0/3
	Je manque parfois de motivation, j'entreprends souvent mes activités	0/3	0/3
	Je suis assez peu motivé pour entreprendre mes activités, j'ai besoin d'être encouragé	0/3	0/3
	Je ne suis motivé pour rien, j'entreprends rarement mes activités	0/3	0/3
Sans réponse			
<b>Que pensez- vous de l'arrivée de cette chienne Volta dans le service ?</b>	Vous êtes enthousiastes à l'idée de voir cette chienne dans le service	2/3	2/3
	Vous êtes favorable mais vous avez quelques réserves sur certains points	1/3	0/3
	Vous êtes défavorable à l'idée de voir une chienne dans le service et vous vous sentez en opposition.	0/3	1/3
	Sans réponse	0/3	0/3



**Figure 7** : Histogrammes des résultats de l'enquête menée auprès des 3 résidents aux capacités cognitives non altérées présents en juillet 2006 et mars 2007



**Figure 7 (suite):** Histogrammes des résultats de l'enquête menée auprès des 3 résidents aux capacités cognitives non altérées présents en juillet 2006 et mars 2007

### **3/ Evaluation des résidents aux capacités cognitives altérées**

En septembre 2006, l'évaluation a été réalisée auprès de huit résidents aux capacités cognitives altérées, quatre femmes et quatre hommes.

En mars 2007, elle a été réalisée auprès de dix-huit résidents, huit femmes et dix hommes. Une étape supplémentaire a été ajoutée. Il s'agissait, après avoir montré les six photographies, de mettre la chienne Volta à côté du résident, et, de la même façon, prendre en note toute ses réactions.

Les résultats sont présentés dans le Tableau 19.

Les expressions du visage les plus importantes (étonnement et joie) ont été obtenues avec les photographies d'animaux (vache et chien).

Par contre, il n'y avait pas de différence par rapport à l'arrivée de la chienne.

De la même façon, la communication était intensifiée de façon plus importante lorsque les photographies d'animaux étaient montrées.

Lorsque la chienne a été directement mise en présence des résidents, elle a suscité des réactions de joies plus fréquentes (50 % des résidents). 50 % des résidents ont aussi voulu parler en sa présence et 78 % d'entre eux l'ont caressée.

Les huit patients (quatre hommes et quatre femmes) interrogés en septembre 2006 étaient tous présents en mars 2007. La comparaison de leurs résultats figure dans le Tableau 20 et des Figures 8 à 11.

En juillet 2006, les expressions du visage les plus joyeuses ont été observées lorsque les photographies de vache et de chien étaient présentées (3 patients sur 8). En 2007, la photographie de vache entraînait de nouveau les mêmes réactions. Lorsque la chienne Volta était à côté des patients, elle suscitait encore plus de réaction (joie : 4 patients sur 8).

De la même façon, en juillet 2006, la communication était intensifiée lorsque les photographies de chien et de vache étaient présentées. En mars 2007, en présence de la chienne Volta, la communication était augmentée.

En mars 2007, 7 patients sur 8 ont caressé ou ont tendu la main vers la chienne Volta.

**Tableau 19** : Résultats de l'étude réalisée auprès des patients aux capacités cognitives altérées

		coq		chaise		vache		pomme		chien		table		Volta
		av	ap	av	ap									
<b>E X P R E S S I O N</b>	<b>Inchangée</b>	5/8 (63)	12/18 (67)	7/8 (88)	14/18 (78)	4/8 (50)	7/18 (39)	5/8 (63)	14/18 (78)	4/8 (50)	11/18 (61)	8/8 (100)	14/18 (78)	8/18 (44)
	<b>Tristesse</b>	0/8 (0)	0/18 (0)	0/8 (0)	0/18 (0)	0/8 (0)	1/18 (5)	0/8 (0)	1/18 (5)	0/8 (0)	1/18 (6)	0/8 (0)	0/18 (0)	1/18 (6)
	<b>Etonnement</b>	2/8 (25)	2/18 (11)	0/8 (0)	2/18 (11)	1/8 (12)	3/18 (18)	1/8 (12)	1/18 (5)	1/8 (12)	0/18 (0)	0/8 (0)	2/18 (11)	0/18 (0)
	<b>Joie</b>	1/8 (12)	4/18 (22)	1/8 (12)	2/18 (11)	3/8 (38)	7/18 (39)	2/8 (25)	2/18 (12)	3/8 (38)	6/18 (33)	0/8 (0)	2/18 (11)	9/18 (50)
	<b>Peur</b>	0/8 (0)	0/18 (0)	0/8 (0)	0/18 (0)	0/18 (0)								
<b>R E G A R D</b>	<b>Fixe</b>	0/8 (0)	5/18 (28)	2/8 (25)	5/18 (28)	0/8 (0)	4/18 (22)	3/8 (38)	5/18 (28)	0/8 (0)	5/18 (28)	2/8 (25)	5/18 (28)	4/18 (22)
	<b>Centré</b>	6/8 (75)	12/18 (67)	5/8 (63)	13/18 (72)	6/8 (75)	14/18 (78)	4/8 (50)	13/18 (72)	6/8 (75)	13/18 (72)	4/8 (50)	12/18 (67)	13/18 (72)
	<b>Fuyant Ou distrait</b>	2/8 (25)	1/18 (5)	1/8 (12)	0/18 (0)	2/8 (25)	0/18 (0)	1/8 (12)	0/18 (0)	2/8 (25)	0/18 (0)	2/8 (25)	1/18 (5)	1/18 (6)
<b>C O M .</b>	<b>Absente</b>	5/8 (63)	12/18 (67)	6/8 (75)	12/18 (67)	4/8 (50)	10/18 (56)	6/8 (75)	12/18 (67)	3/8 (38)	10/18 (56)	5/8 (63)	13/18 (72)	9/18 (50)
	<b>Intensifiée</b>	2/8 (25)	4/18 (22)	2/8 (25)	4/18 (22)	4/8 (50)	7/18 (39)	2/8 (25)	4/18 (22)	5/8 (63)	8/18 (34)	1/8 (12)	4/18 (22)	9/18 (50)
	<b>Diminuée</b>	1/8 (12)	2/18 (11)	0/8 (0)	2/18 (11)	0/8 (0)	1/18 (5)	0/8 (0)	2/18 (11)	0/8 (0)	0/18 (0)	2/8 (25)	1/18 (6)	0/18 (0)
<b>G E S T E S</b>	<b>Absents</b>	2/8 (25)	8/18 (44)	2/8 (25)	8/18 (44)	3/8 (38)	8/18 (44)	3/8 (38)	8/18 (44)	2/8 (25)	7/18 (39)	4/8 (50)	8/18 (44)	4/18 (22)
	<b>Préhension De la photo</b>	5/8 (63)	10/18 (56)	5/8 (63)	10/18 (56)	4/8 (50)	10/18 (56)	4/8 (50)	10/18 (56)	5/8 (63)	10/18 (56)	3/8 (38)	10/18 (56)	0/18 (0)
	<b>Autres</b>	1/8 (12)	0/18 (0)	1/8 (12)	0/18 (0)	1/8 (12)	0/18 (0)	1/8 (12)	0/18 (0)	1/8 (12)	1/18 (5)	1/8 (12)	0/18 (0)	14/18 (78)

La colonne COM. représente la communication.

En parenthèse, apparaissent les pourcentages

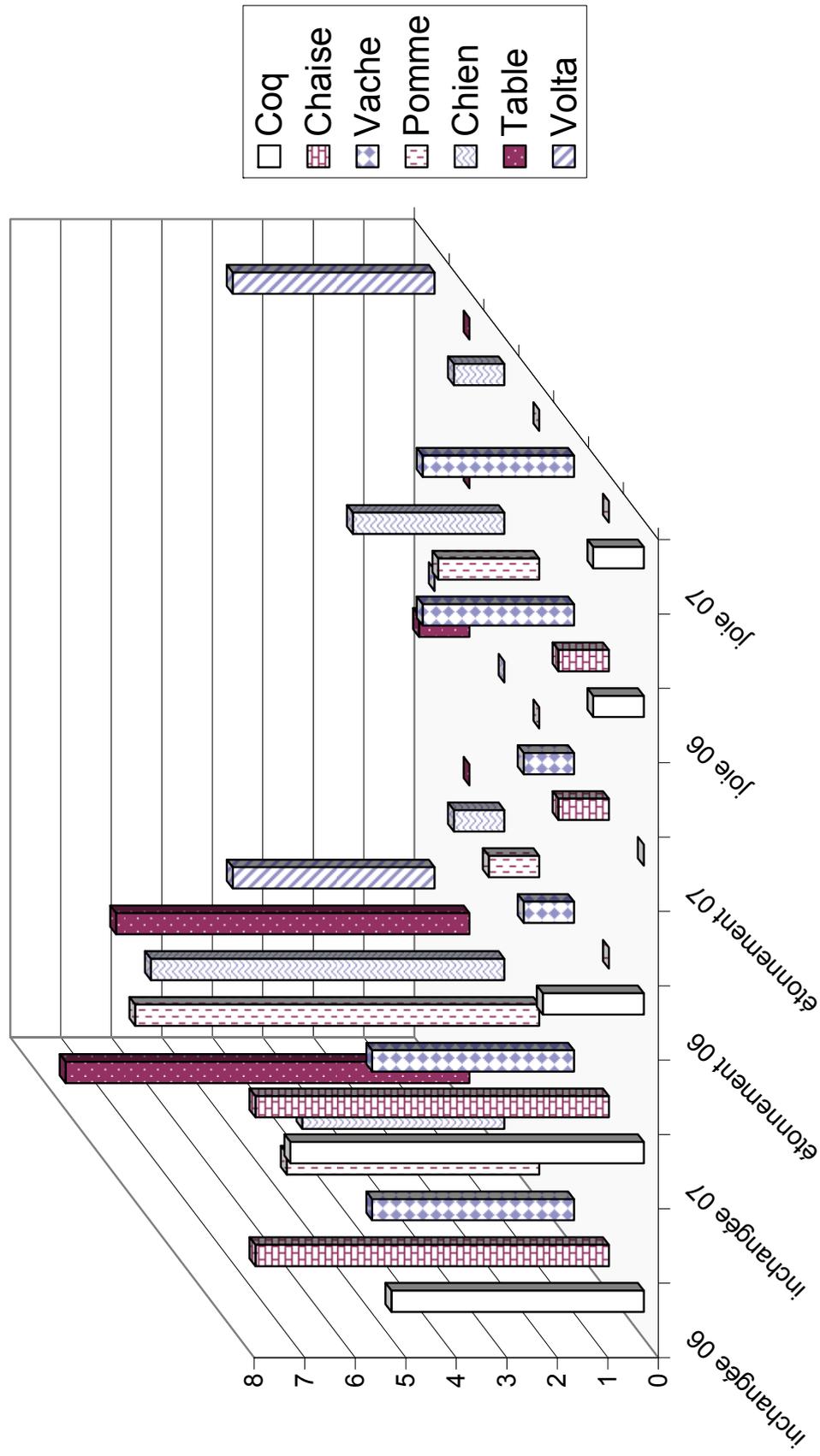
Av représente le résultat de l'enquête avant l'arrivée de Volta, ap le résultat de l'enquête après l'arrivée de Volta.

La dernière colonne « Volta » correspond à la présence de la chienne auprès du résident et non d'une photographie.

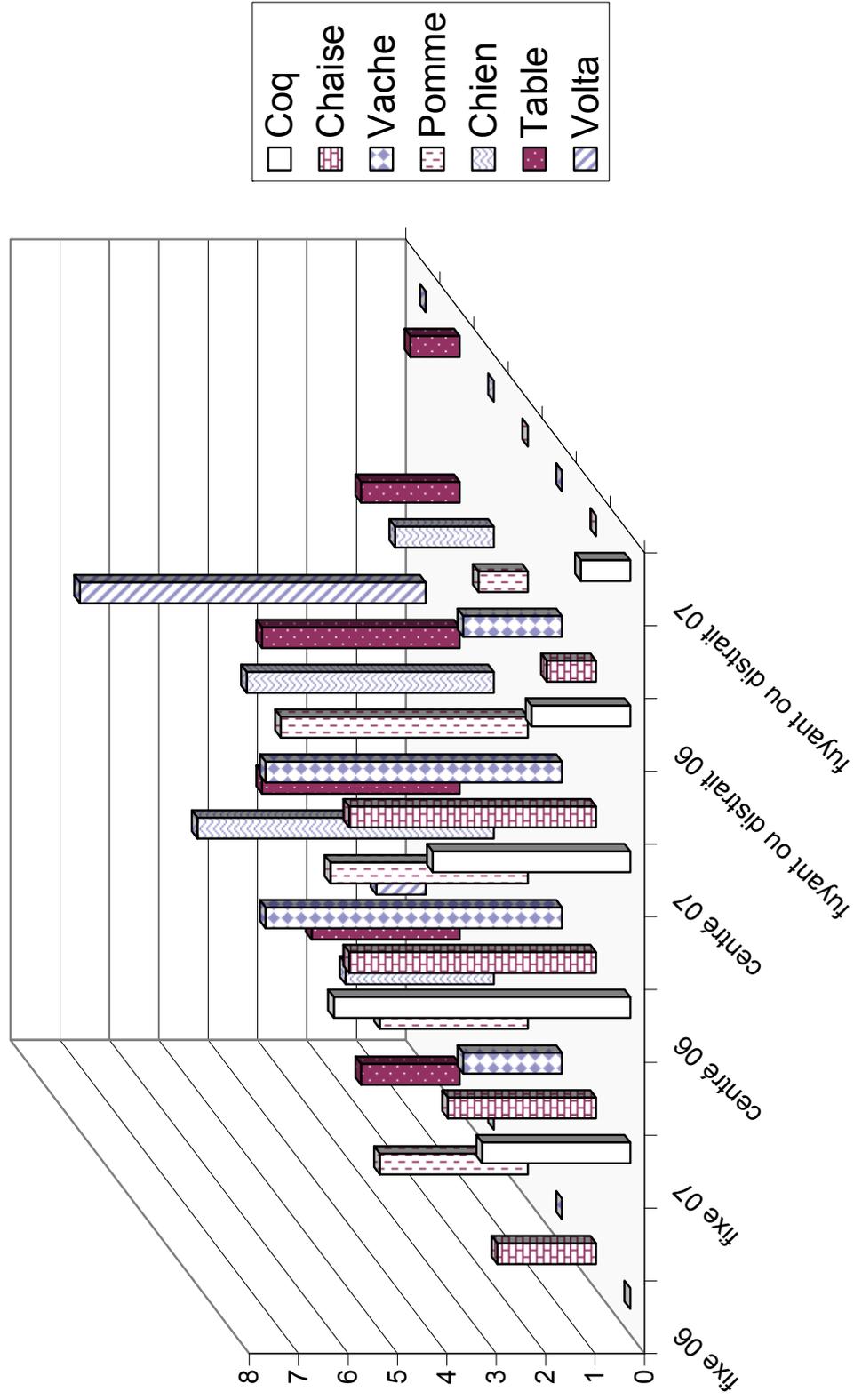
La ligne « Autres » dans la catégorie gestes consistait en des gestes désappropriés lorsque des photographies étaient montrées. Les gestes ont toujours consisté en des caresses prodiguées par les patients à la chienne lorsque Volta était à portée des résidents.

**Tableau 20** : Comparaison des résultats des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007.

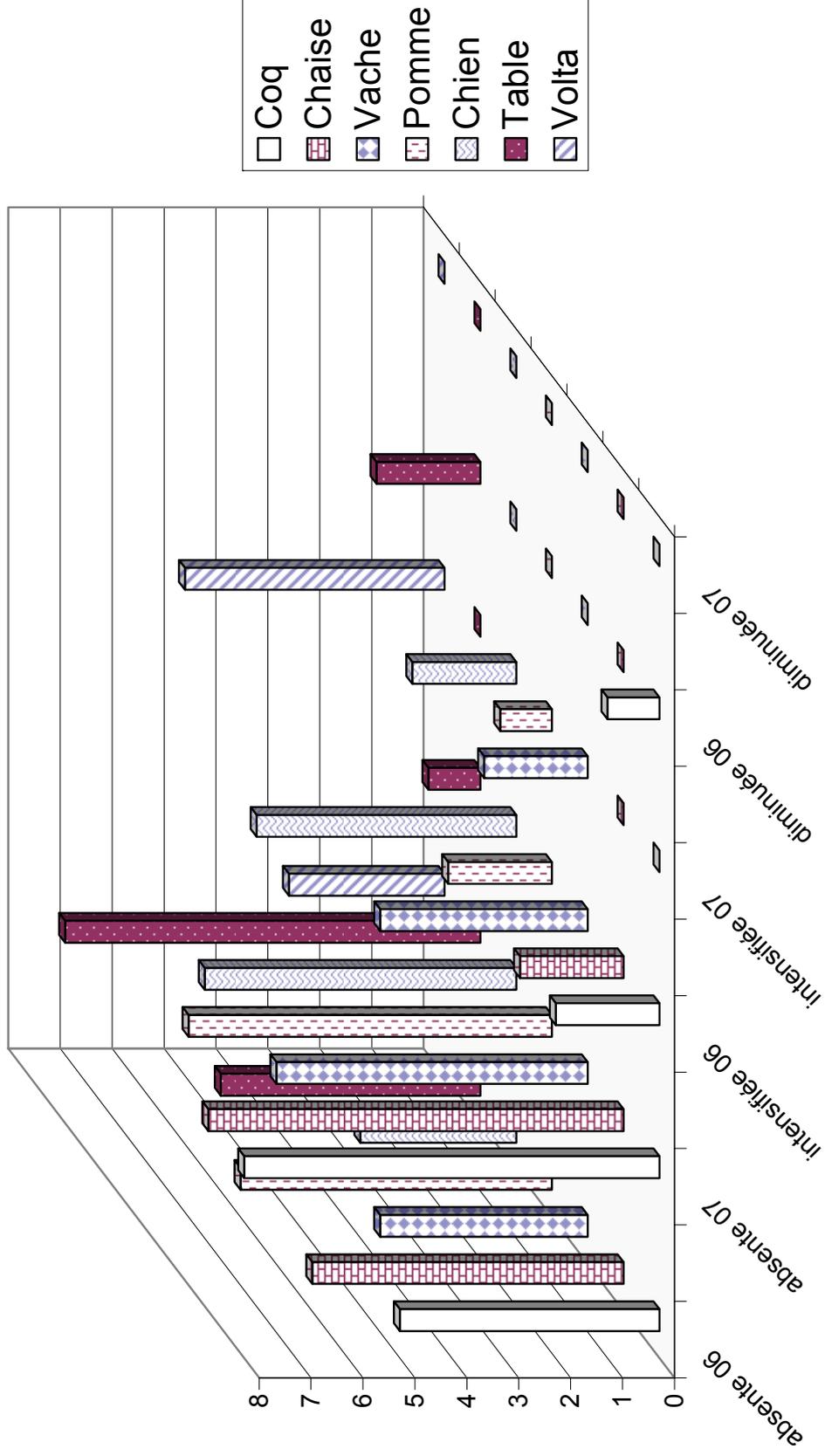
		coq		chaise		vache		pomme		chien		table		Volta
		av	ap	av	ap	av	ap	av	ap	av	ap	av	ap	
<b>E X P R E S S I O N</b>	<b>Inchangée</b>	5/8	7/8	7/8	7/8	4/8	4/8	5/8	8/8	4/8	7/8	8/8	7/8	4/8
	<b>Tristesse</b>	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8
	<b>Etonnement</b>	2/8	0/8	0/8	1/8	1/8	1/8	1/8	0/8	0/8	1/8	0/8	1/8	0/8
	<b>Joie</b>	1/8	1/8	1/8	0/8	3/8	3/8	2/8	0/8	0/8	3/8	1/8	0/8	4/8
	<b>Peur</b>	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8
	<b>Fixe</b>	0/8	3/8	2/8	3/8	0/8	2/8	3/8	3/8	0/8	0/8	2/8	3/8	1/8
	<b>Centré</b>	6/8	4/8	5/8	5/8	6/8	6/8	4/8	5/8	6/8	5/8	4/8	4/8	7/8
	<b>Fuyant Ou distrait</b>	2/8	1/8	1/8	0/8	2/8	0/8	1/8	0/8	0/8	2/8	0/8	2/8	1/8
<b>C O M .</b>	<b>Absente</b>	5/8	8/8	6/8	8/8	4/8	6/8	6/8	7/8	3/8	6/8	5/8	8/8	3/8
	<b>Intensifiée</b>	2/8	0/8	2/8	0/8	4/8	2/8	2/8	1/8	5/8	2/8	1/8	0/8	5/8
	<b>Diminuée</b>	1/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	0/8	2/8	0/8	0/8
	<b>Absents</b>	2/8	2/8	2/8	2/8	3/8	2/8	3/8	1/8	2/8	1/8	4/8	2/8	1/8
<b>G E S T E S</b>	<b>Préhension De la photo</b>	5/8	6/8	5/8	6/8	4/8	6/8	4/8	7/8	5/8	7/8	3/8	6/8	0/8
	<b>Autres</b>	1/8	0/8	1/8	0/8	1/8	0/8	1/8	0/8	1/8	0/8	1/8	0/8	7/8



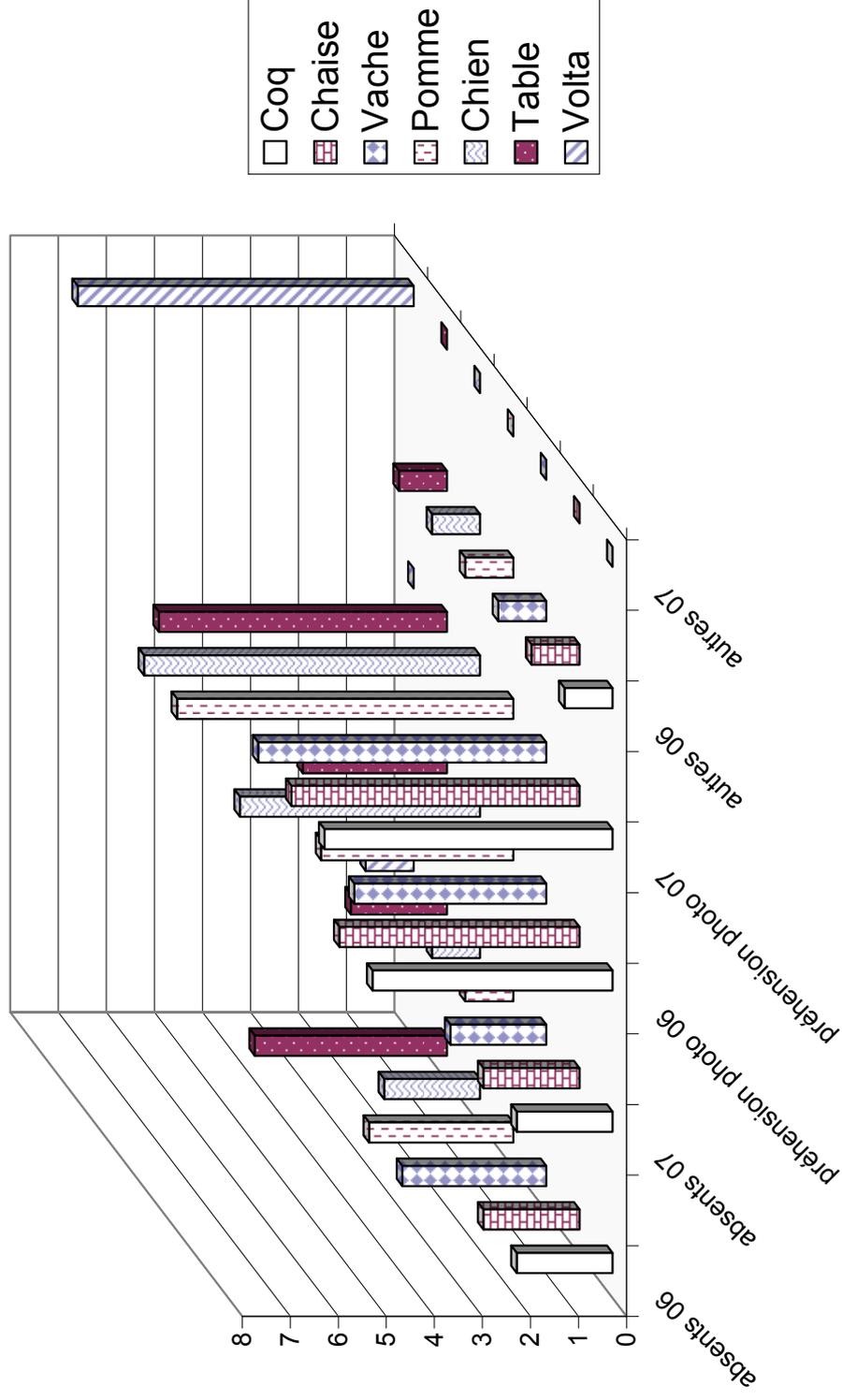
**Figure 8** : Expression du visage des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007



**Figure 9** : Regard des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007



**Figure 10** : Communication des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007



**Figure 11** : Gestes des 8 patients aux capacités cognitives altérées présents en juillet 2006 et mars 2007

### III. DISCUSSION

#### 1/ Avantages et limites de l'étude

##### a) Enquête réalisée auprès du personnel soignant

Le nombre de questionnaires rendus a été plus important en mai 2007 ; 20 questionnaires rendus contre 17 lors de la première enquête. Par rapport à l'effectif global de 29 soignants, 5 changements de service ont eu lieu entre les deux études.

##### b) Enquête réalisée auprès des résidents de l'hôpital

L'effet qu'a eu la chienne reste difficile à évaluer. En effet, la population étudiée a changé entre les deux études. Plusieurs patients sont décédés et d'autres ont quitté l'USLD. De par l'évolution de la maladie, les capacités cognitives de certains patients se sont dégradées entre les deux enquêtes.

Il aurait été préférable de travailler avec 2 groupes en parallèle ; un groupe avec le chien et un groupe témoin sans le chien.

##### c) Méthodes d'évaluation

Les résultats n'ont pas pu faire l'objet d'une analyse statistique. En effet, une comparaison de pourcentages grâce à un test de Khi 2 nécessite un effectif plus important. De plus, une comparaison de moyennes à partir de scores nécessite d'employer des échelles validées, l'attribution de scores ne pouvant pas être arbitraire.

L'échelle d'évaluation de la qualité de vie par les résidents semblait être une question difficile pour les résidents. En effet, certains n'ont pas fourni de réponse à cette partie du questionnaire.

L'évaluation des bénéfices apportés par la chienne auprès de résidents aux capacités cognitives altérées s'est révélée être particulièrement difficile. En effet, il faut choisir des supports facilement observables. Certains patients n'arrivaient pas à distinguer les photographies du fait d'une déficience visuelle.

De plus, les personnes âgées dépendantes au sein d'une USLD passent par des phases dépressives. Ainsi les expressions de tristesse peuvent être relevées un jour, et le lendemain on peut observer un comportement plus joyeux d'une même personne.

Certains résidents se sont endormis pendant l'observation des photographies et souvent l'attention était moins importante sur les dernières photographies.

Des études antérieures ont cependant montré un bénéfice.

Dans l'étude de Churchill et coll. (1999), des patients atteints de la maladie d'Alzheimer étaient filmés pendant 15 secondes, toutes les 5 minutes entre 17 heures et 17 heures 30. Une session s'est déroulée en présence du chien, l'autre sans. Chaque comportement agressif ou social était noté. Plus de verbalisations, de sourires, de regards et de contacts tactiles étaient observés en présence du chien. (19). La présence d'un chien augmentait la sociabilité des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Ray et coll. (1992) ont élaboré une échelle pour évaluer les problèmes de comportement des patients. Il s'agit de l'échelle NHBPS (Nursing Home Behavior Problem Scale). (85) Cette échelle comprend six groupes de comportements problématiques :

- des comportements agressifs ou non coopératifs,
- des comportements irrationnels,
- des problèmes de sommeil,
- de l'ennui,
- des comportements inappropriés,
- des comportements dangereux.

McCabe et coll. (2002) se sont servis de cette échelle pour réaliser une étude auprès de malades atteints de la maladie d'Alzheimer. (67) Les patients ont été évalués une semaine avant l'arrivée du chien et quatre semaines après l'arrivée du chien. Les problèmes de comportement ont baissé en journée en présence du chien. Par contre, les problèmes comportementaux n'ont pas baissé en soirée.

Les difficultés de notre étude et les résultats des études antérieures démontrent la nécessité de standardiser les méthodes d'évaluation pour les études futures.

## **2/ Principaux résultats**

La présence de la chienne a eu des effets bénéfiques sur le personnel soignant.

En mai 2007, après l'arrivée de la chienne, l'ambiance de travail semblait plus acceptable, la motivation pour venir au travail plus importante et la charge de travail moins lourde. De plus, la qualité de vie des résidents paraissait meilleure aux soignants, l'enthousiasme par rapport à l'arrivée de la chienne encore plus prononcé.

Les membres de l'équipe soignante ont observé des bénéfices qu'apportait la chienne comme le fait de la confier aux personnes déambulant. Ces résidents devenaient alors plus sereins en présence de la chienne. Ces observations restent subjectives et difficiles à évaluer de façon scientifique.

Dans l'étude de Crowley-Robinson et coll., l'équipe soignante était favorable à l'arrivée d'un chien dans le service. 74.5 % avaient indiqué que l'arrivée d'un chien n'augmenterait pas la charge de travail et 6.4 % avaient même indiqué que l'arrivée d'un chien réduirait la charge de travail. (21)

Pour les résidents aux capacités cognitives non altérées, la communication avec les autres résidents semblait augmentée, l'ennui moins prononcé.

Les résultats obtenus avec les résidents aux capacités cognitives non altérées sont plus fiables que ceux obtenus auprès des patients aux capacités cognitives altérées. Cependant, ces patients ont montré les réactions les plus joyeuses avec les photographies de vache et de chien et en présence de la chienne Volta. 7 patients sur 8 ont tendu la main vers la chienne ou l'ont caressée en mars 2007.

## Conclusion :

Les activités associant l'animal apportent de réels bénéfices au sein de structures comme les Unités de Soins Longue Durée, que ce soit pour les résidents, mais aussi pour le personnel soignant. Le cadre de vie au sein de l'hôpital devient moins lourd.

Pour que la présence d'un chien puisse être pérennisée dans de tels établissements, aucun détail ne doit être mis de côté. La réalisation d'un tel projet demande un temps de préparation important et toutes les compétences permettant de mener à bien ce projet doivent être sollicitées. C'est ce que nous avons souhaité faire dans ce document en rappelant les étapes à suivre et en procurant des éléments pratiques.

Pour que ces expériences se multiplient en France, il faut encourager les projets en communiquant les résultats. Aussi, l'évaluation des bénéfices apportés par la présence du chien à long terme est à mesurer. Cependant, une seule évaluation est insuffisante, il faut ainsi remettre toujours en cause le projet et le réévaluer régulièrement pour l'améliorer et pour que les bénéfices apportés par la présence du chien soient encore plus observables.

Aujourd'hui, le cadre réglementaire autour des activités associant l'animal reste encore flou et la connaissance des aspects pratiques est nécessaire pour réaliser un tel projet. De plus, chaque projet reste unique puisqu'il dépend de l'institution, des patients hébergés et de l'équipe soignante.

**AGREMENT ADMINISTRATIF**

Je soussigné, A. MILON, Directeur de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse, certifie que

**Mlle Eve, Line FRADIN**

a été admis(e) sur concours en : 2001

a obtenu son certificat de fin de scolarité le : 6 Juillet 2006

n'a plus aucun stage, ni enseignement optionnel à valider.

**AGREMENT SCIENTIFIQUE**

Je soussigné, Hervé LEFEBVRE, Professeur de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse,

autorise la soutenance de la thèse de :

**Mlle Eve, Line FRADIN**

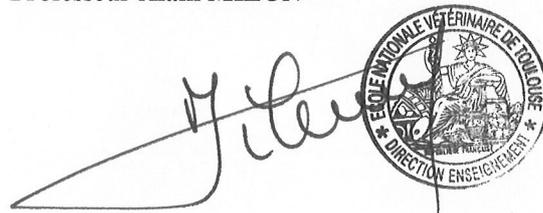
intitulée :

« Introduction d'un chien dans un secteur hospitalier spécialisé en gériatrie. »

**Le Professeur  
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse  
Professeur Hervé LEFEBVRE**



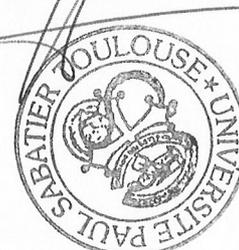
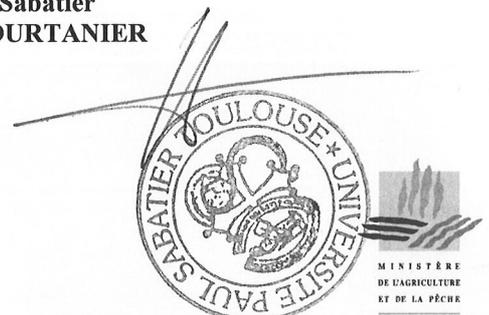
**Vu :  
Le Directeur  
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse  
Professeur Alain MILON**



**Vu :  
Le Président de la thèse :  
Professeur Yves ROLLAND**



**Vu le : 13/01/09  
Le Président  
de l'Université Paul Sabatier  
Professeur Gilles FOURTANIER**



MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
ET DE LA PÊCHE

# Bibliographie

- 1/ Appel M.J.G., Summers B.A.  
Canine Distemper : Current Status.  
Recent Advances in Canine Infectious Diseases, Carmichael L.  
International Veterinary Information Service, Ithaca NY ([www.ivis.org](http://www.ivis.org)), 1999 ; A0 103.1199
- 2/ Arkow P.  
Synopsis of the IAHAIO 10<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions.  
People and Animals : A Timeless Relationship.  
Glasgow, Scotland – October 6-9, 2004  
Available from World Wild Web : <<http://www.iahaio.org/html/glasgow2004ad.html>>
- 3/ Banks M.R., Banks W.A.  
The Effects of Group and Individual Animal-assisted Therapy on Loneliness in Residents of Long-term Care Facilities.  
*Anthrozoos*, 2005, **18** ; 396-408.
- 4/ Baun M.M.  
Companion Animals in the Lives of Persons with Alzheimer's Disease.  
*American Behavioral Scientist*, 2003, **47** ; 42-51.
- 5/ Beck A.M.  
The Therapeutic Use of Animals.  
*The Veterinary Clinics of North America – Small Animal Practice*, 1985, **15** ; 365-373.
- 6/ Beck A.M., Katcher A.H.  
Between Pets and People : The Importance of Animal Companionship.  
Purdue University Press, West Lafayette, Indiana, 1996. 316 p.
- 7/ Bernatchez A.  
Le Rôle Modérateur de l'Animal sur les comportements perturbateurs des personnes âgées présentant des déficits cognitifs.  
*Animots*, Printemps 1999 ; 4 p.  
Available from World Wild Web : <<http://www.zootheapiequebec.ca>>
- 8/ Bernatchez A.  
Les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal auprès d'une population de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.  
*L'Accolade, société Alzheimer*, 2001, **4** ; 4 p.  
Available from World Wild Web : <<http://www.zootheapiequebec.ca>>
- 9/ Bernatchez A.  
La thérapie assistée par l'animal (T.A.A) en tant qu'approche d'intervention auprès des personnes âgées vivant l'expérience de la solitude en institution.  
*Echanger pour mieux faire*, 2000, **2** ; 2 p.  
Available from World Wild Web : <<http://www.zootheapiequebec.ca>>
- 10/ Blanpain N., Pan Ké Shon J.L.

La sociabilité des personnes âgées.  
*INSEE PREMIERE*, 1999, **644** ; 4 p.  
Available from World Wild Web : <[http://www.insee.fr/FR/FFC/DOCS\\_FFC/ip644.pdf](http://www.insee.fr/FR/FFC/DOCS_FFC/ip644.pdf)>

11/Borrel C.  
Handicap et dépendance. L'amélioration nécessaire du système statistique.  
*CNIS, Actualités du conseil national de l'information statistique*, 1997, **22** ; 4p.  
Available from World Wild Web : <[http://www.cnis.fr/ind\\_doc.htm](http://www.cnis.fr/ind_doc.htm)>

12/ Bost-Hourticq.  
Le chien d'assistance pour handicapé moteur.  
*Ethnozootechnie, Animaux au secours du handicap*, 2003, **73** ; 18-21.

13/ Buttram D., Bigatello G., Fresca P., Galimberti M.  
Animal-Assisted Therapy in a Nursing Home Alzheimer Special Care Unit.  
Presentation from the 10<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions, People and Animals : A Timeless Relationship.  
Glasgow, Scotland, October 6-9 2004.  
Available from World Wild Web :  
<<http://www.deltasociety.org/download/AlzheimersAAT.pdf>>

14/ Carlotti D.N.  
Shampoo Therapy In Veterinary Dermatology.  
WSAVA 2004 Congress, [www.ivis.org](http://www.ivis.org)

15/ Caron-Hunsinger D., Dorchies P., Dumon H., Kieffer J.P., Pechereu D., Toma B.  
Zoonoses un sujet d'actualité.  
*Zoonoses Bayer Santé animale*. Brochure 1. 1998

16/ Carter G.R., Wise D.J.  
Adenoviridae.  
*A Concise Review of Veterinary Virology*, Carter G.R., Wise D.J., Flores E.F.  
International Veterinary Information Service, Ithaca NY ([www.ivis.org](http://www.ivis.org)), last updated  
09/06/05 ; A3413.0605

17/ Carter G.R.  
Major Infectious Diseases of Dogs and Cats – Part 2.  
*A Concise Guide to Infectious and Parasitic Diseases of Dogs and Cats*, Carter G.R., Payne P.A.  
International Veterinary Information Service, Ithaca NY ([www.ivis.org](http://www.ivis.org)), last updated  
23/09/05 ; B0406-0905

18/ Christophe N.  
L'Intégration des Animaux Familiers dans les Institutions de Retraite en France.  
Th. : Med.vet. : Nantes : 1995 ; 028. 116 p.

19/ Churchill M., Safaoui J., McCabe B., Baun M.M.  
Using a Therapy Dog to Alleviate the Agitation and Desocialization of People With Alzheimer's Disease.  
*Journal of Psychosocial Nursing*. 1999, **37** ; 16-22

- 20/ Colin N.  
Le Golden Retriever : Chien d'Utilité.  
Th. : Med.vet. : Lyon : 2002 ; 104. 144 p.
- 21/ Crowley-Robinson P., Blackshaw J.  
Nursing Home Staff's Empathy for a Missing Therapy Dog, their Attitudes to Animal-Assisted Therapy Programs and Suitable Dog Breeds.  
*Anthrozoös*. 1998, **11** ; 101-104
- 22/ Cutt H., Giles-Corti B., Knuiman M., Burke V.  
Dog ownership, health and physical activity : A critical review of the literature.  
*Health Place*. 2006, **13** ; 261-272.
- 23/ David M.G., Starzec C.  
Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans.  
*INSEE PREMIERE*, 1996, **447**, 4 p.  
Available from World Wild Web : < [http://www.insee.fr/FR/FFC/DOCS\\_FFC/ip447.pdf](http://www.insee.fr/FR/FFC/DOCS_FFC/ip447.pdf)>
- 24/ Decock C., Cadiergues M.-C., Roques M., Franc M.  
Evaluation de quatre traitements de la giardiose canine.  
*Revue de Médecine Vétérinaire*, 2003, **154**, 12 ; 763-766.
- 25/ Defèbvre B.  
Le chien-guide d'aveugles.  
*Ethnozootechnie – Animaux au secours du handicap*, 2003, **73** ; 15-17.
- 26/ Dembicki D., Anderson J.  
Pet Ownership may be a Factor in Improved Health of the Elderly.  
*Journal of Nutrition for the Elderly*, 1996, **15** ; 15-31.
- 27/ Dorchies P., Magnaval J.F.  
Toxocaroses de l'Homme et des Carnivores Domestiques.  
Zoonoses Bayer Santé animale, 1998, **Brochure 2**.
- 28/ (2) Dorchies P., Bazex J.  
Les principales dermatozoonoses parasitaires.  
Zoonoses Bayer Santé animale, 1999, **Brochure 5**.
- 29/ Duée M., Rebillard C.  
La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040.  
*Santé et protection sociale 7, Données sociales – La société française*, édition 2006 ; 613-619.
- 30/ Dumon H.  
Leishmaniose viscérale méditerranéenne.  
Zoonoses Bayer Santé animale, 1999, **Brochure 3**.
- 31/ (2) Dumon H., Dorchies P.  
Les Echinococcoses.  
Zoonoses Bayer Santé animale, 2001, **Brochure 9**.

- 32/ Dupont-Gauzins A.  
Réforme des Chiens d'Assistance pour Handicapés Moteurs au Cours de leur Période de Formation.  
Th. : Med.vet. : Nantes : 2002 ; 032. 199 p.
- 33/ Dutheil N., Scheidegger S.  
Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement.  
*DREES, Etudes et Résultats*, Juin 2006, **494**, 8 p.  
Available from World Wild Web : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er494/er494.pdf>>
- 34/ Edwards N.E., Beck A.M.  
Animal-Assisted Therapy and Nutrition in Alzheimer's Disease.  
*Western Journal of Nursing Research*, 2002, **24** ; 697-712.
- 35/ Edwards N., Beck A.M.  
Using Aquariums in Managing Alzheimer's Disease : Influence on Resident Nutrition and Behaviors and Improving Staff Morale.  
Presentation from the 10<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions, People and Animals : A Timeless Relationship.  
Glasgow, Scotland, October 6-9 2004.  
Available from World Wild Web:  
<<http://www.deltasociety.org/download/AlzheimersAquariumsAAT.pdf>>
- 36/ Ferre P.  
Contribution à l'Etude de l'Epidémiologie de la Toxocarose Humaine : Enquête Menée Dans Quelques Jardins de l'Agglomération Toulousaine.  
Th. : Med.vet. : Toulouse : 1999 ; 104.
- 37/ Ford R.B.  
Vaccines and Vaccination. The strategic issues.  
*The Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*, 2001, **31** ; 439-453.
- 38/ Fortier S., Villeneuve A., Higgins R.  
La zoothérapie et les risques pour la santé humaine associés à la présence de chiens, de chats ou d'oiseaux en institution, Guide de prévention des zoonoses et autres problèmes de santé en zoothérapie.  
*Animots*, Automne 2001, 8 p.  
Available from World Wild Web : <<http://www.zootherapiequebec.ca>>
- 39/ Friedmann E.  
Contribution des animaux familiers à la santé et à la guérison.  
Symposium Waltham n°20, 1991 ; 8-18.
- 40/ Friedmann E., Katcher A.H., Lynch J.J., Thomas S.A.  
Animal Companions and One-Year Survival of Patients After Discharge From a Coronary Care Unit.  
*Public Health Reports*, 1980, **95** ; 307-312

- 41/ Garrity T.F., Stallones L., Marx M.B., Johnson T.P.  
Pet Ownership and Attachment as Supportive Factors in the Health of the Elderly.  
*Anthrozoos*, 1989, **3** ; 35-44.
- 42/ Gawlinski A., Steers N.  
Dogs ease anxiety, improve health status of hospitalized heart failure patients.  
Meeting report 11/09/2005. American Heart Association. Available from World Wild Web :  
<<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3035327>>, consulté le 25/10/06
- 43/ Gorrel C., Hennet P., Verhaert L.  
Manuel Pratique de Dentisterie Canine et Féline.  
Virbac Santé Animale, Septembre 2000.
- 44/ Greene C.E, Scultz R., Ford R.B.  
Canine vaccination.  
*The Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*, 2001, **31** ; 473-492.
- 45/ Groulx B.  
Le traitement non pharmacologique des troubles du comportement dans la démence.  
*Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, mars 1998 ; 6-8.
- 46/ Harris J.M.  
Thoughts on globalization of human-animal bond.  
*JAVMA*, September 15, 2003, **23** ; p 782.
- 47/ Hart L.A.  
The Role of Pets in Enhancing Human Well-being : Effects for Older People.  
The Waltham Book of Human-Animal Interactions : Benefits and Responsibilities. Courtesy  
of Waltham. Robinson, 1995 ; 148 p.
- 48/ Hart L.A.  
Animaux familiers, vétérinaires et clients : savoir communiquer sur les bénéfices de la  
possession.  
Symposium Waltham **20**, 1991 ; 39-45.
- 49/ Headey B.  
Pet ownership : good for health ?  
*The Medical Journal of Australia* , 2003, **179** ; 460-461
- 50/ Henroteaux M.  
La profession de vétérinaire et l'aide apportée par les animaux aux personnes handicapées.  
*Ethnozootechnie - Animaux au secours du handicap*, 2003, **73** ; 59-60.
- 51/ Hines L.M.  
Community People-Pet Programs that work.  
*The veterinary clinics of North America. Small Animal Practice*. Symposium on the Human-  
Companion Animal Bond. Mars 1985, **15** ; 319-332.
- 52/ Huvent D., Schoenenburg S., Roche J., Puisieux F., Dewailly P.

Soins et démence : la thérapie assistée par les chiens dans une unité de soins spécifiques Alzheimer.

*La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 2003/06, **96** ; 287-289.

53/ Jennings G.L.

Animals and Cardiovascular Health.

Paper presented at the 7<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions. Animals, Health and Quality of Life.

September 6-9, 1995, Geneva, Switzerland.

Available from World Wild Web:

<<http://www.deltasociety.org/AnimalsHealthAdultsCardiovascular.htm>>

54/ Johnson R.A., Meadows R.L., Haubner J.S., Sevedge K.

Human-Animal Interaction. A Complementary / Alternative Medical (CAM) Intervention for Cancer Patients.

*American Behavioral Scientist*. 2003, **47** ; 55-69.

55/ Keil C., Barba B.

The Relationship of Loneliness and Stress to Human-Animal Attachment in the Elderly.

Paper presented at the 7<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions. Animals, Health and Quality of Life.

September 6-9, 1995, Geneva, Switzerland

Available from World Wild Web :

<<http://www.deltasociety.org/AnimalsHealthSeniorsLonliness.htm>>

56/ Kossossey-Vrain C.

La Leptospirose canine : Revue Bibliographique.

Th.: Med.vet.: Alfort : 2004 ; 135. 149 p.

57/ Kremer P.

L'animal de compagnie entre à l'hôpital pour améliorer certains traitements.

*Le Monde*, 07 septembre 2005.

58/ Kuehn B.M.

Doctor prescribes pets to help elderly stay healthy and happy.

*Journal of the American Veterinary Medical Association*, 2002, **221** ; 763-764.

59/ Kushner R.F., Jackson Blatner D., Jewell D.E., Rudloff K.

The PPET Study : People and Pets Exercising Together.

*Obesity*, 2006, **14** ; 1762-1770.

60/ Lagoni L.S., Butler C., Hetts S.

The Human-Animal Bond and Grief.

WB Saunders Company, 1994, 470 p.

61/ Lane L., Baxter E.

Study Shows Quality of Life For Both Dogs and Their Owners Can Improve When They Buddy Up To Beat The Battle of the Bulge.

*PR Newswire*, 25 octobre 2006, 2 p.

62/ Le Guerrier P.

Risque de transmission de zoonoses par les animaux utilisés en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Avis du comité sur les infections nosocomiales du Québec. Approuvé par les membres du Cinq le 16/04/03. Available from World Wild Web :

<[http://www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/InfectionsEtAnimauxDeCompagnie\(CINQ\).pdf](http://www.inspq.qc.ca/documents/InfectionsNosocomiales/InfectionsEtAnimauxDeCompagnie(CINQ).pdf)>

63/ Leigh Ptak A., Howie A.R.

Healing paws and tails, the case for animal-assisted therapy in hospitals.

*Interactions*, 2004, **22** ; 5-12.

64/ Leigh Ptak A., Howie A.R.

Providing the best quality of life during a difficult time. Pet partners helping hospice patients.

*Interactions*, 2003, **23** ; 4-13.

65/ Martin F., Brousseau C.

La zoothérapie de A à Zoothérapie Québec. 1998, Montréal ; Zoothérapie Québec.

66/ Mayon-White R.

Pets – Pleasure and Problems.

*BMJ (British Medical Journal)*, 26 novembre 2005, **331**.

67/ McCabe B.W., Baun M.M., Speich D., Agrawal S.

Resident Dog in the Alzheimer's Special Care Unit.

*Western Journal of Nursing Research*, 2002, **24** ; 684-696.

68/ McCulloch W.F.

The Veterinarian's Education About the Human-Animal Bond and Animal-Facilitated Therapy.

*The Veterinary Clinics of North America – Small Animal Practice*, March 1985, **15** ; 423-428.

69/ McNicholas J., Collis G.M.

Pets and the Health of Older People.

Presentation from the 10<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions, People and Animals : A Timeless Relationship.

Glasgow, Scotland, October 6-9 2004.

Available from World Wild Web :

<<http://www.deltasociety.org/download/PetsOlderPeopleHealth.pdf>>

70/ McNicholas J., Gilbey A., Rennie A., Ahmedzai S., Dono J.A., Ormerod E.

Pet ownership and human health : a brief review of evidence and issues.

*British Medical Journal*, 2005, **331** ; 1252-1254.

71/ Messent P.R., Phil M.A.D.

Pets as Social Facilitators.

*The Veterinary Clinics of North America – Small Animal Practice*, March 1985, **15** ; 387-392.

72/ Moore B. S., Hyde J. S.

Breed-specific dog hypersensitivity in humans.

*Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1980, **3** ; 198-203.

73/ Mormiche P.

Les personnes dépendantes en institution.

*INSEE PREMIERE*, 1999, **669**, 4 p.

Available from World Wild Web : < [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP669.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP669.pdf)>

74/ Odendaal J.S.J, Lehmann S.M.C.

The Role of Phenylethylamine during positive human-dog interaction

*Acta Veterinaria* Brno, 2000, **69** : 183-188

75/ Oryszczyn M.P., Annesi Maesano I., Kauffmann F.

Allergy markers in adults in relation to the timing of pet exposure : the EGEA study.

*Allergy*, 2003, **58** ; 1136-1143.

76/ Ownby D.R., Johnson C.C.

Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of allergic sensitization at 6 to 7 years of age.

*Journal of the American Medical Association*, 2002, **288** ; 963-972.

77/ Pageat P.

Confort et bien-être des carnivores domestiques : pour une évaluation objective.

*Le Point Vétérinaire*, 1995 février, **26** ; 13-21.

78/ Pageat P.

Pathologie du comportement du chien.

Editions du Point Vétérinaire, Maisons-Alfort, 2<sup>ème</sup> édition, 1998. 163 p.

79/ Plaschke P., Janson C., Balder B., Löwhagen O., Järholm B.

Adult asthmatics sensitized to cats and dogs : symptoms, severity, and bronchial hyperresponsiveness in patients with furred animals at home and patients without these animals.

*Allergy*, 1999, **54** ; 843-850.

80/ Pugh A.

Harnessing the benefits of animal-assisted therapy.

*Crosscurrents – The Journal of Addiction and Mental Health*, 22 décembre 2004, 2 p.

81/ Raina P., Bonnett B., Waltner-Toews D.

Relationship Between Pet Ownership and Healthcare Use Among Seniors.

Presented at the 8<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions, The Changing Roles of Animals in Society.

September 10-12, 1998, Prague.

Available from World Wild Web :

<<http://www.deltasociety.org/AnimalsHealthSeniorsRelationship.htm>>

82/ Raina P., Waltner-Toews D., Bonnett B.

The Impact of Pet Ownership on the Functional Transitions Among Elderly.

Paper presented at the 7<sup>th</sup> International Conference on Human-Animal Interactions, Animals, Health and Quality of Life.

September 6-9, 1995, Geneva, Switzerland.  
Available from World Wild Web :  
<<http://www.deltasociety.org/AnimalsHealthSeniorsImpact.htm>>

83/ Raina P., Waltner-Toews D., Bonnett B.  
Influence of Companion Animals on the Physical and Psychological Health of Older People :  
An Analysis of a One-Year Longitudinal Study.  
*Journal of the American Geriatrics Society*, 1999, **47** ; 323-9.

84/ Ramadour M., Guetat M., Guetat J., El Biaze M., Magnan A., Vervloet D.  
Dog factor differences in Can f1 allergen production.  
*Allergy*, 2005, **60** ; 1060-1064.

85/Ray W.A., Taylor J.A., Lichtenstein M.J., Meador K.G.  
The Nursing Home Behavior Problem Scale.  
*Journal of Gerontology*. 1992, **47** ; M9-16

86/ Rogel K.  
Le Chien Familier mis au service de l'enfant à l'hôpital.  
Th. : Med.vet. : Nantes : 2005 ; 033, 221 p.

87/ Roser P.M.  
Réalisation d'un dossier de cosmétique destiné à des chiens : exemple d'un shampooing.  
Th. : Med.vet. : Alfort : 2002 ; 098. 117 p.

88/ Rotivel Y., Toma B.  
Maladies transmises par morsure ou griffade.  
*Zoonoses Bayer Santé animale*, 2000, **Brochure 8**.

89/ Ryder E.L.  
Pets and the Elderly, A Social Work Perspective.  
*The Veterinary Clinics of North America – Small Animal Practice*, 1985, **15** ; 333-343.

90/ Scott Nolen R.  
A global survey of the human-animal bond.  
*Journal of the American Veterinary Medical Association*, September 15, 2003, **223** ; 762-763.

91/ Septier M.O.  
La Zoothérapie: Utilisation des Animaux en Milieu Hospitalier.  
Th. : Med.vet. : Toulouse : 1994 ; 069. 105 p.

92/ Serpell J.A.  
Preuves des effets à long terme de la possession d'un animal familier sur la santé humaine.  
Symposium Waltham **20**, 1991 ; 1-7.

93/ Serpell J.A.  
Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behaviour.  
*Journal of the Royal Society of Medicine*, 1991, **84** ; 717-720.

94/ Servantie J.J.

Les Zoonoses Transmises par les Carnivores.  
Th. : Med.vet. : Toulouse : 2000 ; 031, 309 p.

95/ Siegel J.M.  
Stressful Life Events and Use of Physician Services among the Elderly : The Moderating Role of Pet Ownership.

*Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, **58** ; 1081-1086.

96/ Todd Schuelke S., Trask B., Wallace C., Baun M.M, Bergstrom N, McCabe B.  
Physiological Effects of the Use of a Companion Animal Dog as a Cue to Relaxation in Diagnosed Hypertensives.

*The Latham Letter*, Winter 1991/92, 4 p.

97/ Truyen U.

Canine Parvovirus.

*Recent Advances in Canine Infectious Disease*, Carmichael L.

International Veterinary Information Service, Ithaca NY ([www.ivis.org](http://www.ivis.org)), last updated 26/01/00 ; A0106.0100

98/ Tugores F.

La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées, Situation au 31 décembre 2003.

*DREES, Etudes et Résultats*, 2006, **485**, 8 p.

Available from World Wild Web : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er485/er485.pdf>>

99/ (1) Vernay D.

Assistance générale aux personnes handicapées ou malades ou âgées.

*Ethnozootechnie n°73 – Animaux au secours du handicap*, 2003 ; 43-50.

100/ Vernay D.

Le Chien Partenaire de Vie. Applications et perspectives en santé humaine.

Eres, Ramonville Saint-Agne, 2003. 159 p.

101/ Vincent C.

La Tuberculose canine à *Mycobacterium tuberculosis*. Revue bibliographique et observation personnelle.

Th. : Med.vet. : Lyon : 2002 ; 217. 178 p.

102/ Vuilleminot ethno : Vuilleminot J.L.

Historique des relations homme / animal.

*Ethnozootechnie n°73 – Animaux au secours du handicap*, 2003 ; 7-10.

103/ Vuilleminot J.L.

La personne âgée et son animal. Pour le maintien du lien.

Eres, Toulouse, 1997. 142 p

104/ Weber A.

Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005.

*DREES, Etudes et Résultats*, 2006, **491**, 8 p.

Available from World Wild Web : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er491/er491.pdf>>

105/ Wickham C.A.C., Walsh K., Cooper C., Barker D.J.P., Margettes B.M., Morris J., Bruce S.A;

Dietary calcium, physical activity, and risk of hip fracture : a prospective study.

*BMJ*, 7 octobre 1989, **299** ; 889-892

106/ Wood L., Giles-Corti B., Bulsara M.

The pet connection : pets as a conduit for social capital ?

*Social Science and Medicine*, 2005, **61** ; 1159-1173.

107/ Zapata V.

Etablissement d'un Modèle de Suivi Médical des Chiens Guides d'Aveugles.

Th. : Med.vet. : Nantes : 1995 ; 047. 205 p.

Anonymes :

108/ Animaux de compagnie : médecins malgré eux ?

*Mg actualités*, Octobre 2006, **82** ; 20-21.

109/ Chiens, chats, poissons, petits rongeurs, oiseaux... Les français amoureux de leurs animaux.

*FACCO Magazine*, Mai 2005, **31**, 8 p.

110/ Developing the potential of the human-animal bond.

*The veterinary record*, October 30, 2004. **155** ; 542-6.

111/ Séminaire relatif au « Logement ». Groupe n° 14 : Le Logement des Personnes Agées.

ENA, Promotion 2004-2006 « Simone Veil », juillet 2005, 55 pages.

Available from World Wild Web

<[http://www.ena.fr/index.php?page=ressources/rapports/seminaire\\_logement/personnesagees](http://www.ena.fr/index.php?page=ressources/rapports/seminaire_logement/personnesagees)>

112/ The Power of Pets.

*Australian Companion Animal Council*, 2000 ; 24 p.

Sites internet :

113/ <http://www.facco.fr>

114/ Allergie : Maison de l'allergie et de l'environnement

<http://www.conseilhabitatsante.com/r5s4animaux.htm#b1> consulté le 31/10/06

115/ <http://www.handroit.com>

## Annexe 1 : Zoonoses transmises par morsures, griffures ou léchage

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique	Traitement
<b>Pasteurellose</b>	Pasteurelles : germes saprophytes des voies aéro-digestives supérieures	Faible Morsure, griffure ou léchage (si lésion cutanée chez l'homme)	Chez l'homme : œdème volumineux d'évolution rapide, douloureux, puis forme subaiguë loco-régionale. Septicémie et symptômes respiratoires pouvant s'observer chez les personnes âgées.	Tétracyclines pendant 8 à 10 jours
<b>Tétanos (86)</b>	<i>Clostridium tetani</i> : germe tellurique et fécal spores présentes dans l'oropharynx ou sur les griffes	Rare Morsure ou griffure chez un individu non vacciné ou sans rappel vaccinal à jour	Chez les non vaccinés, quel que soit le mode de contamination, létalité estimée à 30% malgré traitement. En France, maladie touchée, dans 97% des cas, des personnes âgées de plus de 50 ans au statut vaccinal non à jour.	
<b>Rage</b>	Virus neurotrope, famille des <i>rhabdoviridae</i> , genre <i>Lyssavirus</i> , sérotype 1 (sérotype canin)	Exceptionnelle (France indemne de rage autochtone depuis 2001). Morsure ou griffure, léchage (muqueuses ou peau érodée)	Chez le chien : après une longue incubation, encéphalomyélite aiguë, mortelle, d'évolution courte avec signes d'excitabilité, d'agressivité et de paralysie. Excrétion du virus rabique dans la salive avant les premiers symptômes.	Lors d'une morsure ou griffure, procédure d'observation pendant 15 jours de l'animal, par un vétérinaire habilité, afin de vérifier le maintien de son état de santé.

## Annexe 2 : Dermatozoonoses transmises par contact direct (28)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Teigne</b>	Champignons : <i>Microsporium canis</i> , <i>Trichophyton mentagrophytes</i> , <i>Microsporium gypseum</i>	Faible Contact direct avec chien infesté ou indirect par le milieu.	Chez le chien : alopecie avec teigne dépilante ou teigne tondante microsporique ou kérion. Diagnostic : clinique, lumière de Wood, raclage, trichogramme ou mise en culture. Chez l'Homme : lésions à extension centrifuge sous forme d'herpès circiné, teigne tondante, kérions.	Procédure type chez le chien : 1/Tonte large 2/Laver l'animal avec une solution aqueuse d'énilconazole (Imaveral®) à 0,2% tous les 4 jours 3/Chez les chiens très atteints : griséofulvine PO pendant 6 semaines ou kétoconazole 4/Aspirer l'environnement et brûler le sac, Désinfecter à l'eau de javel ou solution d'énilconazole pour l'environnement (Clinafarm®) Chez l'homme : visite médicale nécessaire
<b>Gale sarcoptique</b>	Acarien : <i>Sarcoptes scabiei var canis</i>	Elevée Contact direct, étroit et répété	Chez le chien : prurit très intense, réflexe oto-podal, érythème, boutons de gale, dépilations en moucheture, état kérato-séborrhéique généralisé, Chez l'homme : prurigo désagréable parfois surinfecté	Chez le chien : frictions avec produits contenant du lindane ou du diazinon (Dimpygal®) 3 fois à 5 jours d'intervalle. Chez l'homme : guérison spontanée lorsque le chien est traité Pas de traitement particulier de l'environnement, le parasite y persiste 15 jours.
<b>Cheyletiellose (pseudogale)</b>	Acarien : <i>Cheyletiella yasguri</i>	Elevée Contact direct, étroit et répété	Chez le chien : prurit, érythème étendu, fin squamosis dorso-lombaire. Chez l'Homme : forme cutanée prurigineuse et érythémateuse.	Idem gale sarcoptique

Dermatozoonoses transmises par contact direct (suite)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Pulicose</b>	Puces : <i>Ctenocephalides felis</i> <i>Ctenocephalides canis</i>	Elevée Contact indirect à partir de l'environnement	Chez le chien : piqûres désagréables et allergisantes Chez l'homme : lésions papuleuses, papulo-vésiculeuses et prurigineuses	Chez l'homme : guérison spontanée lorsque le chien et l'environnement sont traités Environnement : spray, exemple Tiquanis® Habitat
<b>Sporotrichose</b>	Champignon : <i>Sporothrix schenckii</i> qui vit sur la végétation en décomposition, l'humus et la sphaigne	Rare Indirecte ou directe (champignon présent en grande quantité dans l'exsudat des lésions)	Chez le chien : forme cutanéolymphatique, forme cutanée, forme disséminée rare. Chez l'homme : lésions au point d'inoculation, forme cutanéolymphatique,	Iodures, itraconazole, amphotéricine B Environnement : hypochlorite de sodium à 1%, iode, composés phénolés, glutaraldéhyde ou formaldéhyde.

### Annexe 3 : Zoonoses transmises par les déjections canines

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique	Traitement
<b>Toxocarose (27, 36)</b>	<i>Toxocara canis</i> : ver nématode, famille des ascarididés	Faible Contamination par géophagie, si sols pollués par déjections animales	Chez le chien : symptômes digestifs Chez l'homme : asthénie chronique, manifestations allergiques souvent cutanées, douleurs digestives, hyperéosinophilie modérée, augmentation des IgE totales, <i>larva migrans</i> , forme nerveuse rare	Environnement : déjections jetées à la poubelle, œufs embryonnés détruits par dessiccation, iode, eau de Javel à 20% Chez le chien : vermifugation au moins 3 fois par an
<b>Hydatidose (31)</b>	<i>Echinococcus granulosus</i> (stade larvaire chez l'herbivore) Ténia échinocoque chez le chien	Rare Contamination par géophagie ou directement au contact de l'animal (œufs embryonnés directement infestants)	Chez le chien : prurit anal Chez l'homme : kystes hydatiques pouvant se former sur plusieurs organes (foie, poumons, plus rarement os, système nerveux central et cœur)	Chez le chien : prise orale unique de praziquantel 5 mg/kg. Une alimentation strictement industrielle permet d'éviter toute infestation Chez l'homme : chirurgie, fonction de la taille du kyste, de l'organe touché
<b>Coenurose</b>	<i>Taenia multiceps</i> et <i>Taenia serialis</i> chez le chien	Rare Contamination par géophagie ou directement au contact de l'animal (segments ovigères directement infestants)	Chez le chien : prurit anal Chez l'homme : coenurose encéphalique, médullaire, sous-cutanée.	Chez le chien : prise orale unique de praziquantel 5 mg/kg. Une alimentation strictement industrielle permet d'éviter toute infestation

## Zoonoses transmises par les déjections canines (suite)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique	Traitement
<b>Cryptosporidiose</b>	Protozoaire <i>Cryptosporidium parvum</i>	Rare Transmission oro-fécale, le plus souvent indirecte par ingestion d'eau ou d'aliments souillés par des ookystes. Transmission directe par l'animal possible car ookystes sporulés dès leur émission	Chez le chien : portage asymptomatique Chez l'homme : diarrhée profuse, douleurs abdominales, vomissements, fièvre, céphalées, myalgie, asthénie, anorexie, sueurs, peut être fatale chez les individus immunodéprimés. Portage asymptomatique fréquent après disparition des symptômes.	Environnement : sols contaminés traités avec eau bouillante ou ammoniacale
<b>Giardiose (24)</b>	Protozoose due à <i>Giardia intestinalis</i>	Faible Transmission oro-fécale indirecte et directe (ookystes éliminés directement infestants car sporulés)	Chez le jeune chien : syndrome maldigestion - malabsorption avec diarrhée chronique continue ou intermittente, amaigrissement, retards de croissance, pelage terne, souvent asymptomatique	Chez le chien : métronidazole PO 25 mg/kg SID pendant 5 à 7 jours Environnement : solutions de phénol 5% (D 39 Animal®), ammoniacale 3%, hypochlorites pendant 10 à 20 minutes, ammoniums quaternaires pendant 1 minute (Aseptol®, Aseptiline®)

## Zoonoses transmises par les déjections canines (suite)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique	Traitement
<b>Salmonellose</b>	Salmonelles	Elevé (mais surtout toxico-infections d'origine alimentaire) Contact direct ou indirect par ingestion d'aliments souillés (contamination par animaux familiers exceptionnelle)	Chez le chien : portage asymptomatique fréquent, diarrhée mucoïde et/ou sanguinolente, vomissements, fièvre, anorexie, déshydratation, salmonelloses extra-digestives, formes septicémiques ou focales Chez l'homme : syndrome fébrile, troubles digestifs. Personnes âgées fréquemment touchées.	Guérison généralement spontanée sinon traitement symptomatique et antibiotiques Une alimentation strictement industrielle du chien permet d'éviter la plupart des infestations.
<b>Campylobacteriose</b>	<i>Campylobacter jejuni, coli et upsaliensis</i>	Rare, exposition à un animal de compagnie responsable de 6,3% des cas Transmission identique à la salmonellose	Chez le chien : entérite d'évolution généralement bénigne ou asymptomatique, diarrhée moyenne à aqueuse Chez l'homme : diarrhée souvent sanguinolente, vomissements, douleurs abdominales et fièvre, mortalité extrêmement faible.	

### Annexe 4 : Zoonoses transmises par les excréments et sécrétions canines

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Leptospirose</b> (56)	Bactérie Gram négatif anaérobie stricte du genre <i>Leptospira</i>	Rare En France, 300 à 400 cas de leptospirose par an, quel que soit le mode de contamination. Maladie endémique en Aquitaine, Franche-Comté et Haute-Garonne Contamination à partir des urines d'un animal excréteur de façon directe ou indirecte	Chez le chien, 3 formes : - aiguë avec hyperthermie, prostration, vomissements, troubles hémorragiques - subaiguë avec syndrome urémique - chronique avec insuffisance hépatique et/ou rénale Chez l'homme : syndrome grippal puis diverses atteintes viscérales	Chez le chien : streptomycine, tétracyclines, pénicillines G, ampicilline Vaccin à bactéries inactivées des sérogroupes icterohaemorrhagiae et canicola Chez l'homme : doxycycline, pénicilline
<b>Tuberculose</b> (101)	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> et <i>bovis</i>	Rare Tuberculose des carnivores soumise à déclaration obligatoire depuis 2002	Chez le chien : forme infraclinique très longue, symptômes généraux observables en phase terminale, forme thoracique, forme abdominale, forme cutanée et ostéo-articulaires très rares	Euthanasie des animaux infectés fortement recommandée (circulaire du ministère de l'Agriculture du 17 mars 1970) Prévention chez le chien : lait pasteurisé, viande et abats cuits (mais ce mode de contamination est rare en France, le plus souvent le chien se contamine à partir d'hommes malades)

## Zoonoses transmises par les excréments et sécrétions canines (suite)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Fièvre Q</b>	<i>Coxiella burnetii</i>	Exceptionnelle à partir du chien Coxiella retrouvée dans urine, fécès, lait, mucus vaginal, placenta et lochies d'animaux infectés dans le Sud de la France, incidence estimée à 50 cas pour 100000 habitants quel que soit le mode de contamination	Chez le chien : le plus souvent asymptomatique, avortements et mortinatalité Chez l'homme : le plus souvent bénigne voire asymptomatique, fièvre, céphalées, frissons, myalgies, nausées, douleurs articulaires, macules érythémateuses, forme chronique existante	Chez le chien : tétracyclines, chloramphénicol
<b>Brucellose</b>	<i>Brucella canis</i> , <i>melitensis</i> , <i>abortus</i> et <i>suis</i>	Exceptionnelle à partir du chien Matières virulentes : produits d'avortement, lochies, urines, liquide séminal Moins de 100 cas humains déclarés par an en France, quel que soit le mode de contamination		Prévention : empêcher les chiens d'approcher d'une femelle ayant avorté (ruminants et chienne)

## Annexe 5 : Zoonoses à transmission vectorielle (sauf tiques)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Dipylidiose</b>	<i>Dipylidium caninum</i> : cestode (hôte intermédiaire : puce du chien et du chat)	Rare Contamination par ingestion de puces infestées	Chez le chien : prurit anal, engorgement des glandes anales Chez l'homme (surtout l'enfant) : irritabilité nocturne, anorexie, perte de poids.	Chez le chien : administration orale unique de praziquantel 5 mg/kg. Prévention par vermifugation régulière, au moins 3 fois par an
<b>Dirofilariose</b>	<i>Dirofilaria immitis</i> et <i>repens</i>	Rare Contamination par piqûres de moustiques préalablement infestés en piquant des animaux hébergeant des nématodes Zone : Camargue, Roussillon, Corse. Cas relevés autour de l'étang de Thau, salins d'Hyères, Draguignan, Toulon et Fréjus	Chez le chien : dirofilariose pulmonaire avec syndrome cardio-respiratoire, dirofilariose sous-cutanée Chez l'homme : dirofilariose pulmonaire et dirofilariose sous-cutanée	Prévention chez le chien : (pendant la période de risque et 1 mois après) diéthylcarbazine, ivermectine ou milbémécine (Milbemax®), collier anti-parasitaire à la deltaméthrine (Scalibor®)

## Zoonoses à transmission vectorielle (suite)

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Leishmaniose</b> (30)	Protozoaire : <i>Leishmania infantum</i> et <i>arisi</i>	Rare Contamination par piqûre d'une femelle de phlébotome déjà contaminée Deux foyers en France : - Ouest du Rhône, Languedoc et Cévennes - Est du Rhône, foyer provençal Apparition de foyers ectopiques Contamination directe par le chien suspectée mais non prouvée à l'heure actuelle	Chez le chien : évolution chronique, syndrome général, forme viscérale, atteinte cutané-muqueuse Chez l'homme : formes viscérales, cutanées localisées, cutanées diffuses, cutanéomuqueuses	Chez le chien : méglumine antimoniate (Glucantime®) 100 mg/kg 1 jour sur 2 avec un minimum de 20 injections, mais récidives prévention: usage d'insecticides, collier anti-parasitaire à la deltaméthrine (Scalibor®) de mai à octobre

## Annexe 6 : Zoonoses transmises par les tiques

Nom	Agent	Fréquence et mode de transmission	Expression clinique et diagnostic	Traitement
<b>Maladie de Lyme</b>	<i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>afzelii</i> , <i>garinii</i> , <i>japonica</i> : bactéries spirochètes	Faible Indirecte par morsure de tiques préalablement infectées Zones les plus touchées en France : zones rurales et principalement les régions Est et Bretagne	Chez le chien : le plus souvent asymptomatique, boiteries, troubles neurologiques, cardiaques, rénaux Chez l'homme, évolution en 3 phases : phase cutanée avec érythème nécrolytique, phase neurologique, phase tardive très invalidante	Lutte contre les tiques chez le chien
<b>Ehrlichiose</b>	Rickettsies : <i>Anaplasma phagocytophilum</i> , <i>Ehrlichia canis</i>	Très rare	Chez le chien : porteurs asymptomatiques, dépression, léthargie, perte de poids, anorexie, pétéchies, ecchymoses, lymphadénomégalie, splénomégalie, signes oculaires, neuromusculaires, polyarthrites, modifications hématologiques et biochimiques. Chez l'homme : syndrome pseudo-grippal	Chez le chien : doxycycline (Ronaxan®) 5 à 10 mg/kg 1 à 2 fois par jour pendant 2 à 3 mois. Lutte contre les tiques chez le chien
<b>Rickettsiose</b>	<i>Rickettsia conorii</i>	Rickettsémie brève chez le chien, donc transmission aux tiques à partir du chien très rare	Chez l'homme : à l'origine de la fièvre boutonneuse méditerranéenne	Lutte contre les tiques chez le chien

Annexe 7 : « UN CHIEN A L'HOPITAL »  
Document réalisé par Valérie Lefebvre

## « Un chien à l'Hôpital »



Dans l'Unité de Soins de Longue Durée de  
l'Hôpital de Gimont

Depuis Janvier 2004, un comité de pilotage travaille sur ce projet et les modalités d'introduction d'un animal de compagnie au long séjour.

Ce comité est constitué : du Dr Body, médecin coordinateur, de Monique Faure, cadre supérieur de santé, d'une psychologue, d'une kinésithérapeute, d'infirmières, d'aide soignantes, d'agents médicaux-psychologiques et d'agent de service hospitalier.

## **POURQUOI UN CHIEN A L'HÔPITAL ?**

L'Unité de Soins de Longue Durée accueille 30 résidents très dépendants ne pouvant plus rester à domicile. L'entrée au long séjour s'accompagne de plusieurs processus de deuils, avec une souffrance morale importante. Les personnes âgées vivent un véritable séisme affectif qui les conduit souvent à un état dépressif.

Caresser un animal de compagnie... lui parler... se faire lécher... le regarder dormir... sentir qu'il écoute... attendre sa visite... aimer et se sentir aimé en retour..... Pour toutes ses raisons, la présence d'un animal de compagnie **apporte bien-être et réconfort** quand rien ne va plus.

L'affection qui unit la personne âgée au chien va créer une motivation, et ainsi **redonner l'envie** : envie de marcher, de manger...de parler avec les autres ... de sortir de sa chambre ... et de combattre le repli sur soi et les idées noires.

**Notre projet consiste en l'insertion d'un chien au long séjour dans le but d'enrichir la vie sociale des résidents, de combattre leur isolement affectif, de faciliter les visites des familles et plus globalement d'apporter de la vie et du plaisir à ces personnes âgées.**

## QUEL CHIEN ?

Le choix du chien est déterminant dans l'atteinte de nos objectifs.

Sa présence auprès de personnes âgées fragiles nécessite de sélectionner un chien équilibré et doté d'un grand « sang froid » afin de ne jamais paniquer face à une situation inconnue.

Pour ces raisons, le choix de la race permettra de sélectionner un chien possédant les qualités suivantes :

- Intelligence
- mémoire
- docilité
- réceptivité
- Concentration
- Sociabilité

Le Golden Retriever et le Labrador présentent ces qualités et sont souvent choisis par les centres de formation pour chiens d'aveugles et pour les personnes handicapées.

Ce chien montrera une supériorité indéniable et très appréciable pour sa mission thérapeutique.

Aussi, le comité de pilotage a décidé d'adopter un Golden Retriever ou un Labrador, adulte, ayant suivi la formation de chien guide d'aveugle.



## OU VIVRA-T-IL ?

Le bien-être du chien et le respect des rythmes physiologiques (temps de repos, promenade...) doivent permettre d'optimiser ses capacités relationnelles.

Nous souhaitons qu'il vienne pour « travailler », mais qu'il conserve une vie de chien standard en vivant dans une famille et en ayant un jardin.

Le référent sera la personne qui aura en charge le chien en dehors de l'Hôpital, il s'agit de Monique Faure, cadre supérieur de santé de l'Hôpital de Gimont.

Le matin, le chien sera confié par Monique Faure lors de sa prise de service, et il repartira le soir avec elle.

Un espace de repos est réservé dans le bureau de la psychologue, durant le repas des résidents, et une zone de déjection sécurisée est aménagée à l'extérieur de l'Hôpital près du parking.

## QU'EST-CE QU'UN CHIEN THERAPEUTE ?

« Dans les pays anglo-saxons, on parle de Thérapie Facilitée par l'Animal (TFA). La T.F.A. est une méthode clinique qui utilise à des fins thérapeutiques, préventives ou de réadaptation les liens naturels et bienfaisants qui se sont toujours développés spontanément entre les animaux et les humains.

La T.F.A. utilise donc la relation qui s'établit entre l'homme et l'animal familial.

Le lien affectif, entre la personne âgée et le chien, favorise des changements positifs dans le bien-être émotionnel et social des personnes, et ainsi améliore leur qualité de vie. »<sup>1</sup>

Le principe de base des bienfaits de cette interaction réside dans le fait que le chien satisfait deux besoins de base de l'être humain :

**-le besoin d'être aimé :** le regard du chien ne juge pas, ne critique pas, il est sans préjugé. Le chien attend les caresses et témoigne de l'affection.

**-le besoin de sentir que l'on vaut quelque chose pour soi-même et pour les autres :** l'affection apportée par l'animal est gratifiante pour la

---

<sup>1</sup> DUPONT-GAUZINS Réforme des chiens d'assistance pour handicapés moteurs au cours de leur période de formation ; Thèse de Doctorat Vétérinaire ; Nantes ; 2002.

personne âgée et valorise l'estime de soi. L'animal la regarde et l'aime simplement. A travers cette relation, on lui redonne du pouvoir, un rôle et un sentiment d'utilité. Cette interaction (entre le résident et le chien) va combattre le repli sur soi et favoriser la communication verbale et non verbale.

**C'est cette interaction qui sera le fil conducteur de notre programme thérapeutique.**

**Plus qu'un chien de compagnie, cet auxiliaire à quatre pattes deviendra un nouvel acteur enrichissant notre équipe soignante pluridisciplinaire. Nous souhaitons élaborer une nouvelle prise en charge du patient avec la réalisation d'un projet thérapeutique individuel, pour améliorer ses troubles.**

### **Exemple de projet thérapeutique individuel :**

Un résident de 88 ans qui marche avec une aide humaine au quotidien fait une forte bronchite. Il est très affaibli pendant deux semaines. L'alitement a entraîné une perte d'appétit et une fonte musculaire. En raison de son âge et de son état général, il lui faudra une forte motivation pour remarcher.

Le lien affectif qui unit ce résident au chien peut être un élément moteur déterminant pour redonner l'envie de marcher, malgré la fatigue et la fonte musculaire. La présence du chien lors de la reprise de marche va l'encourager et lui permettre de focaliser non-pas sur son désir de s'asseoir, mais sur le plaisir de marcher à côté du chien.

Ainsi, le chien devient thérapeute à sa manière, puisqu'il favorise la reprise d'autonomie.



## QUE FERA-T-IL ?

Il devient un nouvel acteur auprès des résidents, tel un animal de compagnie au sein d'une famille.

Le chien est présent les jours de travail de Monique Faure, du lundi au vendredi. Il assistera aux ateliers et par ce biais animera le quotidien des résidents et de leur famille.

Chaque mercredi, des résidents se rendent au marché de Gimont à pied ou en fauteuil roulant avec des soignants. Le chien les accompagnera au cours de cette promenade matinale.

Son aire de repos dans l'établissement est située dans le bureau de la psychologue. Il est lumineux et calme. Il y trouvera sa couverture et une écuelle pour boire.

Planification d'une journée :

8h30-9h00	- arrivée du chien pris en charge par la kinésithérapeute
9h00-9h45	- visite à tous les résidents du service
9h45-10h15	- la kiné mobilise les résidents (aide à la marche, mobilisation passive)
10h15-10h30	- 1 <sup>er</sup> projet thérapeutique individuel
10h30-11h00	- pause « pipi » le chien est accompagné par un résident ou un soignant dans la zone aménagée à cet effet
11h00-11h15	- 2 <sup>ème</sup> projet thérapeutique individuel
11h15-12h00	- le chien est présent dans les parties communes du service auprès des résidents
12h00-13h00	- « pause pipi » et temps de repos, le chien a son espace de repos
13h00-13h30	- atelier journal réalisé par l'AS ou l'AMP, en présence du chien
13h30-14h15	- le chien est disponible pour les résidents
14h15-15h00	- atelier mémoire, gymnastique, pâtisserie ou loto, réalisés en présence du chien
15h00-15h45	- la kiné mobilise certains résidents en présence du chien
15h45-16h30	- le chien est disponible aux sollicitations des résidents et de leurs familles
16h30	- départ du chien avec Monique Faure

## **SON SUIVI VETERINAIRE**

L'animal doit être en bonne santé.

Lors de la conception de ce projet, nous avons sollicité le Docteur VILLATE, vétérinaire comportementaliste à Samatan. Il assurera le suivi vétérinaire du chien.

Ses vaccinations, les traitements antiparasitaires et la vermifugation seront répertoriés dans son carnet de santé, qui pourra être consulté par les résidents ou les familles à leur demande.

## Annexe 8 : Article paru dans Sud-Ouest le 9 octobre 2006

# SUD OUEST

## Sud Ouest

Gers locale, lundi 9 octobre 2006, p. 11

### Volta, le chien de l'hôpital

**GIMONT** Un chien thérapeute est arrivé dans l'établissement. Il améliore le quotidien des malades

Depuis début 2004, Nelly Verlhac, directrice de l'hôpital gimontois, a apporté son soutien et son aide dans l'élaboration du projet d'acquisition d'un chien thérapeute pour l'établissement local. Il s'agit d'une initiative pilote et d'une première en France, en collaboration avec l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse et l'Association des chiens guides d'aveugles du Sud-Ouest de Bordeaux, qui confère à ce projet une approche très professionnelle.

Ce projet a été élaboré en collaboration avec le professeur Hervé Lefebvre de l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse. Une étudiante de cet établissement, Eve Fradin, effectue sa thèse de doctorat sur ce projet. En janvier 2006, la Fondation de France a retenu le projet « Un chien à l'hôpital » et a attribué une subvention de 3 000 euros. D'autre part, le docteur Vilate, vétérinaire à Samatan, assure le suivi médical de la chienne.

Volta, labrador croisé avec un golden retriever, âgée de 2 ans, est présente du lundi au vendredi, auprès des trente et un résidents du service long séjour. Afin de lui assurer un bon équilibre de vie, Volta a une vie de chien « classique » en dehors de l'hôpital. Elle dispose d'un grand jardin et fait de longues promenades grâce à Monique Fauré, cadre supérieur à l'hôpital de Gimont.

Le travail de Volta. L'équipe médicale a encore peu de recul pour noter les effets de l'arrivée de Volta mais la chienne a déjà marqué la vie du service, les résidents l'attendent le matin pour lui dire bonjour et lui faire quelques caresses. Françoise Seguin, kinésithérapeute du service, organise un atelier gymnastique le jeudi, avec un enthousiasme impressionnant de la part des résidents. Ces derniers sont disposés en cercle et Volta trône au centre sur un large tabouret. Tous les regards sont alors tournés vers elle, les résidents sourient ou rien, personne n'est indifférent et à tour de rôle, ils brossent Volta. Elle accompagne tous les mercredis les pensionnaires qui se rendent au marché. Souvent les gens et les enfants s'arrêtent pour la caresser et ainsi engagent quelques instants la conversation avec les personnes âgées.

## Annexe 9 : Evaluation de la perception des soignants dans l'Unité de Soins Longue Durée

### **Document réalisé par le comité de pilotage de l'Hôpital de Gimont**

Le comité de pilotage du projet « un chien à l'hôpital » souhaite évaluer la perception des soignants sur son vécu de la charge de travail, sa perception de l'ambiance du long séjour et travail dans le long séjour.

**L'ambiance qui règne dans un service dépend de plusieurs facteurs : charge de travail, relations entre collègues, motivation à venir travailler, charge émotionnelle face à des situations difficiles et problèmes d'organisation (arrêt maladie, personnel non remplacé, rappel sur jour de repos...).**

Nous souhaitons évaluer le contexte purement professionnel en faisant abstraction des problèmes organisationnels.

Ce questionnaire est anonyme et doit vous permettre de vous exprimer sincèrement et librement.

#### **1 Perception par les soignants de l'ambiance qui règne au long séjour :**

- l'ambiance vous semble sereine et vous vous sentez détendu(e)
- l'ambiance vous semble « acceptable » et vous arrivez à faire abstraction des tensions
- l'ambiance vous semble un peu « lourde » et vous êtes parfois tendu(e)
- l'ambiance vous semble très angoissante et vous êtes très mal à l'aise

Remarques :.....  
.....  
.....

**2 Relation avec les résidents, en tenant compte de leurs capacités de communication :**

- Vous parlez très facilement avec les résidents et vous trouvez sans difficultés plusieurs sujets de conversation
- Vous parlez avec les résidents et vous arrivez à trouver en cherchant des sujets de conversation
- Vous parlez peu avec les résidents, avec un seul sujet de conversation (par exemple le temps ou autre chose)
- Vous ne parlez presque pas avec les résidents et vous ne savez pas quoi aborder comme sujet de conversation

Remarques :.....  
.....  
.....

**3 Comment faites-vous pour communiquer avec les personnes détériorées ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **4 Motivation à venir au travail**

- la plus part du temps, je viens au travail « normalement motivé(e) » et j'assume spontanément mon rôle de soignant
- parfois, je manque de motivation pour venir au travail et je dois me motiver pour assurer mon rôle de soignant
- souvent, je manque de motivation pour venir au travail et il me faut beaucoup d'énergie pour assurer mon rôle de soignant

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

.....

#### **5 Relation avec vos collègues lorsque vous êtes en service au long séjour :**

- Vous échangez très facilement avec vos collègues
- Vous échangez facilement vos collègues
- Vous échangez peu avec vos collègues
- Vous n'échangez presque pas avec vos collègues

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

.....

**6 Perception que vous avez le plus souvent de votre charge de travail, à la fin de votre journée :**

- j'ai pu faire face à ma charge de travail et je suis satisfait(e)
- j'ai pu faire face à ma charge de travail mais je ne suis pas satisfait(e)
- j'ai le sentiment de ne pas avoir pu faire face à ma charge de travail et je ne suis pas satisfait(e)

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**7 Que pensez-vous de l'arrivée de cette chienne Volta dans le service ?**

- vous êtes enthousiaste à l'idée de voir cette chienne dans le service et vous l'attendez avec impatience
- vous êtes favorable à l'arrivée de cette chienne mais vous avez quelques réserves sur certains points
- vous êtes défavorable à l'idée de voir une chienne dans le service et vous vous sentez en opposition

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

## 8 Evaluation de votre perception de la qualité de vie des résidents

Nous souhaitons que chaque soignant donne sa perception de la qualité de vie des résidents dans le service du long séjour.

Définition de « **la qualité de vie** » :

C'est le respect de tous les besoins vitaux (alimentation, sommeil...), du **bien-être physique** et du **bien-être psychologique**. La qualité de vie est un équilibre entre tous ces paramètres, mais elle est liée également à l'**état de santé** de la personne.

**Il ne s'agit pas ici de noter la prise en charge par l'équipe soignante, mais d'essayer de chiffrer uniquement la qualité de vie des résidents dans le service du long séjour.**

Donner une appréciation générale de la qualité de vie des résidents en plaçant un trait vertical sur la ligne ci-dessous (0 = très mauvaise qualité de vie, 10 = très bonne qualité de vie) :

Très mauvaise \_\_\_\_\_ Très bonne  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Échelle visuelle analogique**

## Annexe 10 : Evaluation de la qualité de vie des résidents

### Document réalisé par le comité de pilotage de l'Hôpital de Gimont

Avant l'arrivée du chien dans le service, nous souhaitons faire une évaluation de la qualité de vie des résidents dans le service du long séjour.

L'échelle est remplie par le résident, en présence d'un membre de sa famille ou d'un soignant pour l'aider si besoin.

#### Définition de « **la qualité de vie** »

C'est le respect de tous les besoins vitaux (alimentation, sommeil...), du **bien-être physique** et du **bien-être psychologique**. La qualité de vie est un équilibre entre tous ces paramètres, mais elle est liée également à l'**état de santé** de la personne.

Il ne s'agit pas ici de noter la prise en charge par l'équipe soignante.

Le résident doit essayer d'évaluer sa qualité de vie, ainsi définie, en la chiffrant entre 0 et 10.

#### Echelle Visuelle Analogique (EVA)

Donner une appréciation générale de votre qualité de vie en plaçant un trait vertical sur la ligne ci-dessous.

Donner une appréciation générale de votre qualité de vie en plaçant un trait vertical sur la ligne ci-dessous (0 = très mauvaise qualité de vie, 10 = très bonne qualité de vie) :

**Très mauvaise** \_\_\_\_\_ **Très bonne**  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

L'univers hospitalier est souvent vécu comme austère et froid. Les résidents sont confrontés à une perte d'autonomie et à la vie en collectivité avec la présence

parfois difficile des autres résidents. Tous ces facteurs peuvent générer de l'angoisse ou un sentiment de gêne.

Cette évaluation va permettre aux résidents d'exprimer leur vécu et de faire le point avec l'équipe soignante sur leur vie quotidienne au long séjour.

Vos réponses à ce questionnaire seront tenues confidentielles par le comité de pilotage.

## **1 Participation aux ateliers**

- Je participe systématiquement aux activités proposées dans le service
- Je participe occasionnellement aux activités proposées dans le service
- Je ne participe jamais aux activités proposées dans le service

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

## **2 Communication entre les résidents**

- Je parle facilement et souvent avec les autres résidents
- Je parle parfois avec les autres résidents
- Je ne parle jamais avec les autres résidents

Remarques : .....

.....  
.....  
.....  
.....

### **3 Ennui**

- j'ai des occupations et je ne m'ennuie jamais dans la journée
- j'ai quelques occupations et il m'arrive parfois de m'ennuyer dans la journée
- j'ai peu d'occupation et il m'arrive souvent de m'ennuyer dans la journée
- je n'ai rien à faire et je m'ennuie toujours dans la journée

Remarques :.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **4 Motivation pour entreprendre mes activités (se lever le matin, faire la toilette)**

- je suis normalement motivé(e), j'entreprends spontanément mes activités
- je manque parfois de motivation, j'entreprends souvent mais pas toujours mes activités
- je suis assez peu motivé(e) pour entreprendre mes activités, j'ai besoin d'être encouragé(e)
- je ne suis motivé(e)s pour rien, j'entreprends rarement mes activités

Remarques :.....  
.....

### **5 Que pensez-vous de l'arrivée de cette chienne Volta dans le service ?**

- vous êtes enthousiaste à l'idée de voir cette chienne dans le service et vous l'attendez avec impatience
- vous êtes favorable à l'arrivée de cette chienne mais vous avez quelques réserves sur certains points
- vous êtes défavorable à l'idée de voir une chienne dans le service et vous vous sentez en opposition

Remarques : .....

.....

.....

.....

.....

## Annexe 11 : Echelle d'observation des résidents aux capacités cognitives altérées

### Document réalisé par le comité de pilotage de l'Hôpital de Gimont

Cette échelle d'observation est destinée aux résidents présentant une détérioration cognitive ne leur permettant plus de s'exprimer verbalement.

Son objectif est d'observer les réactions de ces résidents face à des photos représentant des animaux de ferme et de compagnie, en alternance avec des objets neutres. Nous souhaitons également dépister les résidents qui auraient des chiens.

#### 1<sup>ière</sup> étape :

- Evaluer les capacités d'expression du résident avec l'équipe soignante et en consultant le dossier soins
- Prendre connaissance de la grille d'observation des résidents aux capacités cognitives altérées et des six photos rangées dans le classeur « thérapie facilitée par l'animal : Volta »
- Coller l'étiquette du patient sur la grille d'observation

#### 2<sup>ième</sup> étape :

- L'entretien avec le résident doit se dérouler dans un endroit calme (ex : sa chambre) à un moment propice aux échanges.
- Installer le résident devant une table et se placer face à lui pour observer ses expressions.
- Se munir d'un bloc note afin de noter rapidement les mots qui vont être prononcés, les gestes et les réactions du résident.
- Préparer les photos dans l'ordre indiqué sur la grille d'observation.

#### 3<sup>ième</sup> étape :

- Présenter la première photo au résident, la poser devant lui, lui laisser le temps de réagir, noter ses réactions (expression de visage, expression du regard, communication, gestes) sur la grille d'observation.
- ranger la première photo et passer à la deuxième etc...

#### 4<sup>ième</sup> étape :

- Noter sur la grille de traçabilité, (situé dans le classeur « thérapie facilitée par l'animal : Volta », le type de document d'évaluation utilisé pour évaluer le résident et la date.
- Indiquer dans le dossier les réactions du résident, les faits marquants lors de l'entretien.

**ECHELLE D'OBSERVATION DES RESIDENTS AUX CAPACITES COGNITIVES  
ALTEREES**

**Coller l'étiquette du patient**

	<b>Photo n°1</b>	<b>Photo n°2</b>	<b>Photo n°3</b>	<b>Photo n°4</b>	<b>Photo n°5</b>	<b>Photo n°6</b>
	<b>Un coq</b>	<b>Une chaise</b>	<b>Une vache</b>	<b>Une pomme</b>	<b>Un chien</b>	<b>Une table</b>
<b>Expression du visage :</b>						
<b>Inchangée</b>						
<b>Tristesse</b>						
<b>Etonnement</b>						
<b>Joie</b>						
<b>Peur</b>						
<b>Remarques :</b>						

	<b>Photo n°1</b>	<b>Photo n°2</b>	<b>Photo n°3</b>	<b>Photo n°4</b>	<b>Photo n°5</b>	<b>Photo n°6</b>
	<b>Un coq</b>	<b>Une chaise</b>	<b>Une vache</b>	<b>Une pomme</b>	<b>Un chien</b>	<b>Une table</b>
<b>Regard :</b>						
<b>Fixe (absence de changement)</b>						
<b>Centré sur la photo</b>						
<b>Fuyant (ou distrait)</b>						
<b>Remarques :</b>						

	<b>Photo n°1</b>	<b>Photo n°2</b>	<b>Photo n°3</b>	<b>Photo n°4</b>	<b>Photo n°5</b>	<b>Photo n°6</b>
	<b>Un coq</b>	<b>Une chaise</b>	<b>Une vache</b>	<b>Une pomme</b>	<b>Un chien</b>	<b>Une table</b>
<b>Communication :</b>						
<b>Absente</b>						
<b>Intensifiée</b>						
<b>Diminuée</b>						
<b>Propos exprimés :</b>						
<b>Remarques :</b>						

	<b>Photo n°1</b>	<b>Photo n°2</b>	<b>Photo n°3</b>	<b>Photo n°4</b>	<b>Photo n°5</b>	<b>Photo n°6</b>
	<b>Un coq</b>	<b>Une chaise</b>	<b>Une vache</b>	<b>Une pomme</b>	<b>Un chien</b>	<b>Une table</b>
<b>Gestes :</b>						
<b>Absents</b>						
<b>Préhension de la photo</b>						
<b>Autres</b>						
<b>Remarques :</b>						

Achévé d'imprimer à TOULOUSE par  
la S.A.R.L. NOTREL



84, chemin des Capelles • 31300 TOULOUSE  
[notrel.sarl@wanadoo.fr](mailto:notrel.sarl@wanadoo.fr)