



HAL
open science

Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : quels bénéfices pour la communication ?

Leslie Charbonnier

► To cite this version:

Leslie Charbonnier. Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : quels bénéfices pour la communication ?. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-01521380

HAL Id: dumas-01521380

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01521380v1>

Submitted on 11 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE
ECOLE D'ORTHOPHONIE

MEMOIRE PRESENTE POUR L'OBTENTION DU CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

**THERAPIE FACILITEE PAR L'ANIMAL ET
MALADIE D'ALZHEIMER : QUELS
BENEFICES POUR LA COMMUNICATION ?**

LESLIE CHARBONNIER

Née le 30 septembre 1987 à Bourgoin-Jallieu



Directeur : **C. BAUDU** – Neuropsychologue
Co-Directrice : **E. SALTARIN** – Psychologue

NICE – 2010

A Claude Baudu

Pour votre disponibilité et votre soutien.

Vous avez su me guider et m'aider tout au long de cette expérience. Vous avez montré un réel intérêt pour mon travail et votre enthousiasme m'a permis de croire encore un peu plus au bien fondé de cette démarche.

Travailler avec vous fut un réel plaisir.

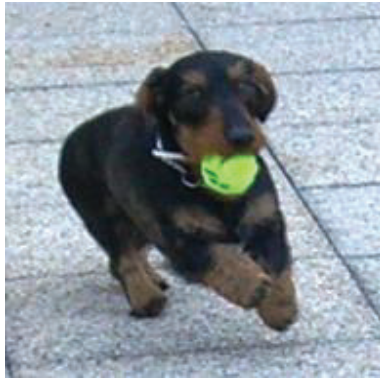
A Elisa Saltarin

Pour ton aide précieuse sans laquelle ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour. Merci d'avoir tout mis en œuvre et à ma disposition pour que je puisse mettre en place cette expérience.

Pour ta foi en ce type de démarche, ton envie de continuer à la faire découvrir, ton expérience dans ce domaine, ton amour des animaux et des personnes.

Pour ton implication et ton amitié.

A Valerio



Parce que rien n'aurait été possible sans lui. Pour son enthousiasme à toute épreuve, son dynamisme et sa générosité. Pour être un chien, tout simplement.

Aux patients qui ont participé à cette expérience, à leur joie, aux moments partagés, à leur générosité.

A tous les autres qui m'ont aidée et soutenue pendant cette année.

A ma correctrice et reformulatrice préférée, à ma dessinatrice attirée, à mes amies de cette promo d'orthophonie qui ont fait de mes quatre ans d'étude une aventure inoubliable, drôle et riche en très bon souvenirs.

Et à Raul !

Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : quels bénéfices pour la communication ?

<u>Introduction</u>	2
<u>Partie théorique</u>	4
I) La maladie d'Alzheimer	5
A) Eclairages historiques, épidémiologiques et neurologiques	5
B) Les différents troubles rencontrés dans la DTA	6
1) Les troubles mnésiques	6
2) Les troubles des fonctions exécutives	12
3) Les troubles du langage et de la communication	13
4) Les troubles du comportement et de l'humeur	14
II) Apathie et communication	16
A) L'apathie	16
1) Définition générale	16
2) Le concept apathique de Marin	16
B) La communication	18
1) Définition générale	18
2) La théorie de la communication de l'école de Palo Alto	19

C) L'apathie dans la maladie d'Alzheimer	20
1) Apathie et troubles du comportement	20
2) Apathie et communication	20
3) Apathie : un symptôme prodromique	21
D) Impact de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer	22
1) Sur le patient	22
2) Sur l'entourage	23
3) Sur les relations	24
E) Intérêt de la prise en charge de l'apathie	25
F) Prise en charge orthophonique de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer	27
1) L'analyse fonctionnelle	27
2) Le processus de résolution des problèmes	28
3) Le processus des cinq R	29
G) Prise en charge orthophonique de la communication dans la maladie d'Alzheimer	30
1) La thérapie comportementale	30
2) La thérapie cognitive	31
3) La thérapie éco-systémique	32
III) La Thérapie Facilitée par l'Animal	34
A) Historique	34
1) L'animal à travers les âges	34
2) Les premières expériences de thérapie facilitée par l'animal	35
B) Définitions et fondements théoriques	37
1) Définition de la Thérapie Facilitée par l'Animal	37
2) Fondements théoriques	38
3) Triangulation et médiation	40

C) Pré-requis et contre indications	42
D) Les différents modes de communication entre l'Homme et l'animal et leurs intérêts	43
1) La communication visuelle	44
2) La communication olfactive	44
3) La communication tactile	45
4) La communication auditive	45
E) La Thérapie Facilitée par l'Animal auprès des personnes âgées	45
1) Les effets physiologiques (chez l'Homme en général)	46
2) Les effets psychologiques	49
3) Les effets sur les interactions sociales et la communication	51
F) La Thérapie Facilitée par l'Animal auprès des malades d'Alzheimer	54
1) Les études	54
2) Hypothèses	55
<u>PARTIE PRATIQUE</u>	58
I) Présentation de l'expérience	59
A) Objectifs de la démarche	59
B) Méthodologie	59

II) Résultats de l'expérience	64
A) Les résultats quantitatifs globaux	66
B) Les résultats qualitatifs globaux	69
III) Discussion	75
A) Support d'intervention et intervention	75
B) Chien de TFA vs chien de compagnie ou résident	76
C) Risques potentiels liés à l'introduction d'un animal en institution	77
D) Portes ouvertes par le mémoire	77
E) Hypothèses d'explication des résultats	78
<u>Conclusion</u>	79
<u>Bibliographie</u>	
<u>Annexes</u>	

INTRODUCTION

« La Thérapie Facilitée par l'Animal est une intervention dirigée dans laquelle un animal [...] fait partie intégrante du processus de traitement ». Cette définition de la Delta Society, éminent institut américain de zoothérapie, illustre à elle seule l'idée directrice de ce mémoire. En effet, il apparaît que la présence d'un animal peut avoir des effets bénéfiques physiologiques mais aussi psychologiques et agir également sur les interactions sociales et la communication. L'idée est donc d'adapter la TFA à des prises en charge existantes, d'apporter à ces prises en charge une médiation supplémentaire : l'animal.

Nous avons, ici, souhaité mesurer l'impact que la présence animale pouvait avoir sur la communication et dans quelle mesure cette présence animale pourrait être une aide pour l'orthophoniste.

La maladie d'Alzheimer a été reconnue problème de santé publique. Elle a fait récemment l'objet d'un « Plan Alzheimer » mis en place par le gouvernement français en 2008.

La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative où tant les aspects physiologiques que psychologiques sont touchés. A ce jour, les traitements médicamenteux ont pour rôle de freiner l'évolution du processus pathologique. Il semble important de compléter ces traitements médicamenteux des patients atteints de DTA (Démence Type Alzheimer) par des prises en charges non médicamenteuses qui ont pour objectifs d'aider les patients à vivre au quotidien avec leur maladie et à maintenir le plus longtemps possible les capacités restantes.

L'enjeu de ce mémoire est d'essayer de démontrer comment la Thérapie Facilitée par l'Animal peut aider au maintien de la communication chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous verrons comment la présence animale peut faciliter la communication chez ces patients.

Afin de définir au mieux notre démarche, nous suivrons un certain processus de réflexion dans notre partie théorique.

Tout d'abord, nous effectuerons un bref rappel de ce qu'est la maladie d'Alzheimer et des troubles qu'elle engendre.

Ensuite, nous traiterons de l'apathie et de la communication : en général, au sein de la maladie d'Alzheimer, et dans le cadre d'une prise en charge orthophonique de cette maladie. Nous avons choisi de traiter ces deux notions simultanément car l'apathie, trouble majeur de la maladie d'Alzheimer, place le patient en retrait par rapport au monde et a donc des effets négatifs sur la communication.

Enfin, nous aborderons la Thérapie Facilitée par l'Animal, tant dans ses aspects théoriques que dans sa pratique auprès des personnes âgées et/ ou atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Dans notre partie pratique, nous développerons les principes que nous avons retenus de nos réflexions théoriques en proposant deux séances pour chacun des huit patients où nous mesurerons l'impact de la présence du chien sur le temps de communication, d'interaction.

Nous présenterons les résultats globaux à la fois quantitativement et qualitativement. A noter que les descriptions des séances par patient seront présentées en annexes. Enfin, nous discuterons les résultats de notre expérience en essayant de définir les grands principes pour ce type de prise en charge. Nous envisagerons, aussi, des pistes pour des recherches futures.

 **PARTIE** 
THEORIQUE



I) La maladie d'Alzheimer

A) Eclairages historiques, épidémiologiques et neurologiques

Le terme « maladie d'Alzheimer » vient du nom d'un médecin allemand Alois Alzheimer (1864-1915) qui décrit pour la première fois en 1906 le cas d'une patiente âgée de 51 ans présentant une démence caractérisée par des manifestations délirantes, des troubles du langage et des lésions neuropathologiques caractéristiques. A partir de cette époque, la maladie d'Alzheimer a été considérée comme une maladie dégénérative, présénile, survenant avant 65 ans détériorant progressivement les fonctions cognitives et instrumentales des patients et s'accompagnant de lésions cérébrales spécifiques. Quelques décennies plus tard, on s'est rendu compte que des patients plus âgés, présentaient des lésions cérébrales et des déficits similaires à ceux de la maladie d'Alzheimer. Dès lors, la plupart des auteurs ont regroupé toutes ces démences, préséniles et séniles, sous le nom de démence de type Alzheimer (DTA). Enfin, plus récemment, certains experts rejettent cette terminologie de *démence type Alzheimer*, préfèrent parler simplement de *maladie d'Alzheimer*, soulignant le développement de la maladie en trois phases, préclinique d'abord, prodromale ensuite, démentielle enfin.

Des analyses faites à partir de huit études européennes permettent de donner un taux d'incidence moyen augmentant fortement avec l'âge, passant de 2/1000 personnes/année entre 65 et 69 ans à 70/1000 personnes/année après 90ans. On note une nette prévalence féminine dans la DTA.

Selon une étude de 1998 chez des patients de moins de 60 ans, la prévalence de la forme précoce de la maladie d'Alzheimer serait de 0,041% avec 24 cas familiaux parmi les 39 cas recensés pour cette étude.

Au niveau neuropathologique, les lésions des DTA se caractérisent par deux lésions corticales principales :

- Les dégénérescences neuro-fibrillaires sont constituées de protéine TAU hyperphosphorylées qui s'accumulent dans les neurones pour lesquels elles sont toxiques.

- Les plaques séniles (beaucoup plus nombreuses que chez le sujet sain) qui sont des dépôts de substance amyloïde entourés de fragments cellulaires.

D'autres lésions peuvent être observées comme une dégénérescence granulo-vacuolaire affectant surtout les cellules pyramidales de l'hippocampe, une atrophie du cortex, ainsi que la destruction à la base du cerveau du noyau de Meynert sécrétant l'acétylcholine.

Il est important de mettre en avant le fait que **l'augmentation du nombre de patients atteints par cette maladie pose et posera un problème de santé publique important** ainsi que des problèmes économiques et d'infrastructures adaptées pas assez nombreuses à ce jour compte tenu de la démographie vieillissante.

B) Les différents troubles rencontrés dans la DTA

On note chez les patients atteints de DTA, l'apparition de déficits cognitifs multiples tels que des troubles mnésiques, aphasiques, praxiques, gnosiologiques et des fonctions exécutives. Ces différents troubles vont être à l'origine d'un dysfonctionnement dans la vie sociale et/ou professionnelle du patient (cf critères du DSM IV en annexe 1).

1) Les troubles mnésiques

Maladie d'Alzheimer et mémoire épisodique

La mémoire épisodique est un système à capacité illimitée destiné au stockage d'informations autobiographiques.

Le symptôme majeur est la difficulté à se souvenir des événements récents alors que les plus anciens sont longtemps préservés. On note aussi des erreurs d'intrusion qui sont la production non intentionnelle d'une réponse inappropriée dans une tâche de mémoire. Ces erreurs sont souvent dues à un effet d'interférence avec des informations apprises ou vécues précédemment.

Différentes hypothèses ont été émises pour expliquer les troubles de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer.

L'hypothèse d'un trouble de l'encodage

HJ Weingartner et Al (cité par 29b) observent que chez les sujets âgés normaux il est plus facile de retenir des mots liés sémantiquement alors que pour les patients Alzheimer, que les mots soient ou non liés sémantiquement n'avait pas d'importance. Cela suppose que les malades d'Alzheimer sont incapables de tirer profit des caractéristiques des stimuli qui sont normalement utilisés pour l'encodage. Ceci pourrait être lié à un trouble de l'accès aux informations sémantiques. Diverses études ont de plus montré que l'indiçage n'améliorait pas les performances des malades d'Alzheimer ce qui pourrait évoquer selon certaines études un trouble de la récupération des informations.

L'hypothèse d'un trouble de stockage

Explorer l'hypothèse d'un trouble de stockage c'est calculer le taux d'oubli de l'information en fonction du délai entre l'encodage et la récupération. Différentes études montrent en rappel différé un taux d'oubli anormalement rapide chez les sujets Alzheimer durant les cinq premières minutes suivant la présentation du matériel. A noter que les études tendent à montrer que la reconnaissance est moins touchée que le rappel libre (29b).

Maladie d'Alzheimer et mémoire de travail

La mémoire de travail est un système à capacité limitée destiné au maintien temporaire et à la manipulation d'informations pendant la réalisation de tâches cognitives. Trois composantes sont nécessaires à son fonctionnement :

- L'administrateur central qui permet de procéder à des opérations sur une petite quantité d'information et de maintenir une attention suffisante.
- La boucle phonologique permet le stockage temporaire d'informations verbales.
- Le registre visuo-spatial permet le stockage temporaire des informations visuelles et/ou spatiales.

Différentes études ont montré une atteinte de la mémoire de travail dans la maladie d'Alzheimer et notamment une baisse de l'empan mnésique. Il apparaît d'après Mattis (cité par 29a) que la taille de l'empan est liée à la sévérité de la démence. On a aussi pu démontrer une baisse de l'effet de récence qui consiste à mieux retenir les mots donnés en dernier. Cependant cette diminution de l'effet de récence n'a pas été retrouvée dans toutes les études, certaines comme celle d'EP Pepin et PJ Eslinger (cité par 29a) rapportent une baisse de l'effet de récence uniquement chez les patients sévèrement atteints.

La boucle phonologique

Elle est testée en faisant appel aux effets de similitude phonologique, de longueur du mot et de suppression articulaire.

R Morris (cité par 29a) a comparé les performances d'empans pour des séries de mots soit similaires, soit dissimilaires d'un point de vue phonologique. Il en est résulté que la performance d'empan chez les malades d'Alzheimer était diminuée mais que l'effet de similitude phonologique était lui normal. Ces conclusions ont été les mêmes pour l'effet de longueur du mot : un effet normal mais un empan diminué.

Ces données suggèrent que le système de stockage phonologique et le mécanisme de récapitulation articulaire ne sont pas affectés dans la maladie d'Alzheimer.

R Morris (cité par 29a) nous montre aussi qu'avec une technique de suppression articulaire (tâche distractive empêchant le processus de récapitulation articulaire), la baisse de performance est de même amplitude chez un groupe de sujets Alzheimer et un groupe témoin.

Toutes ces études attestent donc de l'intégrité de la boucle phonologique dans la maladie d'Alzheimer. R Morris puis A Baddeley ont donc attribué l'existence d'un empan déficitaire à un dysfonctionnement de l'administrateur central (29a).

Cependant, d'autres études semblent indiquer l'existence d'un déficit de la boucle phonologique. F Colette, M Van Der Linden, S Bechet et E Salmon (29a) ont donc entrepris une étude chez les malades d'Alzheimer pour évaluer les différentes composantes de la mémoire de travail et tenter de déterminer si les tâches d'empans sont influencées par un déficit de l'administrateur central. Ils ont pu constater une baisse de l'effet de similarité phonologique et de longueur, une diminution de la contribution de la mémoire à long terme (une différence moins importante a été constatée entre un

empan de mots et de logatomes entre les patients Alzheimer et le groupe témoin), une perturbation des performances à l'épreuve de l'Alpha Scan qui compare le rappel dans l'ordre de stockage et le rappel par ordre alphabétique ce qui implique stockage et manipulation des informations. Cependant, il a été rapporté que seuls les patients ayant un empan verbal bas présentaient un déficit de la boucle phonologique avec diminution de l'effet de similarité phonologique et de longueur (29a).

Il est donc probable que les patients Alzheimer présentent de façon précoce des déficits au niveau de l'administrateur central alors que les processus de traitement plus automatiques comme la boucle phonologique sont atteints plus tardivement.

Le registre visuo-spatial

Les données concernant ce domaine sont plus limitées. Ergis note une baisse des capacités d'empan visuo spatial dans la maladie d'Alzheimer (cité par 29a). Cependant, il est difficile d'affirmer si ces déficits proviennent d'un trouble spécifique du calepin visuo-spatial et /ou s'ils sont secondaires à un dysfonctionnement de l'administrateur central. De plus, Simone et Baylis ont montré que les capacités attentionnelles entrent en jeu dans le bon fonctionnement de ce registre (cité par 29a).

L'administrateur central

Les études ont mis en évidence des performances faibles dans les situations de doubles tâches qui constituent une des fonctions essentielles de l'administrateur central (29a). A noter, que les perturbations dans la gestion des doubles tâches s'étendent à des tâches aussi automatiques que marcher et parler en même temps ce qui peut donc augmenter le risque de chutes quand les patients sont amenés à faire ces deux choses à la fois.

F Collette et M Van Der Linden (29a) citent différentes études qui montrent que les troubles de l'administrateur central sont présents chez la grande majorité des patients et dès les tous premiers stades de la maladie.

Maladie d'Alzheimer et mémoire sémantique

La mémoire sémantique est un système à capacité illimitée destiné au stockage des informations qui vont former l'ensemble des connaissances du sujet : langage, faits historiques et culturels... C'est la mémoire des mots, des concepts, des idées.

La mémoire sémantique est d'abord atteinte dans ses connaissances spécifiques avant de toucher le général.

L'incapacité à dénommer des objets familiers est présente dès le début de la maladie et les patients ont des résultats déficitaires dans les tests de fluences verbales. La plupart du temps, on note un déficit spécifique des catégories naturelles alors que les catégories manufacturées restent préservées, du moins, sont touchées plus légèrement (attention cependant, tous les patients ne présentent pas cette asymétrie).

Des agnosies peuvent être décelées chez les patients Alzheimer. Ces troubles peuvent être rapprochés d'un trouble de la mémoire sémantique puisqu'ils entraînent une non reconnaissance des constituants du monde environnant (objet, bruits...) pourtant appris et stockés précédemment dans la mémoire sémantique du patient. En effet, l'agnosie est un « *trouble de la reconnaissance qui ne peut être attribué ni à un trouble sensoriel ou attentionnel, ni à des difficultés de dénomination dues à une aphasie* » (30). La prosopagnosie (incapacité à reconnaître les visages familiers) est assez fréquente. Des agnosies auditives ou tactiles peuvent aussi être rencontrées. Le patient se retrouve alors plongé dans un monde qu'il ne reconnaît plus : les bruits ne lui sont plus familiers, ce (ou ceux) qu'il voit est mal perçu ou non reconnu...

La majorité des études concluent à un déficit de la mémoire sémantique causé par la détérioration des connaissances sémantiques plutôt qu'à un problème d'accès à ces connaissances même si cette dernière hypothèse reste tout de même envisageable (29c).

Maladie d'Alzheimer et mémoire autobiographique

La mémoire autobiographique a deux composantes :

-une composante sémantique qui comprend des informations sur sa propre vie (nom des amis, de la famille...)

-une composante épisodique constituée des informations personnellement vécues, situées dans le temps et l'espace.

Nous pouvons rappeler que les souvenirs récents sont perdus plus rapidement que les anciens : le pic de réminiscence est plus important que celui de récence.

Le déficit de la mémoire autobiographique entraîne des troubles de l'identité et des troubles du comportement. Les patients perdent alors petit à petit leur passé mais aussi leur futur, ils ne vivent que dans un présent sans but.

Maladie d'Alzheimer et mémoire procédurale

La mémoire procédurale est un système à capacité illimitée dont les opérations s'expriment sous forme d'actions. C'est l'apprentissage des habiletés perceptivo-motrices.

La mémoire procédurale est globalement préservée dans la maladie d'Alzheimer et cela pendant longtemps. En effet, un bon apprentissage procédural a été mis en évidence par des épreuves de poursuite de cible ou de labyrinthe tactile. Certains auteurs ont d'ailleurs montré chez des sujets atteints de maladie d'Alzheimer des capacités normales d'acquisition et de rétention de la procédure (41).

Les patients atteints de DTA peuvent aussi présenter des troubles praxiques que l'on peut rapprocher d'un trouble de la mémoire procédurale. En effet, l'apraxie est une « *perte, souvent incomplète, de la faculté d'exécuter des gestes ou d'utiliser des objets, qui ne peut être attribué à une paralysie, à un trouble sensitif, à une akinésie, à des mouvements anormaux ou à un trouble de la compréhension* » (30). Il peut s'agir d'une apraxie idéomotrice (incapacité à réaliser des gestes automatiques sur ordre ou sur imitation), idéatoire (incapacité à réaliser des gestes avec manipulation d'objets), constructive ou de l'habillage. Ces troubles rendent le moindre geste quotidien difficile. Tout est oublié par le patient et tous les gestes que le patient faisait automatiquement deviennent un calvaire (s'habiller, manger, écrire...). De plus, ces troubles sont difficiles à supporter pour la famille, l'entourage, qui ne comprend pas que le patient ne sache plus réaliser ces gestes quotidiens.

Tous les troubles évoqués précédemment ne sont évidemment pas exhaustifs ni retrouvés chez tous les patients qui présentent chacun des tableaux cliniques différents, mais constituent tout de même un panel assez représentatif de ce qui a été trouvé dans les diverses études sur le sujet et de ce que l'on peut observer dans la pratique.

2) Les troubles des fonctions exécutives

La maladie d'Alzheimer entraîne aussi des troubles de l'attention, visuo-spatiaux et des fonctions intellectuelles supérieures caractérisés par des troubles du jugement, du raisonnement et des fonctions exécutives.

Les fonctions exécutives permettent de planifier, débiter puis mener à bien une action déterminée par un but. Ce sont des fonctions complexes qui sous tendent toute l'activité sociale, professionnelle de l'individu et donc son autonomie.

Un déficit des fonctions exécutives peut apparaître précocement dans la DTA. Ce trouble se caractérise par une incapacité à gérer les situations qui requièrent un partage des ressources attentionnelles entre plusieurs tâches. Ce déficit est lié à l'atteinte de l'administrateur central dans la maladie d'Alzheimer.

Les troubles des fonctions exécutives et de l'attention se caractérisent par : une difficulté à organiser et manipuler plusieurs informations, des difficultés à programmer un comportement pour réaliser une action, des difficultés à trier différents stimuli perçus simultanément, des troubles des mécanismes opératoires, des difficultés de classement catégoriel.

Un déficit d'inhibition a aussi été mis en évidence dans la DTA, il peut être relié à une labilité de l'attention.

Les fonctions exécutives peuvent être observées dans des épreuves de double tâche, de flexibilité mentale, d'inhibition des interférences...

Le trouble des fonctions exécutives est lié à une atteinte du lobe frontal ce qui pourrait expliquer l'anosognosie observée chez certains patients atteints de DTA. En effet, A Michon et al et MC Nargeot et al ont montré une corrélation étroite entre le score d'anosognosie et le score frontal chez des patients atteints de DTA (cité par 41).

3) Les troubles du langage et de la communication

Il a été décrit que les troubles du langage ressembleraient tout d'abord à l'aphasie anomique et à l'aphasie transcorticale sensorielle, puis à l'aphasie de Wernicke et enfin, à l'aphasie globale. Cependant, les troubles du langage du patient Alzheimer diffèrent en de nombreux points avec l'aphasie classique. Certains auteurs discutent d'ailleurs de l'emploi du terme aphasie pour décrire les désordres linguistiques présents dans la DTA (36).

Les troubles du langage et de la communication sont très présents dans la maladie d'Alzheimer et ce à tous les stades d'évolution. Selon S Podagar et RS Williams, l'atteinte linguistique peut même être le premier symptôme de la maladie (cité par 36). Certains auteurs comme AW Kazniac et al ou encore AL Holland et al ont suggéré que l'atteinte linguistique précoce serait en lien avec une progression plus rapide de la DTA (cité par 36). Ces patients présenteraient d'ailleurs des déficits en dénomination plus importants d'après Boller et al (1991) (cité par 36).

Aux premiers stades de la maladie, on note surtout un débit plus lent dû à une difficulté à enchaîner les idées, des persévérations et un manque du mot (le patient a tendance à employer des périphrases, surtout pour remplacer les noms) (36). Le patient a également du mal à rester dans le thème de la conversation et peut avoir tendance à tout personnaliser au lieu d'énoncer des faits objectifs. La lecture à haute voix est préservée mais la production écrite présente des similarités avec une dysgraphie de surface. La compréhension orale est globalement préservée sauf pour les mots abstraits et pour la compréhension d'énoncés longs et complexes. La compréhension écrite est quant à elle légèrement touchée (36).

Au degré d'atteinte moyen, d'après BE Murdoch (cité par 36), des troubles plus marqués de la compréhension orale et écrite apparaissent mais la lecture à haute voix et l'articulation sont globalement préservées. Le langage oral présente de nombreuses persévérations de syllabes, mots ou thèmes et B Hier (cité par 36) note de nombreuses palilalies c'est-à-dire de répétitions spontanées d'un ou plusieurs mots. Les paraphasies deviennent également plus fréquentes et s'éloignent de plus en plus du mot juste. La cohérence et la cohésion du discours commencent à être atteintes et le stock lexical se réduit. Le patient est généralement totalement anosognosique et ne se rend pas compte de ses difficultés de communication ce qui ne facilite pas la compréhension du locuteur déjà perturbée par une déviation quasi systématique du sujet de la conversation (36).

Au stade sévère, tous les troubles précédemment évoqués s'aggravent et le patient s'installe généralement dans un mutisme ou dans une production quasiment limitée aux palilalies et à l'écholalie. Cependant KA Bayles et AW Kazniak (cité par 36) ont prouvé que certains patients avaient

encore la capacité de produire un discours syntaxiquement et phonologiquement correct bien que celui-ci n'ait aucun sens. Certains patients utilisent quelques moyens non verbaux pour se faire comprendre comme des gestes de la main ou des mimiques.

Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer sont loin d'être uniformes. Il apparaît que jusqu'à un stade avancé de la maladie, certaines composantes du langage comme la phonologie, la syntaxe et la morphologie sont globalement préservées alors que le versant léxico-sémantique et pragmatique est largement déficitaire.

Certains facteurs influent sur les capacités de communication. D'après les études menées par T Rousseau (36) on note que **plus le degré d'atteinte cognitive est important, plus les capacités de communication s'en trouvent diminuées**. En effet, l'atteinte cognitive entraîne une perte de l'appétence à la communication, une diminution des actes communicationnels adéquats, une augmentation des actes inadéquats et une modification de la qualité des actes de langage émis allant vers la simplification. De même, plus le patient est âgé ou plus son niveau socioculturel est bas, plus ses capacités communicationnelles sont basses et ce quel que soit son sexe. A degré d'atteinte égale, il semblerait que les patients placés en institution perdent plus facilement leur faculté à communiquer. Ceci pourrait s'expliquer par le stress et le sentiment d'abandon généré par le placement en institution.

Pour obtenir ces résultats, T Rousseau (36) a créé et utilisé une grille de communication : la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de Communication des patients atteints de DTA). Cette grille a été utilisée pour chaque patient, dans trois situations différentes : un entretien dirigé concernant le patient lui-même, une tâche d'échange d'information à l'aide d'un support imagé et une discussion libre concernant le ressenti du patient sur les épreuves qui venaient de lui être proposées. La GECCO analyse la communication verbale et non verbale à la fois quantitativement (nombre d'actes de langage et durée de ceux-ci) et qualitativement (classification des actes de langages selon leur nature et leur adéquation ou non au discours. Le type d'inadéquation est aussi renseigné.).

4) Les troubles du comportement et de l'humeur

Il existe de nombreux troubles du comportement et de l'humeur dans la DTA. Ils sont variables d'un individu à l'autre.

L'apathie est très fréquente dans la DTA (70% des cas (28)) et a un grand retentissement sur la vie du patient et sur son entourage. C'est une diminution ou une perte des intérêts, des affects et de la motivation.

De plus, de nombreux patients atteints de DTA sont dépressifs (30 à 60% des cas) et /ou anxieux (40 à 60% des cas) (28). La dépression peut être, au début, en rapport avec la prise de conscience du patient de ses difficultés et de la détérioration de ses capacités. Cependant, le patient devient, dans la plupart des cas, rapidement anosognosique. La dépression et l'anxiété sont aussi en lien avec la détérioration de certaines zones cérébrales.

L'agitation est une activité verbale, vocale ou motrice non justifiée par les besoins du patient ou par les troubles cognitifs eux-mêmes, mais qui exprime souvent un mal être que le patient ne peut, ne sait, exprimer autrement. Elle est présente dans 50 à 60% des cas (28). Les fugues et la déambulation sont notamment fréquentes.

L'agressivité est aussi très fréquente, souvent parce que le patient anosognosique ne comprend pas ce qui lui est imposé ou demandé. L'agressivité est souvent verbale, très rarement physique.

Des idées délirantes (20 à 40% des cas) et des hallucinations (10 à 30% des cas) peuvent aussi apparaître au détour de la maladie (28). Le syndrome de Capgras (négarion de l'identité d'une personne de l'entourage du patient) est assez fréquent dans la DTA. Le patient pense aussi fréquemment que certaines personnes décédées sont encore en vie et revit parfois des épisodes de son passé.

Enfin, nous pouvons citer, de façon non exhaustive, les troubles des conduites alimentaires, sexuelles, des troubles du sommeil...

Tous ces comportements et humeurs pathologiques sont très handicapants pour le patient mais aussi pour son entourage et sont l'une des causes principales du placement en institution spécialisée.

Pour évaluer toutes ces dimensions comportementales (apathie, anxiété, dépression, hallucinations, idées délirantes, agitation, euphorie, désinhibition, irritabilité, comportement moteur aberrant, trouble du sommeil et de l'appétit) nous disposons d'un outil d'évaluation : le NPI (Neuropsychiatric Inventory). Ce test propose une double évaluation : l'interrogatoire du patient concerné et celui de son accompagnant. Un score de fréquence est multiplié par un score de gravité pour chaque comportement, permettant ainsi une analyse quantitative et qualitative.

II) Apathie et Communication

A) L'apathie

1) Définition générale

Si l'on se réfère au Larousse l'apathie est « l'état, le caractère d'une personne apathique, c'est-à-dire, qui fait preuve d'un manque de réaction, de volonté, d'énergie ; qui est indolent, passif » (31).

Etymologiquement, le mot apathie vient de « *patheia* » qui signifie la passion, ce que l'on éprouve ; précédé du « a » privatif, le mot apathie renvoie à une absence d'émotions, une impassibilité.

Au XIXème siècle, la littérature psychologique introduit le terme d'apathie pour désigner une volonté défaillante.

En médecine, ce terme a longtemps été employé pour évoquer un symptôme se traduisant par un déficit des émotions et des intérêts, un état d'indifférence ou d'émoussement affectif (42).

Dans les années quatre-vingt-dix, RS Marin (12) définit le concept scientifique de l'apathie comme un syndrome à part entière visible chez des sujets normaux ou atteints de maladies psychiatriques, d'affections organiques cérébrales...

Le DSM IV, quant à lui, ne définit l'apathie qu'en tant que symptôme, le syndrome apathique n'apparaissant pas (33).

2) Le concept apathique de Marin

Pour RS Marin (12), l'apathie se caractérise essentiellement par un manque de motivation. L'apathie avait précédemment été définie par un manque d'intérêts et d'émotions. Cependant, il apparaît qu'elle n'inclut pas seulement une perturbation des intérêts et des émotions mais une variété d'autres traits psychologiques qui, selon l'auteur, peuvent être inclus et regroupés dans une perturbation de la motivation.

Le syndrome apathique est alors défini comme une absence primaire de motivation, non attribuable à une perturbation de l'intellect, de l'émotion ou du niveau de conscience. Si la perte de motivation est attribuable à une de ces perturbations, l'apathie est considérée comme un symptôme, ou absence secondaire de motivation. Le syndrome apathique renvoie, quant à lui, à une absence primaire de motivation. RS Marin (12) propose en 1991, ses critères diagnostiques pour le syndrome apathique (cf. annexe 2).

En partant de cette définition, il devient important de mieux cerner le concept de motivation. Selon le grand dictionnaire de la psychologie Larousse, le terme de motivation désigne « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien, et de la cessation d'activité d'un comportement, ainsi que la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce ce comportement ». La qualité de la motivation chez un individu est donc essentielle à son bon fonctionnement et pour sa qualité de vie.

RS Marin (12) a décrit son concept grâce à trois composantes essentielles, dont l'altération entre en jeu dans le processus de perte de la motivation :

-Les activités cognitives intentionnelles (les intérêts) : les intérêts sont primordiaux dans les processus d'initiation et de réalisation des comportements dirigés vers un but ; Ils sont fondamentaux pour rester en relation avec le monde, pour continuer d'apprendre, de s'intéresser à de nouvelles expériences... Une diminution des intérêts, comme c'est le cas dans le syndrome apathique, entraîne une diminution de l'implication dans le monde qui nous entoure et surtout une baisse de la socialisation.

-Le comportement intentionnel (les activités finalisées) : les activités, les actions nécessitent une initiation, un maintien permettant leur réalisation pour atteindre le but final. Chaque étape de cette réalisation, est contrecarrée par l'apathie ce qui demande pour chaque action un effort considérable très difficile, voire impossible à réaliser par une personne apathique. Cette difficulté à produire une activité, entraîne une perte d'autonomie et une dépendance aux autres.

-Les aspects émotionnels du comportement intentionnel (les émotions) : Marin pense que l'apathie est définie par la présence d'une diminution de la réactivité émotionnelle aux évènements reliés à des buts. Un patient apathique peut alors présenter un émoussement affectif mais aussi un sentiment de joie inapproprié montrant ainsi, une atténuation de la réactivité émotionnelle face aux évènements.

B) La communication

1) Définition générale

D'après le dictionnaire d'orthophonie la communication est « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu » (26).

R Jakobson (cité par 38) a créé un schéma de la communication. Pour lui, dans toute situation de communication il est possible d'identifier un destinataire (émetteur), un destinataire (récepteur) et un message rendu possible par l'existence d'un code, d'un canal et d'un contexte.

Toute communication n'est pas langage. En effet, dans les systèmes de communication animale les signaux émis ne peuvent pas s'articuler. La théorie de la double articulation de A Martinet ne peut exister car il n'y a pas, dans ce type de communication, de phonèmes et de monèmes. En fait, le langage propre à l'homme, se distingue de la communication animale par cinq critères (26) :

- la sémantique : les signes du langage verbal ou non verbal ont une signification
- l'interchangeabilité : un signe peut être remplacé par un autre de même signification
- le déplacement : un signe linguistique peut représenter des objets non présents
- l'ouverture : un signe linguistique peut revêtir une autre signification que sa signification habituelle dans certaines situations
- la prévarication : la non-utilisation du signe peut aussi être signifiante comme ne pas serrer la main à quelqu'un qui nous la tend par exemple.

Trois types de communication peuvent être relevés : la communication gestuelle (la langue des signes par exemple), la communication verbale (orale et écrite) et la communication non verbale.

Lors d'une interaction verbale entre deux interlocuteurs, on peut généralement distinguer des éléments verbaux et des éléments non verbaux. En effet, le message est composé de morphèmes et de phonèmes mais, il est aussi caractérisé par l'intonation, les accents phonétiques et d'intensité. Tout ceci relève de la communication verbale. A cette communication, va s'ajouter des éléments non verbaux qui vont compléter le message verbal à savoir les gestes, les mimiques...

La communication non-verbale est « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrit, LSF...)».

Cette définition commence donc par une exclusion. En effet, elle exclut le système linguistique humain, le verbal mais attention la communication non-verbale peut être sonore.

On applique, en fait, le terme de communication non-verbale à des postures, des gestes, des orientations corporelles, des organisations d'objets, des singularités somatiques, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise.

Le regard, partie importante de la communication non-verbale, tient un rôle essentiel de régulateur dans la conversation. Le locuteur a besoin du regard de l'interlocuteur ; il met ainsi en œuvre des techniques pour le provoquer. Le regard est utilisé aussi pour marquer l'engagement et le désengagement, et ainsi permettre la suspension ou la reprise de la conversation.

Les mimiques sont aussi à prendre en compte lorsque l'on parle de communication non-verbale. Il s'agit d'un changement dans le visage, perceptible visuellement, dû à l'activation, volontaire ou non, de l'un ou de plusieurs des 44 muscles du visage. La mimique est partie intégrante de la communication : son interprétation ne peut se faire que dans sa relation au contexte du message. La mimique faciale caractérisera l'état d'esprit du locuteur et de l'interlocuteur, et pourra traduire dix émotions primaires (joie, intérêt, surprise, colère, peur, dégoût, honte, tristesse, culpabilité et mépris).

2) La théorie de la communication de l'école de Palo Alto

L'école de Palo Alto, petite ville proche de San Francisco regroupe des scientifiques de plusieurs disciplines (sociologues, anthropologues, linguistes...). Selon eux « la communication est conçue comme un système à canaux multiples auquel l'individu, en tant qu'acteur social, participe à tout instant, consciemment ou non ».

Cette école part du principe que **l'on ne peut pas ne pas communiquer**. Dans une interaction, tout comportement est message, c'est-à-dire qu'il est une forme de communication. La présence ou l'absence d'un comportement est toujours une façon de communiquer.

Les adeptes de cette théorie, distinguent deux niveaux de communication : le niveau verbal ou digital caractérisé par le contenu du message et le niveau non verbal ou analogique qui est constitué de tout ce qui est communicable et la manière dont on doit entendre ce message. La communication

non verbale donne alors des informations sur la communication verbale en la qualifiant, en la validant ou, au contraire, en ne la confirmant pas. La cohérence entre ces deux niveaux de communication est fondamentale pour que le message émis soit clair et compréhensible. Lorsque cette cohérence est présente on parle alors de « communication congruente » (45).

C) L'apathie dans la maladie d'Alzheimer

1) Apathie et troubles du comportement

La maladie d'Alzheimer implique des troubles complexes des affects et des comportements. Ces troubles sont une des manifestations majeures de la maladie, ils affectent profondément les personnes qui en souffrent et leur entourage. Ils sont, comme nous l'avons déjà signifié, la principale raison déclenchant le placement en institution.

Parmi ces troubles comportementaux, l'apathie est un des plus fréquents chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (28). Il est cependant, délicat de donner une fréquence de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer tant les études sur le sujet ont donné des résultats différents. Elle affecte grandement la vie des malades car elle diminue la socialisation et l'autonomie, augmente la dépendance du patient à son entourage. En effet, même lorsque le patient est encore capable d'effectuer des actions, des gestes, il n'en ressent pas la motivation et se repose donc sur son entourage pour le faire à sa place.

2) Apathie et communication

Dans son ouvrage « Communication et Maladie d'Alzheimer », T Rousseau (36) explique que la maladie d'Alzheimer atteint l'homme dans ce qui fait l'homme c'est-à-dire ses fonctions intellectuelles, son comportement et ses facultés de communication.

L'apathie qui affecte « *la prise de conscience de soi au monde* » entraîne des défenses contre l'intrusion et aboutit à une auto exclusion. Le malade est contraint d' « *être là, sans plus* » (36).

Le patient, encouragé par sa baisse motivationnelle, va se replier sur lui-même, ne plus s'intéresser et prendre conscience de son environnement et des gens qui l'entourent. L'apathie conduit donc à une baisse majeure de la communication car l'envie, la motivation de parler, de partager avec les autres n'existent plus ou peu.

T Rousseau, à travers l'évolution de la communication du malade, évoque le cheminement du patient « *vers la mort psychique* ». Le retrait du monde du patient est explicité par Rousseau à travers cette phrase : « *quand il n'est plus possible de bien dire, quand vient la lassitude de ne pas être entendu, alors, on laisse s'installer le grand silence* ». En effet, T Rousseau met en évidence la dégradation de l'individu et la prise de conscience de cette dégradation par le patient au début de la maladie et plus tard à travers des « *éclaircs terrifiants de lucidité trouant l'opacité du quotidien* ». La sensation de dégradation et de rejet de la part des autres va générer chez le patient une angoisse qui pourra être responsable de la mise en place d'un certain nombre de comportements de défense. L'auteur considère donc que de multiples influences entrent en jeu dans l'évolution de la maladie, qui ne sont pas toutes liées à l'atteinte organique. Ceci est important car il apparaît alors possible d'intervenir sur certains facteurs pour maintenir certaines aptitudes (36).

3) L'apathie : un symptôme prodromique

L'apathie apparaîtrait fréquemment avant les troubles de la mémoire. Elle serait alors un symptôme prodromique et pourrait avoir une valeur heuristique (42). **L'apathie s'installe précocement mais n'est pas facilement décelée par le patient et son entourage alors qu'elle pourrait faciliter le diagnostic clinique.**

S Balsis, BD Carpenter et M Storandt (3) ont montré que les changements de personnalité précédaient le diagnostic clinique. Les changements de personnalité apparaissant le plus tôt dans le processus pathologique étaient une hausse de la rigidité, une apathie grandissante, une augmentation de l'égoцентриté et une altération du contrôle émotionnel.

V Smith-Gamble et al (cité par 42) ont démontré que des changements de personnalité remarquables chez des personnes non diagnostiquées, pouvaient prédire l'état de démence au cours des deux années suivantes.

L'apathie devrait donc être considérée comme un élément diagnostique de la maladie d'Alzheimer. Il est donc important de l'étudier, de l'évaluer car elle pourrait permettre un diagnostic plus précoce

de la DTA. Il est aussi important de la prendre en compte dans la prise en charge puisque c'est un trouble majeur, précoce et qui retentit négativement sur la vie des patients et de leur entourage.

D) Impact de l'apathie chez les patients Alzheimer

1) Sur le patient

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'apathie favorise la perte d'autonomie des patients et accentue donc leur dépendance vis-à-vis de leur entourage. La perte de motivation fait que le malade n'initie plus les activités et ce même s'il est encore capable de le faire ; il n'en ressent plus l'envie ni le besoin. L'apathie influe sur le fonctionnement du patient et sur ses activités les plus simples et ce même si ses capacités ne sont pas totalement atteintes.

En effet, d'après une étude menée par DP Devanand et al et S Freels et al (cité par 42), les patients apathiques sont plus atteints que les patients non apathiques dans leurs capacités à accomplir des activités basiques de la vie quotidienne telles que se déplacer, manger, s'habiller, aller aux toilettes, se laver...

L'apathie entraîne une baisse des réactions émotionnelles, une réduction des activités et des intérêts. Le patient peut, de ce fait, s'isoler de plus en plus, se replier sur lui-même et avoir de plus en plus de mal à exprimer ses difficultés et même à s'en rendre compte.

L'apathie, de par sa définition, n'implique pas de réelles souffrances du patient notamment à cause de la diminution des affects, des émotions. Cependant, en début de maladie, lorsque le patient n'est pas encore totalement anosognosique, il peut se rendre compte de ses difficultés, de son changement de comportement, et cela peut être très difficile pour lui. En effet, bien que conscient de ses changements de comportement, il ne peut pas réagir, ne retrouve aucune motivation pour y remédier.

Il est tout de même délicat de parler de ce que vit un patient apathique de l'intérieur puisque, par définition, il n'exprime pas de réelle plainte et ses émotions sont perturbées. Néanmoins, un cas de patiente ayant vécu un épisode apathique est recensé dans la littérature. Il s'agit d'une patiente de A Damasio et GW VanHoesen (12) ayant subi un infarctus au niveau cérébral. Lorsqu'elle récupéra de

ses troubles et qu'elle put à nouveau s'exprimer, elle rapporta ce qu'elle avait vécu : « *Je n'avais rien à dire* », « *Rien n'avait d'importance* », « *Mon esprit était vide* ». Elle était apparemment capable de suivre les conversations mais n'avait aucune envie, aucune volonté de répondre aux questions qui lui étaient posées.

Cependant, il faut rester prudent et ne pas généraliser ce que peut ressentir chaque patient puisque chacun est différent et l'état d'un même patient peut être très variable d'un moment à l'autre de la journée. Chaque individu est un cas particulier.

2) Sur l'entourage

La maladie d'Alzheimer est probablement la pathologie qui affecte le plus les familles. Celles-ci deviennent les « *victimes cachées* » de la maladie. En effet, la dégradation progressive, la perte des capacités, entraînent de nombreux changements de comportement du patient qui affectent la vie familiale. Les conséquences négatives de la maladie se répercutent sur plusieurs dimensions de la vie telles que : les activités quotidiennes, les activités sociales et professionnelles, les loisirs, les revenus, la qualité des relations familiales, l'état psychologique et l'état de santé (42).

De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, le patient apathique se repose de plus en plus sur son entourage n'initiant aucune activité même celles qu'il serait capable de réaliser. L'entourage voit donc sa charge de travail augmenter considérablement.

L'entourage comprend souvent mal le manque de motivation des patients et peut interpréter cela comme une conduite opposante ce qui peut entraîner des conflits familiaux fréquents. En effet, il est déjà difficile de voir son proche perdre petit à petit ses capacités et cela le devient encore plus quand on a l'impression que le malade ne lutte pas, est indifférent à ce qui lui arrive, se replie sur lui-même et devient peu à peu insensible. Il est aisé de concevoir la difficulté des familles à comprendre ce comportement, à l'inclure dans le processus pathologique.

Il a été montré par Greene et al et D Kaufer, JL Cummings et al (cité par 42), que l'entourage des patients Alzheimer apathiques se plaint régulièrement de leurs difficultés à s'occuper. Il est aussi rapporté que les proches ont parfois du mal à supporter les malades et les voient comme un fardeau qui accentue leur état de stress et de fatigue.

La difficulté à accepter la maladie génère aussi un sentiment de culpabilité et un sentiment d'impuissance chez les proches qui ne savent pas comment aider le patient et qui se retrouvent confrontés à leurs propres limites émotionnelles.

Certains auteurs comme JP Teusink et S Malher, ont comparé les réactions des familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à celles des familles confrontées au deuil. Cependant, comme le soulignent L Lévesque, C Roux et S Lauzon (32), la maladie d'Alzheimer par son caractère dégénératif vient compliquer le travail de deuil d'une famille qui doit composer avec un individu qui est toujours là mais qui n'est plus le même. Ceci amène un « *deuil incomplet* » (LR Kapust 1982) ou un « *veuvage émotif* » (La Barge 1981) (42).

3) Sur les relations

La maladie d'Alzheimer va, peu à peu, changer la personnalité du patient, agir sur ses comportements. L'entourage va aussi changer ses habitudes, ses réactions et tout le fonctionnement familial, social va être bouleversé. Les interactions vont changer, se modifier au fil du temps.

L'apathie va aussi retentir sur l'envie du patient de communiquer, de rencontrer d'autres personnes, de discuter... En effet, le patient apathique aura tendance à se replier sur lui-même, à ne plus prendre conscience du monde qui l'entoure et donc des personnes qui gravitent autour de lui.

Petit à petit, la communication diminue. Parler avec le malade devient de plus en plus difficile pour l'entourage qui ne sait plus comment l'intéresser, quels thèmes aborder, comment lui redonner l'envie d'initier un dialogue...

Les habitudes sociales du patient (sorties au cinéma, au restaurant, au supermarché, appartenance à un club, une association...) changent aussi puisque le patient perd ses capacités ce qui peut l'empêcher d'effectuer certaines sorties, activités qu'il faisait auparavant.

Toutes les interactions se modifient et s'appauvrissent, les comportements du malade et de son entourage changent. Toutes ces modifications peuvent être difficiles à gérer autant pour le patient que pour l'entourage qui doit faire face à une éternelle adaptation au fil des jours.

E) Intérêts de la prise en charge de l'apathie

Plusieurs raisons justifient la prise en charge de l'apathie dont certaines, déjà évoquées précédemment que nous allons reprendre dans ce chapitre.

Tout d'abord, il faut à nouveau souligner la souffrance de l'entourage face à cette dimension de la maladie. Pour A Vespa, G Gori et L Spazzafumo (18), les difficultés comportementales que l'entourage doit gérer associées au déclin cognitif du malade doivent induire le développement des interventions qui cherchent à résoudre ces problèmes. Parmi les nombreux troubles présents dans la maladie d'Alzheimer, l'apathie est un problème majeur pour l'entourage car elle complique la compréhension de la maladie et les relations entre le malade et ses proches. Il apparaît évident qu'une aide extérieure pourrait être bénéfique pour le malade et l'entourage. En effet, elle apporterait des explications sur ce comportement et des conseils pour mieux la gérer au quotidien. L'information et l'éducation de l'entourage semblent fondamentales pour l'évolution du malade dans son milieu de vie et pour le soutien aux proches.

De plus, l'apathie précipite la perte d'autonomie du fait de la baisse motivationnelle qu'elle engendre et cela, même si les capacités du patient à effectuer certaines activités de la vie quotidienne sont encore préservées. La ralentir permettrait donc d'alléger la charge de travail de l'entourage mais aussi de préserver la possibilité pour les malades, de vivre à leur domicile.

Dans leur ouvrage, L Levesque, C Roux et S Lauzon (32) insistent sur le fait que les lésions cérébrales ne sont pas les seules responsables des changements comportementaux présents dans la maladie d'Alzheimer. D'autres auteurs comme T Rousseau (36), rejoignent cet avis. En effet, il semblerait que les changements de comportement seraient aussi dus à la façon dont les malades s'adaptent et réagissent aux conséquences de leur maladie. Les symptômes comportementaux pourraient répondre à un certain nombre d'interventions comportementales, environnementales et psychosociales qui amélioreraient la qualité de vie des proches et du patient lui-même. D'ailleurs, selon L Levesque, C Roux et S Lauzon (32), « *avant d'en arriver au dernier stade de la démence, il est possible de réduire l'apathie en intervenant sur les facteurs non organiques qui en sont la cause, et qui sont modifiables* ».

Les changements comportementaux impliquent des interactions complexes entre le malade et ses proches. D'après plusieurs études menées par M Ylieff et AM Gyselynk-Mambourg, N Orr et S Zarrit (cités par 42), la qualité des interactions entre le patient et son entourage aurait une grande influence sur les comportements des malades provoquant ainsi des améliorations ou des aggravations. Il semble donc important d'agir sur ces interactions, sur le milieu de vie du patient pour améliorer le comportement du malade et agir sur l'apathie.

Comme nous l'avons déjà précédemment évoqué, l'apathie influe négativement sur le désir de communication du patient. Lutter contre l'apathie revient donc à maintenir le malade dans le monde qui l'entoure, à continuer de s'intéresser à ce qui se passe autour de lui et à favoriser une communication avec les autres. Lutter contre l'apathie c'est empêcher le patient de se renfermer sur lui-même et d'attendre la fin.

Il est important de comprendre que ce n'est pas parce qu'une personne est démente et atteinte d'une maladie dégénérative que plus aucune thérapeutique ne pourra porter ses fruits. L Levesque, C Roux et S Lauzon (32) ont choisi le terme d'« *activisme thérapeutique* » pour signifier qu'il est toujours possible d'agir auprès de ces personnes. Pour les auteurs, « *des actions stimulantes et réconfortantes qui vont plus loin que les simples soins d'entretien, d'accompagnement et de surveillance* » peuvent être mises en place tout au long de la maladie. Il est néanmoins, important que des objectifs réalistes soient mis en place : ni trop élevés car ils auraient un effet néfaste sur l'estime de soi du patient, ni trop bas car ils l'infantiliseraient et ne proposeraient pas de stimulations adaptées et efficaces. Attention cependant à bien comprendre ce terme d'« *activisme thérapeutique* » dans l'optique développée par L Levesque, C Roux et S Lauzon (32) et non pas dans son sens commun qui signifie la recherche de l'efficacité, parfois par des actions violentes, qui serait évidemment contraire à toute thérapie.

F) Prise en charge orthophonique de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer

Dans la littérature scientifique, il existe peu de publications ou d'ouvrages qui traitent de la prise en charge de l'apathie. Pourtant, il semble évident que la prise en charge de l'apathie est un des enjeux majeur de la thérapie puisque ses répercussions sur la vie du malade et de son entourage sont importantes. Nous avons choisi de décrire trois processus d'intervention existants pouvant s'adapter à la prise en charge de l'apathie. Ces processus sont empruntés à la psychologie mais pourront être utiles à toute personne intervenant auprès du patient. Ces processus d'intervention sont tirés de l'ouvrage de Levesque, Roux et Lauzon (32) auquel nous renvoyons le lecteur pour de plus amples informations.

1) L'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle s'inscrit dans le cadre des thérapies comportementales. Elle vise à comprendre un comportement et à saisir pourquoi il survient. Une enquête précise est menée pour rechercher les relations qui existent entre le comportement d'une personne et les conséquences et les antécédents de ce comportement. Cette enquête comporte trois questions et donc trois étapes :

- Description du comportement : qu'est-ce qui se passe ?
- Examen des antécédents : dans quelles circonstances cela se passe ?
- Examen des conséquences : quelles en sont les conséquences ?

La première étape consiste à décrire de façon détaillée le comportement d'un malade. Cette description comprend la topographie, la fréquence, l'intensité et la durée de ce comportement. Les émotions, les capacités du patient qui transparaissent à travers ce comportement sont aussi renseignées. Ces données seront utilisées comme compte rendu pour les personnes s'occupant du patient et comme base pour évaluer, après un certain temps, l'efficacité de la prise en charge. L'observation du comportement est effectuée pendant cinq jours et si possible par plusieurs intervenants pour avoir un compte rendu plus objectif et plus riche.

L'examen des antécédents vise à associer certains facteurs au déclenchement du comportement étudié et à fournir des hypothèses pouvant expliquer son développement et son maintien. Il y a deux types de facteurs pour les antécédents :

- les facteurs environnementaux qui font référence aux circonstances d'apparition ou de maintien du comportement. Elles peuvent être liées à l'environnement physique et/ou social.

- les facteurs individuels qui peuvent être organiques ou psychosociaux (données biographiques du malade et son état psychologique au moment de l'apparition du comportement).

La troisième étape consiste à reconnaître les effets que peut entraîner ce comportement aussi bien pour le malade que pour l'entourage présent. En effet, certaines conséquences peuvent renforcer le comportement pathologique voire en créer d'autres.

Ainsi, comme l'a décrit M Ylieff (cité par 32), l'analyse fonctionnelle du comportement permet d'avoir « une vision claire et précise de ce que le patient fait encore et de ce qu'il ne fait plus. Ses exécutions sont caractérisées, les événements perturbateurs ou facilitants de l'environnement sont identifiés, le rôle des variables organiques est déterminé, et les conséquences renforçantes au niveau de l'entourage et du malade lui-même sont précisées. On peut alors retenir les cibles de l'action réadaptative, poser des hypothèses explicatives, et élaborer des stratégies individualisées ».

2) Le processus de résolution des problèmes

Cette méthode consiste à résoudre un problème de vie courante à l'aide de solutions pratiques et adaptées. S Zarit, N Orr et M Zarit (cité par 32) ont montré que cette méthode pouvait aussi être utilisée pour lutter contre les comportements dysfonctionnels dans la DTA. Dans le cadre de la DTA, cette méthode comporte, pour ces auteurs, deux buts précis :

- aider les soignants à trouver des solutions adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

- éviter de percevoir de façon trop rigide l'évolution de la maladie et d'associer trop directement certains symptômes à des stades de développement précis.

S Zarit, N Orr et M Zarit présentent six étapes (32) :

-la définition du problème qui, comme dans l'analyse fonctionnelle, consiste à décrire un comportement, ses antécédents et ses conséquences.

-le remue-méninges qui vise à dresser une liste de toutes les solutions envisageables pour modifier le comportement dysfonctionnel

-le choix d'une solution

-l'anticipation de la solution qui permet de réfléchir à la mise en place de cette solution, aux possibles difficultés rencontrées et à leur remédiation.

-l'application de la solution

-l'évaluation du résultat qui consiste à évaluer les effets sur le comportement du malade, sur sa fréquence, sa durée, son intensité, les réactions de l'entourage...

A noter que ce processus peut être utilisé seul ou en complément de l'analyse fonctionnelle.

3) Le processus des cinq R

Ce processus a été proposé par R Mace qui avait remarqué que les membres du personnel hospitalier s'occupant de personnes démentes, recourraient toujours aux mêmes procédés pour répondre aux comportements dysfonctionnels du patient (32). Mace propose cinq styles d'intervention (les cinq R) pour répondre aux comportements dysfonctionnels du patient : Réévaluer, Reconsidérer, Réorienter, Rediriger et Rassurer.

Réévaluer consiste à reconsidérer l'état général du patient lors de l'apparition d'un nouveau comportement sans croire d'office qu'il est dû à l'aggravation des lésions cérébrales.

Reconsidérer est nécessaire si l'étape précédente n'a pas porté ses fruits. Il faudra se demander si c'est le comportement du malade que l'on doit essayer de changer ou la réaction de l'entourage qui peut venir aggraver et maintenir le comportement dysfonctionnel.

Réorienter vise à trouver un moyen de permettre la continuation du comportement tout en essayant de le rendre moins perturbateur.

Rediriger consiste à diriger l'attention du patient sur autre chose à la survenue du comportement dysfonctionnel.

Rassurer est une intervention à privilégier à tout moment car le patient atteint de DTA est souvent angoissé, perdu et ces sensations sont génératrices de comportements pathologiques.

G) Prise en charge orthophonique de la communication dans la maladie d'Alzheimer

Nous avons choisi d'exposer ici trois méthodes pouvant s'adapter à la prise en charge orthophonique de la communication dans la maladie d'Alzheimer. Nous exposerons les trois thérapies choisies par T Rousseau (36).

1) La thérapie comportementale

Cette pratique est surtout utilisée aux Etats-Unis et dans les pays anglo-saxons. Elle est inspirée des théories béhavioristes. Il s'agit de modifier l'environnement du malade pour modifier ses conduites pathologiques.

Cette thérapie comportementale interviendra au niveau de l'environnement ménager, les activités physiques et intellectuelles, les activités quotidiennes et la communication.

Pour cette dernière, il s'agira de favoriser la communication verbale et non verbale des patients Alzheimer. Il est alors conseillé de lui parler dans un environnement calme, sans distracteurs et de s'assurer qu'il n'a pas de déficit visuel ou auditif important. Le thérapeute (ou toute personne voulant communiquer avec le malade) devra parler lentement, laisser au patient le temps de répondre, éviter les situations d'échec, utiliser le langage non verbal...

Il est important de toujours considérer la personne atteinte de DTA comme un interlocuteur à part entière. En 1994, J Crisp, un chercheur australien dont la mère est atteinte de DTA donne quelques conseils (7) :

-oublier ce qui est faux et incohérent dans les propos du malade dans la situation présente et essayer de voir ce qui pourrait être adapté dans une autre situation.

-essayer de traduire les paraphrasies sémantiques en se demandant quels mots, quels thèmes sont souvent employés avec le « mauvais » mot pour essayer de décoder les propos du malade.

-se demander si ce que fait ou dit le malade prend un sens si on le rapproche d'éléments de son passé.

-écouter attentivement tout ce qui peut nous rapprocher du contexte auquel se rattachent les propos du patient et au besoin poser des questions simples pour nous aider à dégager le contexte.

-se dire qu'un personnage, lieu ou événement peut en fait être une combinaison de plusieurs.

-lors d'un récit à première vue bizarre ou incohérent, se demander ce qu'il peut signifier pour le patient, s'il est valorisant ou au contraire renvoie à de mauvais souvenirs, s'il est angoissant ou apaisant...

Dans son livre, T Rousseau (36) émet une réserve concernant cette approche comportementale. En effet, elle tend à considérer que tous les patients atteints de DTA souffrent d'une détérioration homogène et des mêmes déficits cognitifs et vont donc tous réagir de la même manière face aux changements environnementaux. Or, comme nous l'avons déjà évoqué, la maladie d'Alzheimer est différente pour tous les patients et très hétérogène.

2) La thérapie cognitive

Cette thérapie est principalement due à M Van Der Linden, Seron et al (cité par 36). Elle privilégie la nature des déficits cognitifs sous jacents aux troubles en prenant en considération l'aspect hétérogène de la DTA.

Son objectif est d'optimiser les performances du patient à tout moment de l'évolution de la maladie et de préserver au mieux les capacités restantes.

On pourra alors proposer des exercices aussi variés que la construction de phrases, la concaténation (élaboration d'une phrase à partir de 2 ou 3 mots imposés), trouver un mot à partir d'une définition

ou donner une définition pour un mot, compléter des expressions et/ou des proverbes, des exercices de compréhension de texte, de lecture, d'écriture...

3) La thérapie éco-systémique

Cette thérapie de la communication est en fait une thérapie globale et non pas une thérapie uniquement linguistique comme le serait une prise en charge de type aphasiologique. Selon T Rousseau (36) cette thérapie « va intervenir sur certains des facteurs qui influencent les capacités de communication des patients et va tenter d'optimiser certaines capacités de communication encore préservées ».

L'objectif principal d'une thérapie éco-systémique des troubles de la communication est de faire en sorte que le patient se sente encore comme étant un individu communiquant et ne se laisse pas trop vite « glisser » dans le silence. De plus, la perte des facultés de communication du patient peut entraîner des troubles psycho-comportementaux plus importants qui gênent considérablement le patient dans sa vie quotidienne.

L'objectif n'est pas d'améliorer l'état du malade mais de retarder, ralentir le processus de dégradation irréversible.

La thérapie éco-systémique des troubles de la communication vise à maintenir le plus longtemps possible les personnes atteintes de DTA dans leur environnement familial ou à améliorer la qualité de vie des personnes institutionnalisées en maintenant la communication et donc leur statut d'être humain.

D'après T Rousseau (36), les grands principes de la thérapie éco-systémique sont :

- proposer au malade des situations de communication et des thèmes de discussion où il sera le plus à l'aise
- faire en sorte qu'il puisse utiliser les actes de langage qu'il manipule encore
- se servir des actes qu'il peut encore utiliser pour tenter de lui faire utiliser d'autres actes avec lesquels il a plus de mal
- faire en sorte que le patient puisse s'appuyer sur le discours de son interlocuteur pour construire son propre discours

-utiliser des procédés facilitateurs

-favoriser la communication sous toutes ses formes

-ne pas tenter à tout prix de ramener le patient là où l'on se trouve mais plutôt essayer de le rejoindre là où il est.

Pour savoir quels sont les situations, les actes de langage facilitateurs pour le patient, Rousseau a créé une grille d'évaluation de la communication chez les personnes atteintes de DTA : la GECCO.

Tous les principes de cette thérapie cités précédemment sont à mettre en œuvre lors des thérapies individuelles ou de groupe mais doivent aussi être suivis par l'entourage du patient pour les aider à maintenir la communication avec lui.

Cette thérapie se fait donc à deux niveaux : le patient lui-même et son entourage. Il s'agit en fait d'une sorte de « thérapie comportementale personnalisée » : grâce à la grille, les difficultés propres au patient sont mises en évidence et l'on va pouvoir adapter son environnement en fonction de ces mêmes difficultés (36).

L'entourage pourra donc assister aux séances de thérapie pour bien assimiler les principes à suivre que le thérapeute étayera, en contexte, à travers des exemples. Le fonctionnement de la grille et ce qu'elle a mis en évidence sera également expliqué à l'entourage. Rousseau préconise de donner à l'entourage des « conseils », des « procédés facilitateurs » et des « principes d'aide à la communication » (36).

Les séances de thérapies seront axées plutôt sur de la thérapie cognitive tout en se basant encore sur les résultats de la grille. Il s'agira de proposer au patient des actes facilitateurs et d'introduire des actes plus difficiles pour le patient afin d'essayer de maintenir l'utilisation de la plupart des actes de langage.



III) La thérapie facilitée par l'animal (TFA)

A) Historique

1) L'animal à travers les âges

Depuis tout temps, l'animal a été présent dans le quotidien des hommes. Que ce soit dans l'imaginaire collectif ou pour leur valeur utilitaire, marchande, artistique ou religieuse, les animaux ont toujours occupé une grande place dans les sociétés humaines.

Pendant la préhistoire, domestiqués pour les besoins de l'Homme les animaux n'ont, principalement, qu'une valeur utilitaire. Ils servent de nourriture, de moyens de transport...

Ce n'est qu'à l'antiquité qu'ils vont acquérir le statut d'animaux de compagnie. C'est aussi durant cette période que l'on trouve trace de l'animal associé à des programmes thérapeutiques. L'histoire d'Asklepios, dieu grec de la guérison qui trouvait son pouvoir dans le fait que ses chiens sacrés guérissaient les malades en les léchant, en est un exemple.

Le moyen âge est quant à lui très imprégné de fables, de contes, de superstitions relatifs à l'animal. Les animaux vont même parfois jusqu'à se confondre avec l'homme en devenant héros de parodies et de satires de la société humaine.

La renaissance, par l'installation du rationalisme dans les mentalités, marque une coupure. L'animal n'occupe plus qu'une place secondaire renforcée par les théories de Descartes (1596-1650) qui considèrent que l'animal n'est qu'une machine car il est pour lui dénué de « substance pensante » c'est-à-dire de volonté, de sensibilité et de langage.

Au siècle des lumières, l'animal retrouve un statut grâce aux progrès de la recherche et des naturalistes et zoologues qui commencent à s'intéresser à son instinct et à son intelligence.

Le XXème siècle voit l'émergence des psychologies humaines et animales et d'une nouvelle science : l'éthologie. L'observation des comportements animaux et humains trouve son application dans l'étude des troubles mentaux, psychomoteurs, des relations affectives, des phénomènes

socioculturels... Ce sont les prémices de la zoothérapie. C'est K Lorenz (prix Nobel en 1963 pour ces travaux sur le sujet) qui fit mondialement connaître et reconnaître cette discipline. Il est notamment à l'origine des théories de l'inné et de l'acquis dans le comportement animal. En effet, au début de sa vie, un animal va s'identifier à un être vivant quel qu'il soit et aura tendance à le suivre et à l'imiter. C'est, d'après Lorenz, la nature et l'inné qui lui dit de suivre et d'imiter, et la culture qui lui dit qui suivre.

La charte universelle des droits de l'animal est proclamée le 15 octobre 1978 à la maison de l'UNESCO à Paris.

2) Les premières expériences de thérapie facilitée par l'animal

Les premières expériences dont on trouve trace remontent à 1792 en Grande Bretagne. Une institution pour malades mentaux, York Retreat, fondée par W Tuke applique une politique thérapeutique bien différente de tout ce que l'on trouvait à cette époque dans ce type d'établissement : on prend le temps de parler au patient, on le traite bien, on n'a pas recours aux châtiments corporels et pour essayer de briser davantage l'enfermement dans la folie, on enseigne aux malades comment prendre soin de petits animaux (lapins, poules...) afin de leur rendre un peu de confiance en eux (25).

Aux Etats-Unis, il semble qu'il ait fallu attendre la guerre de 39-45 pour que l'on s'intéresse à ce type d'expériences. Les pilotes blessés d'Air Force étaient accueillis à Pawling, dans l'état de New York, au centre de la Croix Rouge pour leur convalescence suite à une intervention chirurgicale. Certains revenaient de la guerre gravement blessés et handicapés. La direction avait choisi de faire appel à des chiens pour remonter le moral des soldats et accélérer leur guérison. Malheureusement, aucune étude à caractère médical ou scientifique n'a été réalisée et cette institution a fermé ses portes peu après la fin de la guerre (25).

C'est dans les années soixante qu'apparaissent les premières publications d'expériences et de recherches sur la TFA.

B Levinson est ce qu'on pourrait appeler, un pionnier en la matière. Psychiatre américain et psychologue pour enfant, B Levinson reçoit en 1964 dans son cabinet le petit Johnny. Ce dernier est amené en consultation par ses parents désespérés car Johnny ne communique avec personne et le placement en institution devient presque inévitable. Le jour de la consultation, Jingles le chien du Dr Levinson est exceptionnellement présent dans le cabinet. Le psychiatre va remarquer qu'au fil des

minutes les interactions entre l'enfant et l'animal s'intensifient et se multiplient. Il décide alors de renouveler l'expérience : lors des prochaines séances Jingles participera. Cette psychothérapie aidée par la présence du chien aboutira à une nette amélioration de l'état de Johnny qui évitera le placement en institution. Pour B Levinson, une nouvelle démarche est née : la psychothérapie infantile assistée par l'animal ou *Pet-Oriented Child Psychotherapy*. Levinson l'utilisera de manière plus systématique par la suite. Cette théorie s'appuie sur le fait que le jeu est pour l'enfant le meilleur moyen de communiquer. De plus, avant huit ans, l'enfant est encore marqué par l'animisme c'est-à-dire qu'il considère que l'animal raisonne de la même façon que lui, qu'il est son égal. B Levinson observe de la part des enfants, une identification partielle à l'animal. Contrairement à la réaction que les enfants peuvent avoir face à une peluche ou à une poupée, l'animal par sa qualité d'être vivant peut être considéré comme un égal qui comprend et vit les mêmes expériences que l'enfant. B Levinson a publié ses travaux en 1969 et 1972 dans les ouvrages *Pet-Oriented Child Psychothérapie* et *Pets and Human* (cité par 25). Il a par la suite élargi ses champs de recherche à d'autres domaines que l'enfance, ouvrant ainsi la voie à de nombreux chercheurs dans ce domaine.

En 1977, les psychiatres E et S Corson furent les premiers à développer les travaux de Levinson. Ils mirent en place un programme de TFA dans une unité psychiatrique à l'Université d'Etat de l'Ohio après avoir remarqué l'attraction des pensionnaires pour les chiens du chenil jouxtant l'institution. Dans ce programme cinquante patients non communicatifs, purent travailler quotidiennement avec un chien. Seulement trois patients se retirèrent du programme. Les quarante sept restants montrèrent une nette amélioration dans leur comportement. En effet, les chiens favorisèrent une ouverture sociale entre eux et les patients, tout d'abord, puis entre les patients et le personnel soignant. De plus, cette expérience montra une hausse de la confiance et l'estime de soi, un sentiment d'indépendance et de responsabilité du fait des soins dispensés aux animaux. A titre d'exemple, Sonny, un jeune homme de 19 ans montra de nettes améliorations suite au programme de TFA. En effet, le délai de réponse de Sonny aux questions du thérapeute lors de la première séance était en moyenne de 8,4 secondes lorsque les questions concernaient les personnes ou lui-même, alors qu'il était de 1,6 seconde lorsque les questions portaient sur le chien. Lors de la dernière séance, le délai de réponse était le même pour toutes les questions confirmant son mieux être social et psychologique. Des résultats similaires ont été montrés chez d'autres patients. Cependant, S et E Corson n'ont pas mis en place un groupe témoin ce qui peut constituer un biais méthodologique. Les Corson étendirent cette expérience à d'autres établissements comme, notamment, des maisons de retraite (25).

Les travaux de B Levinson trouvèrent aussi un écho en France en la personne d'A Condoret, vétérinaire. Il étudia la relation privilégiée qui pouvait se créer entre un enfant et son animal familier mais aussi le rôle de l'animal dans les écoles ou auprès d'handicapés mentaux. Pour ces derniers, il avait remarqué le rôle de déclencheur de communication de l'animal. En 1978 il créa l'IAMP (Intervention Animale Modulée Précoce) au service des enfants, construite à partir des découvertes en psychologie et éthologie humaine et animale dans le domaine des systèmes de communication du jeune enfant avant l'apparition du langage parlé. Des études ont montré que l'application de cette méthode avait favorisé l'émergence et l'utilisation des langages tactiles et gestuels chez des enfants atteints de troubles de la communication (25). C'est aussi lui qui fonde en 1977 l'AFIRAC (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie) qui fut ensuite présidée par le professeur H Montagner psychophysiologue et éthologue auteur d'ouvrages tels que *l'enfant et l'animal*. Depuis 2001, c'est D Vernay, neurologue au CHU de Clermont Ferrand qui préside l'AFIRAC. Il a aussi créé le GRETFA (Groupe de Recherche et d'Etude sur la Thérapie Facilitée par l'Animal)

En France, en 2003, l'Institut Français de Zoothérapie est créé par F Beiger. C'est un centre de formation et de recherche sur la zoothérapie (23).

B) Définitions et fondements théoriques

1) Définition de la thérapie facilitée par l'animal

Dans son manuel *Standards of Practice for Animal-Assisted and Animal-Assisted Therapy* (35), la Delta Society (grand institut américain de zoothérapie) présente en 1996 une définition de la thérapie facilitée par l'animal aussi appelée thérapie assistée par animal (TAA) ou zoothérapie:

« La TAA est une intervention dirigée dans laquelle un animal rencontrant des critères spécifiques fait partie intégrante du processus de traitement. La TAA est dispensée ou dirigée par un pourvoyeur de services de santé ou de services sociaux travaillant dans le registre de sa profession. La TAA est conçue pour promouvoir l'amélioration du fonctionnement humain, physique, social, émotionnel ou cognitif. La TAA est dispensée dans une variété de milieux et peut être de nature individuelle ou de groupe. Le processus est documenté et évalué. La TAA est dispensée par un professionnel des services de santé ou des services sociaux qui intègre un animal

comme un volet à sa pratique. Des objectifs spécifiques pour chaque client sont identifiés par le professionnel et les progrès sont mesurés et consignés. »

On peut ajouter à cette définition que la thérapie assistée par l'animal est l'ajout de la dimension animale dans le cadre d'un processus de base.

F Beiger ajoute dans son livre *l'enfant et la médiation animale* (23) que la zoothérapie est « une méthode de travail qui favorise les liens naturels et bienfaisants entre les humains et les animaux et qui s'applique à toutes les activités entraînant l'utilisation d'un animal auprès de personnes [...]. La zoothérapie mise sur la réciprocité dont fait preuve l'animal de compagnie et sur son potentiel de stimulation, de motivation et de contact affectif ».

Le terme de Thérapie Facilitée par l'Animal est préférentiellement utilisé en France.

Il est important de différencier les termes de TFA, TAA ou zoothérapie avec l'AAA (Activités Associant l'Animal) qui ne fait pas forcément appel à des professionnels de la santé ou du social mais s'inscrit dans un cadre plus large d'incorporation des animaux au sein des écoles, des prisons...

2) Fondements théoriques

Les travaux sur la TFA s'appuyant sur des fondements théoriques sont peu nombreux. D'après SF Turner c'est ce qui pourrait expliquer l'intérêt limité de la communauté scientifique pour l'avancement des recherches dans ce domaine. En effet, on remarque de grandes disparités dans les recherches au niveau des protocoles expérimentaux et de recherche (43).

Les fondements théoriques qui tentent d'expliquer la thérapie facilitée par l'animal et les relations homme/animal sont principalement issus de la psychologie. Selon GM Collis et J McNicholas (6), le recours à la psychologie dans l'étude des relations homme/animal s'appuie sur le fait qu'il est peu probable qu'au fil de leur évolution, les humains aient adapté leurs comportements à la relation homme/animal mais plutôt qu'ils transposent les mécanismes utilisés dans la relation homme/homme. On peut alors considérer que les concepts utilisés pour l'étude des relations entre humains peuvent être transposés à la relation homme/animal. Cette dernière relation, pouvant, en retour, éclairer les relations entre humains.

Nous avons choisi de reprendre et de développer les trois grandes notions de psychologie évoquées par E Fournier Chouinard dans son mémoire de psychologie sur la zoothérapie auprès des enfants

déficients mentaux, à savoir les théories du développement, les théories de l'attachement et les théories du support social (43).

Les théories du développement tiennent compte d'une histoire personnelle influençant les différents événements vécus par le sujet et son développement psychosocial. Dans une perspective plus piagétienne, l'exercice et l'apparition de nouvelles habiletés chez l'enfant et le vécu et la résolution de conflits peuvent être aidés par l'interaction avec l'animal. En effet, d'après R Poresky et C Hendrix (16) l'animal « pourrait fournir le catalyseur, à travers sa stimulation et sa rétroaction, aux changements développementaux des structures mentales de l'enfant conduisant à la réorganisation et à l'avancement des processus d'adaptation et de décentration postulés par Piaget et Inhelder ». E Erikson affirme, quant à lui, que grâce à l'interaction avec l'animal, l'enfant teste son lien au monde. Pour les tenants de cette théorie, le type d'interactions et la relation entre l'être humain et l'animal sont fonction du stade de développement atteint par la personne.

Abordons maintenant les théories de l'attachement développées principalement par J Bowlby (1907-1990) et MDS Ainsworth (1913-1999). Pour J Bowlby, l'attachement se réfère à une relation proche diminuant le sentiment d'insécurité d'un enfant grâce à la présence d'un de ses parents. MDS Ainsworth quant à elle étend cet attachement à l'ensemble des relations dérivées. Chez l'un comme chez l'autre la condition nécessaire à l'existence de cet attachement est la baisse du sentiment d'insécurité en présence de l'objet de l'attachement. J Bowlby qualifie tout autre type de relation affective éprouvée par un individu pour un autre individu de lien (« bound »). Il semblerait que les relations homme/animal seraient davantage de ce dernier type. Cette théorie est renforcée par le fait que la présence d'un animal familier fait baisser l'anxiété et donc le sentiment d'insécurité, comme nous le verrons par la suite (43).

Enfin, terminons par les théories du support social. RJ Vallerand (39) soutenait qu'il existe une corrélation entre le maintien des relations avec les autres et le maintien ou l'amélioration du bien être mental et physique de l'individu. S Cobb (cité par 43) définit le support social comme « une information conduisant le sujet à croire que l'on prend soin de lui, qu'il est aimé, estimé et est membre d'un réseau d'obligations mutuelles ». Cette citation de S Cobb est tout à fait transposable à la relation homme/animal, l'animal étant pour l'homme un soutien inconditionnel et un être qui a besoin de son maître comme son maître a besoin de lui.

Un autre volet de la psychanalyse semble important à développer. C'est celui suivi par F Beiger dans sa pratique au sein de l'Institut Français de Zoothérapie : l'enfant et son rapport au jeu. Dans son livre, F Beiger choisit de développer la vision de M Klein et celle de D Winnicott (23).

La technique du jeu selon M Klein (1882-1964) repose sur le fait que le jeu est l'activité la plus naturelle de l'enfant. Le jeu lui sert à s'exprimer, à rejouer des scènes... et c'est par toutes ces activités que le psychanalyste va pouvoir percevoir les problématiques de l'enfant. Le jeu remplace la parole et M Klein donnant un sens à toutes les étapes du jeu va pouvoir analyser l'enfant à travers celui-ci.

Le jeu est aussi très présent dans la vision de D Winnicott (1896-1971). Winnicott a été largement influencé par les théories de M Klein mais, pour lui, le jeu n'est pas seulement un moyen thérapeutique, il a aussi des vertus thérapeutiques c'est-à-dire que le simple fait de jouer va aider le patient même si le jeu n'est pas étayé par un thérapeute quel qu'il soit.

L'animal peut être placé au centre du jeu. En sa qualité d'être vivant, il va de ce fait être plus attractif, plus sollicité. Il devient rapidement, le repère ainsi que le médiateur entre l'intervenant zoothérapeute et l'enfant. Ce jeu peut aussi devenir thérapie pour toutes les raisons que nous évoquerons par la suite.

3) Triangulation et médiation

La triangulation de la communication est l'un des principes de base de la TFA. La communication ne va pas se faire seulement entre le patient et l'intervenant mais en incluant aussi l'animal.

En effet, l'animal est un facilitateur social. Il représente un contact non menaçant pour la personne car il ne juge pas et ne se comportera pas différemment avec elle qu'avec une personne non malade.

De plus, il n'a pas besoin du langage pour communiquer ce qui facilite forcément la communication (de longs silences peuvent par exemple s'installer sans qu'aucun des protagonistes ne se sente mal ce qui n'est pas le cas entre deux personnes). Le geste, le regard... sont autant de moyens disponibles pour « converser » avec un animal.

L'animal devient le complice du thérapeute (il est alors considéré comme co-thérapeute) car il va percevoir des signaux (olfactifs, gestuels, psychologiques...) émanant du patient que le zoothérapeute va pouvoir décoder grâce à lui.

D'autre part, l'animal va pouvoir intervenir à chaque fois que le thérapeute le juge nécessaire sans pour autant que ce soit vécu comme une demande insistante du zoothérapeute. Cette triangulation aide à ce que le patient ait toujours l'impression que la demande vient de l'animal et non pas du thérapeute. De par l'acceptation et l'amour inconditionnel de l'animal, le patient aura envie de lui faire plaisir et sera beaucoup plus réceptif, fera plus d'efforts pour une demande induite par l'animal que par le thérapeute.

Le chien joue donc un rôle prépondérant dans la prise en charge, il est le lien entre le thérapeute et le patient. Chacune de ses attitudes va être interprétée par l'intervenant en TFA mais aussi par le patient. Le thérapeute devra donc veiller à ce que les attitudes du chien, ses attitudes de communication renvoient toujours une image positive au patient. Le chien doit pouvoir le mettre en confiance, l'aider à faire, lui donne l'envie et permettre à la relation thérapeutique patient/thérapeute de se mettre en place. **Il est donc important que l'intervenant en TFA connaisse parfaitement son animal, que ce soit son meilleur complice pour que le chien puisse pleinement jouer son rôle de co-thérapeute.**

Cette triangulation de la communication est la base de la pratique de la TFA. L'animal étant au cœur de la relation, il est le « ciment » entre les différents protagonistes.

La Thérapie Facilitée par l'Animal est une médiation. Pour J Ambrosi (cité par 22), la dimension qui prévaut en médiation est la notion d'équilibre. La médiation thérapeutique permet à la personne de retrouver un équilibre en s'adaptant à des changements, des situations nouvelles. La médiation vise au « mieux être ». Le médiateur va s'appuyer sur un cadre défini et un « instrument d'appoint » pour essayer de mieux percevoir la personne dans ses aspects psychologiques, physiologiques, sociaux...

Pour s'exprimer, une personne a besoin de créer ou recréer des passerelles entre elle et le réel. C'est le support utilisé en médiation qui va l'y aider. Ce support peut être de différentes natures, nous avons choisi l'animal mais la musique ou l'art, par exemple, peuvent aussi être utilisés. Le support choisi pour l'atelier a une fonction de médiateur. Il canalise et forme un lien entre la personne bénéficiaire de l'atelier et les autres. Le médiateur proposé, de par ses caractéristiques, aidera plus ou moins la personne à entrer en relation selon ses affinités (d'où l'importance de proposer la TFA à des personnes aimant les animaux). Cette affinité va faire revivre des traces antérieures, des expériences passées, des bons souvenirs en lien avec l'objet de médiation (ici le chien) ou l'une de ses caractéristiques.

C) Pré-requis et contre indications

Tout animal pressenti pour jouer le rôle de médiateur thérapeutique doit être éduqué pour cela, avoir un comportement adéquat car il sera à la fois, pour la personne en difficulté, source de sécurité, d'affection, de stimulus, servira d'intermédiaire entre elle et le thérapeute, de support physique et /ou moral. **C'est pourquoi un chien destiné à pratiquer la TFA devra être dénué de toute agressivité, aimer le contact et le jeu, réagir correctement face à des situations et des bruits inattendus et obéir parfaitement à son maître et à tous les intervenants potentiels.**

Les projets de zoothérapie devront toujours être bien pensés et réfléchis par les intervenants et la direction des institutions où ils ont lieu, et parfaitement adaptés aux patients qui en bénéficieront. Le chien (ou tout autre animal choisi pour le projet) devra être suivi régulièrement par un vétérinaire. En effet, il faudra veiller à l'hygiène de l'animal afin d'éviter tout risque de zoonoses (maladies infectieuses transmissibles de l'animal à l'homme). Ce suivi est donc impératif même s'il existe très peu de maladies transmissibles de l'animal à l'homme et que celles existantes peuvent être souvent évitées en vaccinant l'animal et en le vermifugeant. Le risque est minime mais pas inexistant et doit donc être pris en compte sérieusement. L'avis du vétérinaire sera aussi très important dans le choix de l'animal : comportement, état de santé...

Les conditions de vie et de travail de l'animal devront aussi être prises en compte. En effet, de par sa condition d'être vivant, il est nécessaire de ne pas exploiter l'animal, de lui laisser des temps de repos. Rappelons aussi qu'il est nécessaire de ne pas considérer l'animal comme un remède en soi mais comme une aide apportée à une thérapie classique. L'animal n'est pas le thérapeute, il agit par rapport à lui, à ce qu'il lui demande.

Il s'agit aussi de ne pas proposer la TFA à tort et à travers. Il existe des contre indications que vous pouvez consulter en annexe 3.

Une étude réalisée par K Kan a permis de voir quand et comment prescrire la thérapie assistée par l'animal (cité par 25). Pour K Kan, l'animal peut intervenir à trois niveaux :

-sur le malade ou la personne seule en difficulté : dans ce cas il s'agira d'un animal de compagnie à charge de la personne ou en visite régulière. Les principales indications étant la solitude, la dépression, les problèmes émotionnels, le stress, les pathologies cardio-vasculaires, les handicaps moteur et sensoriels.

-sur le malade et le clinicien dans le cadre de la pratique de ce dernier. C'est l'option choisie dans la partie pratique de ce mémoire. L'animal sert ici, comme nous l'avons déjà vu, de médiateur entre le thérapeute et le patient, il facilite le contact et la communication.

-sur le malade, le clinicien et le personnel hospitalier. Le but est ici de rendre plus acceptable le lieu de vie des patients que ce soit au sein d'un hôpital ou d'une institution. L'introduction d'un animal servant aussi souvent à apaiser les tensions entre résidents ou avec l'équipe soignante. Dans ce cas trois possibilités : l'animal mascotte attaché à un service, les animaux visiteurs appartenant à des particuliers ou l'animal attaché à chaque résident que l'animal soit la propriété d'un patient ou qu'il appartienne à l'institution.

Il est important de prendre en compte toutes ces indications et contre-indications pour que les programmes de thérapie facilitée par l'animal se déroulent sans encombre. Il ne s'agit pas non plus de tomber dans la psychose : si un animal est bien suivi et bien éduqué, le risque de contamination ou d'accidents (morsures, griffures, chutes...) est très faible et ne doit pas suffire à décourager la mise en place de cette pratique.

D) Les différents modes de communication entre l'Homme et l'animal et leurs intérêts

Le besoin et le désir de communiquer sont chez l'Homme, comme chez l'animal, innés. La communication humaine est très largement prédominée par le langage oral. Toutes les personnes n'ayant pas acquis ou ayant perdu totalement ou partiellement le langage oral se heurtent à un problème communicationnel et de ce fait à un isolement social.

La relation avec un animal offre un plus large choix de mode de communication ce qui ne mettra pas en échec une personne rencontrant des problèmes dans la compréhension et l'expression du langage oral. Cependant, la relation avec un animal médiateur va aussi permettre, dans la plupart des cas, de faciliter le langage oral car le patient aura la volonté de communiquer avec l'animal et utilisera le mode de communication qui lui est le plus familier, à savoir le langage oral.

On enseignera aussi aux personnes bénéficiant d'un programme de TFA (et tout particulièrement aux enfants) quels sont les gestes à éviter avec un animal mais aussi à décoder les signaux envoyés par celui-ci (queue qui bouge pour signifier la joie ou queue entre les jambes pour la peur par exemple).

1) La communication visuelle

Cette communication ne peut être, pour la plupart des animaux, qu'effectuée à faible distance. Elle est associée à des gestes, des mimiques...qui traduisent des sentiments ou des invitations au jeu par exemple.

Dans ce mode de communication, le croisement des regards peut jouer un rôle important. En effet, le regard bienveillant du chien va apporter une quiétude une sérénité. De plus, ce regard est maintenu, il n'est pas fuyant ce qui est très important pour des personnes souvent montrées du doigt par la société, victimes d'un handicap qui indispose et met mal à l'aise la plupart des personnes qu'elles croisent. L'animal, et notamment le chien, a cette faculté extraordinaire de regarder une personne qui lui parle de sa vie, de ses problèmes et de donner l'impression de comprendre et de partager ses sentiments. La personne se sent alors écoutée, comprise et surtout ne se sent pas jugée par l'animal qui utilise pour seules réponses le regard et l'affection, là où les humains mettraient des mots.

2) La communication olfactive

L'animal utilise énormément ce type de communication que ce soit pour chasser, marquer son territoire mais aussi décoder dans quelles dispositions se trouve celui qu'il sent, si c'est un mâle ou une femelle...

Nous savons qu'il existe un lien entre les odeurs que nous émettons et les émotions que nous ressentons. Par sa faculté d'empathie, le chien va pouvoir décoder dans quel état émotionnel est la personne : est-elle joyeuse ? En colère ? Agressive ? A-t-elle peur ?...

Cette faculté de l'animal est très importante pour le zoothérapeute : s'il connaît bien son chien, il pourra, grâce à lui, identifier sans que le patient ait besoin de le verbaliser, dans quel état émotionnel et psychologique il se trouve.

Une étude faite par Eckerlin témoigne des capacités du chien éduqué dans cette optique de différencier l'odeur d'un enfant autiste de celle d'un enfant sain (23). Il a aussi été prouvé qu'un chien pouvait reconnaître les échantillons contenant des cellules cancéreuses de ceux de sujets sains. En effet un chercheur anglais, a fait des tests sur six chiens. Tous ont réussi à détecter parmi 108 échantillons d'urine les 36 échantillons qui appartenaient à des personnes atteintes du cancer de la vessie.

3) La communication tactile

La relation à un animal appelle la communication tactile. En effet, notre premier réflexe face à un animal est de le caresser et celui-ci se laisse faire avec plaisir. Nous verrons plus loin tous les bienfaits que peut avoir sur le corps et l'esprit le fait de caresser un animal. L'animal aussi va chercher un contact tactile, quémander des caresses, se frotter à son maître... ce contact rassure et revalorise : on se sent aimé et estimé. Le zoothérapeute cherchera à favoriser cette communication qui renforce le lien entre l'animal et le patient : plus le lien est fort, plus le désir de communiquer mais aussi de faire est présent.

4) La communication auditive

Il est important pour l'intervenant en zoothérapie de savoir décoder les aboiements, les grognements de son chien pour pouvoir prévenir un danger mais surtout pour pouvoir expliquer à son patient quand ces manifestations sont une invitation au jeu ou un signe de joie évitant ainsi de créer une peur injustifiée.

E) La thérapie facilitée par l'animal auprès des personnes âgées

La population française se compose de plus en plus de personnes âgées, l'espérance de vie ne cessant d'augmenter. Plus les personnes sont âgées, plus elles risquent d'être dépendantes. Ainsi, plus d'une personne sur quatre âgée de plus de 85 ans est placée en institution d'après une étude menée par J Plantet en 2001 (15). L'INSEE chiffre à plus de 475 000 le nombre de personnes âgées

dépendantes vivant en institution en France. Ces chiffres font donc de cette population une partie non négligeable de la population française et dans les prochaines années, cette proportion devrait encore augmenter.

Du fait de l'augmentation des personnes âgées dépendantes, le nombre de personnels de santé qualifiés, d'institutions spécialisées et de thérapies adaptées proposées devrait augmenter.

Tout ceci fait des personnes âgées dépendantes de bonnes candidates aux programmes de Thérapie Facilitée par l'Animal d'autant plus que, d'après Kurll et Coll en 2004, 16% des personnes de 60 ans et plus possèdent un chien, 15% un chat et 9% des oiseaux (cité par 44).

L Dossey, considère d'ailleurs que le chien améliore le déroulement des thérapies et des rééducations des personnes âgées institutionnalisées (44). En effet, de nombreuses composantes peuvent être travaillées telles que : l'orientation spatio-temporelle, la stimulation sensorielle, l'expression des sentiments et des émotions, la motricité, l'amélioration de l'attention et de la concentration, la motivation, la socialisation, l'estime de soi, la communication...

1) Les effets physiologiques (chez l'Homme en général)

De nombreuses améliorations médicales et physiologiques ont pu être constatées et attribuées à la présence d'un animal auprès des personnes âgées. Par exemple, il a été prouvé par des chercheurs américains, que **caresser un animal ou regarder un aquarium fait baisser la tension artérielle et le rythme cardiaque**. C'est ce que nous allons voir à travers les principales études sur le sujet.

JSJ Odendaal (14) a évalué la répercussion de la présence animale sur des « marqueurs physiologiques indirects d'attachement social et de bien être » à savoir les bêta endorphines, l'ocytocine, la prolactine, la dopamine et le cortisol. La pression artérielle a aussi été mesurée. Les valeurs physiologiques des marqueurs étudiés d'une personne interagissant avec un animal ont été comparées aux valeurs de base de ces mêmes marqueurs. La même comparaison a été effectuée entre une personne en présence d'un chien et une autre en train de lire.

Il ressort de cette étude que les concentrations plasmatiques des bêta endorphines, de l'ocytocine et de la prolactine ont augmenté de façon significative chez l'homme et chez le chien lorsqu'ils étaient

en présence l'un de l'autre. De même, l'augmentation de l'ocytocine et la prolactine a été beaucoup plus significative chez l'homme en présence du chien que chez l'homme en train de lire. Ceci suggère que la présence d'un chien s'avère bénéfique et rassurante.

La concentration de cortisol a, quant à elle, baissé chez l'homme en présence du chien ce qui suggère une diminution du stress.

Enfin, la pression artérielle diminuait au bout de dix minutes seulement lorsque la personne était en contact avec le chien. Il a aussi été rapporté que plusieurs séances de courtes durées (15 à 20 minutes) étaient plus bénéfiques qu'une longue séance d'une heure.

Une autre étude menée par KM Allen et coll a analysé la corrélation entre la possession d'un chien et la baisse de l'hypertension artérielle (1). Soixante personnes hypertendues (30 hommes et 30 femmes) vivant seules ont été séparées en deux groupes : le premier groupe adopta un chien au début de l'étude, le deuxième groupe l'adopta à la fin de l'étude, au bout de 12 mois. Toutes les personnes ont été soumises à des épreuves de stress (calcul mental et exercices oratoires) un mois après le début de l'étude. Les pressions artérielles systoliques et diastoliques ont été mesurées ainsi que la fréquence cardiaque.

Les premiers mois, les résultats furent similaires entre les deux groupes. Les personnes montraient pendant le test de stress une augmentation de la pression artérielle systolique de plus de 40mmHg. Le troisième mois, une diminution de la pression artérielle au repos a été constatée chez les propriétaires de chiens et durant l'épreuve de stress, l'augmentation était beaucoup moins significative que chez les non propriétaires. Lorsque les participants du groupe témoin ont acquis un chien au bout des 12 mois, les résultats sont devenus similaires. L'effet apaisant du chien se manifeste même si celui-ci n'est pas présent dans la pièce.

Il est important de noter que tous les participants désiraient un chien avant le début de l'étude. Dans le cas contraire, les résultats auraient pu être différents.

Cette étude tend à montrer que la possession d'un chien diminue la pression artérielle, important facteur de risque des accidents cardio-vasculaires.

A Katcher, H Segal et A Beck (cités par 37) ont, quant à eux, montré l'effet déstressant des poissons car la contemplation d'un aquarium peut réduire la pression sanguine et le rythme cardiaque.

E Friedman et coll (cité par 44) ont effectué une étude sur les effets de la possession d'un animal sur le taux de survie de patients hospitalisés à la suite d'un infarctus du myocarde ou d'une angine de poitrine. Les patients étaient hospitalisés dans une unité de soins intensifs, les données sociales et l'état psychologique des patients ont été relevés. L'effet de la sévérité des lésions cardiaques, de l'âge du patient et de la possession d'un animal sur le taux de survie des patients un an après leur hospitalisation a été étudié.

Le taux de survie des patients à un an était de 84%. 28% des patients ne possédant pas d'animal étaient décédés contre seulement 6% des propriétaires d'animaux. Le degré de sévérité et l'âge du patient n'ont pas eu d'effets notables sur le taux de survie. Le taux de survie n'a pas non plus été meilleur chez les personnes socialement actives. Il reste à savoir quel phénomène est à l'origine d'un meilleur taux de survie à un an chez les personnes possédant un animal. Peut être s'explique-t-il par les études vues précédemment.

Le docteur Léo Busted, du collège vétérinaire de l'université de Washington, estime que la relation privilégiée entre l'animal et son maître permet d'augmenter la production d'anticorps chez ce dernier (37).

En Ecosse, au milieu des années 1970, une expérience a été menée par D Walster officier de santé publique à Edimbourg. Cette expérience consistait à offrir des oiseaux aux retraités solitaires de la ville. Elle rapporte que les risques d'hypothermie dont sont victimes un grand nombre de personnes âgées en Ecosse ont considérablement diminué. En effet, pour que les oiseaux survivent, l'environnement doit être maintenu à une certaine température et les personnes âgées faisaient davantage attention à celle-ci pour leur oiseau qu'elles ne le faisaient pour elles-mêmes (37).

2) Les effets psychologiques

Les personnes âgées sont souvent dépressives. En effet, d'après C Hazif-Thomas (2006), 13 à 40% des personnes âgées sont victimes de symptômes dépressifs (21). A cela s'ajoutent souvent, des problèmes d'anxiété, de solitude qui contribuent à créer des désordres psychologiques. B Levinson pensait que les animaux aidaient les humains à acquérir un meilleur contrôle émotif. Nous allons donc essayer de voir en quoi la Thérapie Facilitée par l'Animal peut aider les personnes âgées psychologiquement et moralement.

TF Garrity et coll (8) ont effectué une étude à peu près similaire. Trois hypothèses ont été posées :

- le fait de posséder un animal et d'y être attaché influence directement la santé physique et le bien-être émotionnel de leurs propriétaires.

- la possession ou l'attachement à un animal peut agir indirectement sur la santé physique et morale en atténuant les situations de stress de la vie.

- l'impact de l'animal dans la vie des personnes est différent selon l'importance de l'environnement humain dont dispose ces personnes.

1232 personnes de 65 ans et plus, ont été interrogées aux Etats-Unis. Des informations générales ont été recueillies (métier, niveau d'éducation, situation familiale...). Douze évènements négatifs inspirés du Programme d'évènements récents de Holmes et Rahe (une question concernant la mort d'un animal familier à été ajoutée) ont été évalués. Seuls les évènements négatifs ont été pris en compte puisque ce sont eux qui peuvent créer une situation de stress et donc causer des répercussions négatives de santé. L'environnement humain et l'attachement à l'animal ont aussi été évalués. La détresse émotionnelle a été mesurée avec l'échelle des Etudes de Dépression du Centre Epidémiologique.

Les résultats montrent pour toutes les hypothèses, que la possession d'un animal et l'attachement qu'on lui porte n'a pas d'effet sur la santé physique des personnes sauf lorsque celles-ci disposent d'un environnement social pauvre (troisième hypothèse).

En ce qui concerne la première hypothèse, la corrélation entre l'attachement à l'animal et la santé mentale est significative. En effet, les personnes les plus attachées à leur animal montrent un score moindre de dépression.

Pour la deuxième hypothèse, seul l'attachement à l'animal a un effet significatif. La seule possession ne semble jouer aucun rôle.

La dernière hypothèse a pu être vérifiée : l'animal joue un rôle plus important lorsque l'environnement social est pauvre et les personnes âgées sans confident sont moins dépressives lorsqu'elles possèdent un animal.

Il apparaît donc que le bien-être émotionnel des personnes âgées est amélioré par un entourage riche (famille et amis). Un fort attachement à son animal peut aussi avoir un effet bénéfique sur le bien-être puisque cet attachement tend à faire baisser la dépression et ceci même lorsque l'environnement social est pauvre ce qui n'est pas le cas chez les non propriétaires où les personnes seules sont des populations à grand risque dépressifs.

Il semblerait donc que la présence d'un animal et l'affection qu'on lui porte soit toujours bénéfique et qu'elle l'est encore plus lorsque les personnes sont isolées socialement contribuant ainsi à la diminution de leur détresse émotionnelle.

Une étude de l'AFIRAC en 1991 auprès d'établissements pour personnes âgées acceptant les animaux a révélé les facteurs suivants (25) :

-importance affective pour le maître : 98,8%

-maintien de l'ouverture sur la vie : 70,9%

-baisse de l'inactivité : 69,7%

-source de joie et d'intérêt : 65,1%

-sécurisation et facteur d'équilibre : 54,7%

-diminution du sentiment de handicap : 53,4%

-autres (diminution de l'égoïsme, atténuation du traumatisme et de la séparation, rattachement au passé...) : 6%

En Grande Bretagne, Mugford et Cominsky ont eu l'idée de placer des petits perroquets australiens auprès d'hommes âgés de 75 à 81 ans, vivant seuls, pour étudier les possibles effets bienfaits au niveau mental. Après une période de cinq mois, sur les 60% d'hommes toujours vivants, seuls ceux possédant un perroquet avaient un bon moral.

Dans une étude australienne de P Crowley-Robinson (cité par 44) effectuée en institution, il est rapporté que la confusion mentale diminuait fortement lorsque un chien résident était présent mais aussi lorsque des visites régulières de chiens visiteurs avaient lieu. Au contraire, dans le groupe témoin qui ne bénéficiait pas de la présence permanente ou occasionnelle du chien, le score de confusion mentale n'avait pas diminué. La confusion mentale a été évaluée d'après un questionnaire adapté du « Profil of Mood State ».

Plus généralement, l'animal est source de motivation, de jeux et donc de rires, autant de facteurs contribuant à un bon équilibre psychologique. De plus, parler de son animal évite de parler de soi, ou du moins permet de parler de soi indirectement. Un chien ou un chat donnera toujours l'impression d'écouter, de paraître intéressé sans juger. L'animal est un véritable dérivatif à l'angoisse.

L'animal permet aussi une revalorisation de la personne par les soins qu'elle lui donne. Prendre soin d'un animal donne l'impression d'être utile et d'être aimé, sentiments que les personnes âgées (surtout quand elles sont seules) n'éprouvent plus beaucoup.

3) Les effets sur les interactions sociales et la communication

Les effets des animaux sur les interactions sociales et la communication paraissent évidents. En effet, lorsque l'on se promène dans la rue avec un animal, on entre plus facilement en contact avec d'autres personnes, des discussions s'engagent. Le chien, pour reprendre le terme utilisé par Curtt et coll, joue le rôle de « catalyseur social » (44). Dans une étude présentée au congrès international de Montréal « les animaux et nous », des personnes âgées avaient été invitées à se promener seules puis en compagnie d'un chien. Le résultat est éloquent : pratiquement personne ne fait attention à une personne seule alors que lorsque celle-ci est accompagnée d'un chien, 25% des passants la regardent (elle et/ou son animal) et 5% engagent même la conversation (37).

Ce rôle de « catalyseur social » existe aussi en institution car le chien (ou tout autre animal) permet de faciliter les échanges entre les résidents mais aussi avec le personnel soignant. Quand un soignant aborde un patient avec un chien, la relation thérapeute-patient s'en trouve apaisée. Le chien agit sur le bien être émotionnel des patients et leur estime d'eux mêmes, ce qui les rend plus souriants, plus enclins à communiquer, facilitant ainsi les relations sociales au sein de l'établissement.

A titre d'exemple, en 2000, cinq unités de long séjour au CHU de Nantes ont bénéficié de la présence de Léon, un labrador vivant quotidiennement avec les résidents (44). Une étude d'Avril et coll (2), a montré dans ces institutions une amélioration de la communication avec le monde extérieur. De plus, le chien a conduit les patients à sortir davantage. Une amélioration de l'état affectif et moral des patients a été constatée.

Une autre expérience initiée par Peter Salmon dans un hôpital gériatrique de Melbourne, a montré que la présence de Honey (chien résident) avait apporté un désir de vivre plus grand, des sourires plus fréquents mais surtout une sociabilité nouvelle entre les résidents et avec le personnel soignant (25).

De nombreux autres exemples existent, comme des personnes âgées dépressives qui ont repris soin d'elles-mêmes après qu'on leur ait confié la responsabilité d'un teckel, des personnes aphasiques qui se sont remises à parler à leur chat... Ainsi, dans un programme initié par le SPCA dans une maison de retraite du Delaware aux Etats-Unis, une femme mutique depuis trois mois s'est remise à parler en voyant arriver un petit chien roux qui lui rappelait celui qu'elle avait déjà eu. Le déclic produit, elle a continué à s'entretenir avec le personnel soignant et les autres résidents (37).

Dans les années 1970, des chercheurs anglais décident d'étudier les effets de trois stimulants susceptibles d'aider socialement les personnes âgées : la télévision, un pot de bégonia et des perruches. Ces trois « stimulants » sont testés chez des personnes vivant seules, avec un niveau de revenu équivalent. Après cinq mois, on remarque des changements plutôt négatifs dans la façon de se percevoir et d'évaluer sa santé chez les personnes où l'on avait placé des bégonias ou la télévision. Pour les autres, les perruches produisirent leur « effet social ». En effet, les retraités avaient remarqué qu'en plaçant la cage devant l'entrée ou une fenêtre, les passants s'arrêtaient pour les admirer et engageaient alors la discussion avec leur propriétaire. Ceci eut un effet bénéfique sur leur estime personnelle et leur évaluation de leur santé. Tous décidèrent de garder les oiseaux à la fin de l'expérience (25).

L. Hart, professeur à l'école de médecine vétérinaire de l'Université de Californie, a montré dans une de ses études que les poissons pouvaient « modifier la fréquence, la durée et la qualité des conversations humaines ». Son étude, menée dans une unité de soins cardio-vasculaires où des aquariums ont été introduits dans trois salles sur six, a montré que les visites du personnel médical duraient plus longtemps lorsque la chambre comportait un aquarium. Ceci suppose que la présence des poissons augmente la durée des interactions sociales (37).

Les interactions sociales entre les thérapies associant l'animal (AAT) et les thérapies sans l'animal (NAT) ont été comparées par PL Bernstein et coll (5). Nous avons déjà décrit l'animal comme médiateur social entre les hommes, ici c'est la façon dont le chien participe à ces interactions qui a été recherchée. Les auteurs voulaient prouver que le chien était un facilitateur des relations entre les hommes et qu'il y participait activement en prenant part aux échanges sociaux.

Cette étude a été réalisée sur trente trois personnes âgées de 70 à 80 ans, résidant dans deux centres de longs séjours. Les effets sur les interactions sociales ont été comparés entre les AAT (visites de volontaires accompagnés de leur chien) et les NAT (art ou jeux de cartes). On a comptabilisé les conversations brèves (inférieures à une minute), les conversations longues (supérieures à une minute) et les contacts tactiles envers les personnes et envers l'animal.

Il est ressorti de cette étude, que les AAT étaient surtout bénéfiques aux personnes qui aiment les animaux et /ou qui en avait déjà eu dans le passé. L'exemple type, fut cette femme agressive, qui criait et frappait les autres et devenait parfaitement calme et douce lorsque l'animal était présent.

Les résultats quantitatifs ont montré que les conversations brèves étaient plus fréquentes lors des NAT alors que les conversations longues avaient préférentiellement lieu pendant les AAT. On peut donc penser que les AAT favorisent des échanges de meilleures qualités puisque de véritables conversations s'engagent. Il serait alors intéressant d'étudier la différence d'effet sur les personnes entre les conversations brèves et longues et de les analyser qualitativement.

Les contacts tactiles entre les personnes étaient quant à eux, rares dans les deux activités. Ils sont pourtant apaisants et bénéfiques, c'est là que les AAT deviennent très intéressantes car elles stimulent le contact avec l'animal toujours demandeur et ouvrent une porte sensitive sur le monde extérieur.

F) La Thérapie Facilitée par l'Animal auprès des malades d'Alzheimer.

1) Les études

Peu d'études sur le sujet ont, à ce jour, été réalisées. Nous ferons état des principales.

LG Kongable et coll (10) ont étudié les effets de la TFA sur le comportement social des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer placées en institution. Cette étude a aussi comparé la présence permanente d'un chien aux visites régulières de chiens visiteurs.

Deux hypothèses de départ ont été émises :

-La présence permanente d'un chien dans l'institution stimule le comportement social des malades d'Alzheimer et ce, plus qu'un programme de chiens visiteurs.

-Le nombre de comportements sociaux est supérieur en séance individuelle qu'en séance de groupe (toujours avec le chien présent).

L'expérience a eu lieu dans un centre de soins pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Douze personnes âgées de 66 à 88 ans ont participé. Un seul des patients avait eu un chien dans le passé.

Les comportements sociaux ont été classés en huit catégories : le regard, le rire, le sourire, la disponibilité des patients aux stimuli extérieurs, la verbalisation, le toucher et les autres comportements.

Les observations ont eu lieu pendant trois périodes : la première période correspondait à l'absence du chien, la deuxième à des visites du chien et la troisième à un laps de temps de deux semaines après l'arrivée permanente du chien. Tous les patients ont été observés durant les trois périodes, en individuel et en groupe.

Les résultats montrent une augmentation des comportements sociaux pendant les périodes 2 et 3 par rapport à la première période. Cependant, aucune différence n'a été observée sur la fréquence des comportements sociaux entre la période où le chien était visiteur et celle où il était résident. Il n'a pas été relevé, non plus, de différence entre les séances individuelles ou de groupe. La première hypothèse a donc été partiellement vérifiée au contraire de la deuxième qui a dû être réfutée.

Une expérience de M Churchill et coll a mesuré les effets de la TFA sur l'agitation et la socialisation chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (cité par 44).

Les résultats montrent que les comportements d'agitation sont moins nombreux en présence du chien qu'en son absence.

De même, les comportements sociaux sont plus nombreux et plus longs quand le chien est présent.

La présence du chien semble donc améliorer la socialisation. Les sourires, les rires, les contacts tactiles, les verbalisations ont augmenté en présence de l'animal. Les patients ont initié la conversation avec le chien, entre eux et avec le chercheur. Lorsque le chien était présent l'agitation a diminué de manière significative, favorisant ainsi un meilleur confort psychologique des patients.

L'étude de BW McCabe et coll (11), complète l'étude précédente de Churchill et coll. Ils ont voulu montrer les effets à long terme de la présence permanente d'un chien sur le comportement de patients Alzheimer institutionnalisés.

Cette étude tend à confirmer l'effet apaisant du chien, évoqué dans l'étude de Churchill et coll . Elle a également montré le maintien de ces effets apaisants pendant un mois.

Enfin, une étude de Batson et coll (cité par 44), rapporte un impact positif sur le langage non verbal des personnes atteintes de DTA. En effet, on note une augmentation de fréquence et de durée des sourires, des contacts tactiles, des regards, des mouvements d'approche vers le stimulus ainsi qu'une augmentation de la température corporelle.

2) Hypothèses

L'apathie

L'apathie est un des obstacles majeurs à la prise en charge orthophonique. C'est un déficit que l'on peut aisément travailler grâce à la Thérapie facilitée par l'Animal. En effet, l'animal est un agent de motivation et de stimulation puisqu'il invite à l'action, au jeu, au rire...

La triangulation va aussi beaucoup nous aider, prenons un exemple fictif: à une personne qui ne sort plus beaucoup de sa chambre, on va proposer une promenade avec le chien en lui disant qu'il aimerait bien se promener. Neuf fois sur dix, pour lui faire plaisir, la personne va accepter la promenade. On peut faire de même avec différentes activités incluant le chien comme le brossage, le jeu... Toutes ces stimulations ne seront pas vécues comme « persécutantes » par le patient car induites par le chien. En effet, en présence d'un animal toujours partant, qui sollicite spontanément les personnes lorsqu'il a envie de jouer, de sortir, d'être caresser, la plupart des gens répondront eux aussi spontanément à ces sollicitations. L'Homme aime se sentir utile et faire plaisir car cela lui renvoie une image positive de lui-même. Chez des personnes où l'envie de faire n'est plus beaucoup présente, le chien apporte le dynamisme qui leur manque et aide le thérapeute à faire faire au patient, à maintenir la motivation qu'il lui reste.

Une étude de Hines et Fredrickson, rapporte d'ailleurs que les effets positifs attribuables aux activités de thérapie facilitée par l'animal, sont souvent regroupés dans la catégorie des bénéfices d'ordre motivationnels (cité par 43).

Le langage et la communication

Il est évident que la communication est facilitée par la présence d'un animal. Prenons un exemple de la vie courante : lorsque l'on promène son chien dans la rue on suscite des commentaires, des sourires voire même parfois des discussions qui n'auraient pas lieu si le chien n'était pas présent.

Dans un contexte thérapeutique il en va de même. Le thérapeute et le patient communiqueront plus aisément grâce à l'animal en parlant de lui, en l'observant mais aussi en se rappelant des souvenirs ou des anecdotes concernant d'autres animaux.

La communication peut aussi être facilitée avec les autres résidents que l'on pourra croiser lorsqu'on emmène promener le chien par exemple.

LG Kongable et Al ont mené une étude qui montre que la présence d'un chien sur une base hebdomadaire augmente le nombre de comportements sociaux appropriés, comme par exemple les sourires, les regards et les rires, chez une personne atteinte de DTA (10).

La présence du chien aide donc aussi à la communication non verbale (gestes, sourires, rires, regard...). Les silences ne sont plus pesants lorsque l'attention des différents protagonistes est

ournée vers un animal. La communication devient alors plus aisée pour les patients qui ont des difficultés à s'exprimer verbalement.

Les aspects psychologiques

Tout d'abord, l'animal calme, fait baisser l'anxiété par le simple fait de le caresser. Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses études ont démontré que caresser un chien (ou un autre animal) faisait baisser le rythme cardiaque et la pression artérielle. Il constitue aussi un « animal éponge » lorsqu'on le caresse, le prend sur nos genoux...

De plus, l'animal peut avoir un effet sur une possible dépression. Il a été démontré que les personnes possédant un animal de compagnie étaient moins sujettes à la dépression. D'autre part, R Johnson (cité par 20) a découvert que les niveaux de sérotonine augmentaient après l'interaction avec les chiens ce qui aide à lutter contre les états dépressifs.

On peut aussi améliorer l'estime de soi grâce à l'intervention de l'animal. En effet, il suffit de faire venir le chien vers la personne ou de lui faire donner la patte pour que cette dernière se sente reconsidérée. S'occuper d'un animal, lui prodiguer des soins qui lui sont bénéfiques et nécessaires aide à la revalorisation de l'individu.

L'animal est aussi très demandeur de caresses, d'attentions. Pour des personnes vieillissantes, souvent seules, le besoin d'aimer et d'être aimé n'est souvent pas comblé. L'animal peut y remédier, au moins partiellement.

Pour finir, nous pouvons, une fois de plus parler de B Levinson, qui démontra le rôle thérapeutique et complémentaire de l'animal durant les séances de thérapie. En raison de leur acceptation inconditionnelle, les animaux facilitent la communication et contribuent à la sécurisation de l'environnement durant les séances thérapeutiques favorisant ainsi l'augmentation de l'estime de soi.

La mémoire, l'apraxie et l'agnosie peuvent aussi être travaillées grâce à la thérapie facilitée par l'animal (annexe 4).

 **PARTIE** 

PRATIQUE



I) Présentation de l'expérience

A) Objectifs de la démarche

L'objectif principal de cette expérience est de montrer que la communication verbale d'un patient atteint de maladie d'Alzheimer augmente en présence d'un chien spécialement éduqué. Nous observerons en parallèle la variation de la communication non verbale au cours de cette prise en charge.

Lors de cette expérience, nous sommes partis du postulat que l'apathie faisait, à terme, baisser la communication puisque la perte d'initiative se fait ressentir dans tous les domaines de la vie. Le deuxième objectif de cette démarche sera donc de montrer que **la présence du chien augmente les initiatives prises par le patient, ses émotions, la communication spontanée, l'intérêt porté à l'interaction avec l'étudiante et, de ce fait, réduit le comportement apathique du patient pendant le laps de temps où le chien est présent.**

Le but de cette étude ne sera pas de montrer une évolution dans le temps mais de voir ce qu'il se passe au moment où le chien est présent en comparaison au moment où il n'est pas là. Ainsi nous ne rechercherons aucune évolution, nous décrirons seulement les situations.

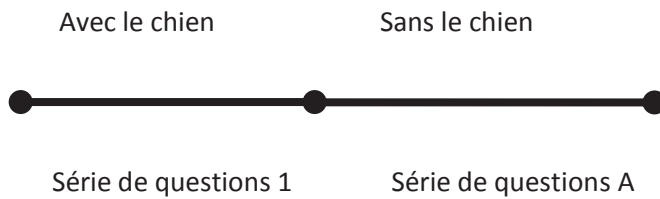
Cette étude vise à montrer, si les résultats sont convaincants, l'intérêt que pourrait avoir la thérapie facilitée par l'animal dans le cadre d'une prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer. **Que se passe t'il en présence du chien ?**

Cette expérience n'a pas la prétention d'une étude à grande échelle du fait du trop petit nombre de patients. Elle s'inscrit plutôt dans une démarche qualitative ayant une valeur descriptive.

B) Méthodologie

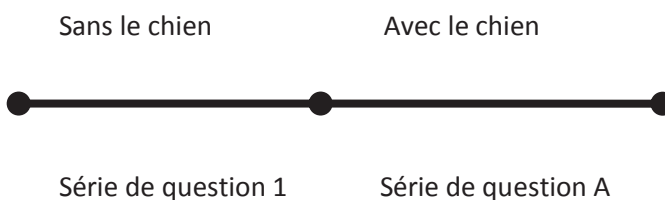
Pour chaque patient, nous effectuerons deux séances à une semaine d'intervalle. L'étudiante sera présente avec le patient tout au long des deux séances. Le temps de chaque séance variera en fonction des patients.

Première séance :



Le déroulement de cette première séance est volontairement basé sur la présence du chien depuis le tout début de l'entretien. Le patient est accueilli par l'étudiante et par l'animal. Lors de cette première partie d'entretien, l'étudiante posera au patient la série de questions « 1 » dans l'ordre où celles-ci se présentent. A la fin des questions, lorsque l'étudiante est certaine que les temps de communication propres à la série de questions posées, sont comptabilisés, elle fera sortir le chien. Lors de cette deuxième partie d'entretien, l'étudiante s'adressera au patient en lui posant la série de questions « A », également dans l'ordre où celles-ci se présentent, ordre déterminé par l'étudiante en préparation de son étude. A la fin des questions, lorsque l'étudiante est certaine que tous les temps de communication relatifs aux questions ont été comptabilisés, elle raccompagnera le patient, mettant fin à l'entretien.

Deuxième séance :



A l'inverse de la première séance, l'étudiante sera seule pour accueillir le patient. Elle posera au patient la même série de questions « 1 » que lors de la séance précédente. La seule modification dans le déroulement de la séance réside donc en l'absence du chien. Une fois encore, lorsque toutes les questions de la série « 1 » auront été posées et lorsque l'étudiante sera bien sûre que tous les temps de communications propres aux réponses aux questions ont été comptabilisés, elle fera rentrer le chien en annonçant au patient « une surprise ». A nouveau, comme lors de la première séance, c'est la série de questions « A » qui sera posée, en présence du chien cette fois. A la fin des questions, en s'assurant que tous les temps de communications relatifs aux questions ont bien été comptabilisés, elle raccompagnera le patient, avec le chien, pour mettre fin à l'entretien.

Cette méthodologie nous permet de mesurer ou contrôler trois effets :

- L'effet chien : dans la même séance et d'une semaine sur l'autre, nous pourrions mettre en évidence les différences entre les moments où le chien est présent et ceux où l'étudiante se trouve seule avec le patient.
- L'effet fatigue : le fait d'invertir les moments de présence du chien d'une séance sur l'autre nous permet d'annuler une probable fatigabilité entre le début et la fin de l'entretien. En effet, si nous n'avions gardé que la première séance, l'augmentation de la communication en première partie d'entretien aurait pu être due à la présence du chien mais aussi à la fatigabilité du patient. En ajoutant la deuxième séance, nous annulons un probable effet de fatigue chez les patients. Ceci nous permet d'évaluer seulement l'impact de la présence ou non du chien.
- L'effet questions : les deux séries de questions sont testées en présence et en absence du chien évitant ainsi d'être confronté à une série qui intéresserait plus le patient que l'autre.

Les séances ont été filmées pour quantifier les résultats obtenus et analyser ce qu'il se sera passé.

Chaque réponse à une question sera chronométrée ainsi que toutes les interventions spontanées du patient (le temps sera arrondi à la seconde près). Le temps des interventions spontanées sera celui de l'interaction générée par celles-ci sachant que l'intervenante veillera à ne pas relancer la discussion pour ne pas biaiser les résultats.

Les questions posées aux patients seront toujours les mêmes. Les questions iront par deux : le même thème sera abordé (les animaux, les goûts personnels, les occupations, l'entourage...) d'une série à l'autre pour éviter tout biais méthodologique. Les questions ont été construites par l'étudiante et sont suffisamment anodines. Elles devaient pouvoir ouvrir sur une discussion, être proches du vécu du patient pour que chacun puisse y répondre aisément et faire plutôt appel à des souvenirs anciens, mieux préservés. Les questions posées seront les suivantes :

SERIE 1 :

Question 1 : Avez-vous déjà eu des animaux ?

Question 2 : Qu'aimez vous manger ?

Question 3 : Quels sont vos loisirs ?

SERIE A :

Question A : Aimez-vous les animaux ?

Question B : Quels sont vos goûts musicaux ?

Question C : Quelle était votre profession ?

Question 4 : Pensez-vous avoir réussi votre vie ? **Question D :** Avez-vous eu une vie heureuse ?

Question 5 : Avez-vous de la famille ?

Question E : Qui sont vos amis ?

Question 6 : Où avez-vous vécu ?

Question F : Où aimiez vous partir en vacances ?

La qualité des réponses ne sera pas prise en compte car le but de notre démarche est seulement de savoir si le chien augmente le temps de communication, d'interaction.

Le temps des séances n'est évidemment pas défini à l'avance mais varie en fonction de chaque patient.

Choix de la salle :

Nous avons choisi une salle neutre, au sein de l'accueil de jour, fréquemment utilisée pour les activités. C'est une petite salle où il est tout de même facile de se mouvoir et où deux fauteuils sont disponibles favorisant ainsi la situation duelle de communication. Le choix d'un lieu neutre est important pour éviter l'effet de surprise généré par le chien.

De plus, tous les patients ont déjà vu auparavant le chien au sein de l'établissement.

Choix du chien :

Le chien choisi pour cette expérience est un teckel à poils durs de 3 ans prénommé Valério. C'est un chien intervenant déjà au sein de l'institution. Il participe à des activités hebdomadaires avec sa propriétaire Elisa Saltarin, psychologue au sein de l'établissement. Il est éduqué et habitué à interagir avec cette population.

Choix de la population :

8 patients ont participé à notre étude. Leur score au MMSE est compris entre 3 et 21/30 et leur score à l'Inventaire Apathie entre 10 et 18/24. Les MMSE datent de moins d'un an et les Inventaires Apathie ont été réalisés spécialement pour notre étude.

Les critères d'inclusion :

- Patients diagnostiqués Alzheimer, traités ayant une pathologie moyenne à sévère
- Apathiques
- Qui aiment les animaux

Les critères d'exclusion :

- Allergie et/ou phobies des animaux
- Mobilité insuffisante
- Communication trop altérée pour permettre l'interaction
- Possible agressivité envers l'animal

Tous les patients retenus sont institutionnalisés en EHPAD ou fréquentent l'accueil de jour de la Villa Hélios St Jean à Nice.



II) Résultats de l'expérience

Vous trouverez en annexes les résultats et le descriptif des séances par patient.

L'analyse des résultats comportera une analyse quantitative et qualitative suivie d'une discussion de ces résultats.



Les calculs de proportion ont toujours pris comme base de départ le TEMPS AVEC LE CHIEN. Une multiplication du temps supérieure à 1 est donc positive pour notre étude. Cela signifiera que le temps d'interaction généré par la présence du chien est supérieur au temps d'interaction constaté en son absence.

Première séance	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5	Patiente 6	Patiente 7	Patient 8
Augmentation du temps total (en proportion)	x3,8	x1,7	x3,3	x5,3	x1,4	x3,4	x1,8	x1,3
Augmentation du temps total des réponses aux questions (en proportion)	x1,7	x1,4	x2,2	x1,7	x1,8	x4	x1,2	x0,7
Augmentation du temps total des interventions spontanées (en proportion)	x41,4	x2,1	x8,4	x95,8	x4	x2,6	x3,6	x5,5
Deuxième séance								
Augmentation du temps total (en proportion)	x2	x1,4	Equivalent	x2,2	x2,5	x1,1	x2,3	x2,1
Augmentation du temps total des réponses aux questions (en proportion)	x1,2	x0,9	x1,1	x0,9	x1,5	x0,9	x1,4	x1,5
Augmentation du temps total des interventions spontanées (en proportion)	x96	x2,7	x0,8	x14,8	x63	x2,2	x3,7	x5,2

A) Les résultats quantitatifs globaux (repris dans le tableau page précédente)

Les résultats quantitatifs confirment notre hypothèse de départ à savoir que la communication verbale d'un patient atteint de maladie d'Alzheimer augmente en présence d'un chien. En effet, nous avons pu observer une augmentation du temps total de communication ainsi qu'une augmentation du temps des réponses aux questions et une hausse du temps des interactions spontanées.

Il est utile de rappeler que nous ne faisons en aucun cas une analyse analytique statistique mais seulement une analyse descriptive du fait du peu de patients observés.

Augmentation du temps total

Le temps total de communication a été, en moyenne sur les deux séances, multiplié par 2,3.

S'appuyant sur le tableau récapitulatif des résultats quantitatifs globaux, ci-dessus, nous pouvons constater que les résultats afférents à l'augmentation du « temps total » de communication marquent une tendance constante à l'augmentation. C'est-à-dire, que le temps total d'interaction avec le chien est toujours supérieur à celui constaté en son absence. Ceci est vrai pour tous les patients sauf pour la patiente 3 (annexe 7), en deuxième séance, où le temps de communication est stable entre les moments d'absence et de présence du chien.

L'augmentation est majoritairement supérieure lors de la première séance. Ceci peut s'expliquer par le degré de fatigabilité des patients lors de la 2^{ème} partie de l'entretien. De ce fait, les patients sont plus performants avec le chien lorsque celui-ci est présent en première partie d'entretien (première séance).

De plus, il est probable que lors de la 1^{ère} séance, l'activité perde de son intérêt lorsque le chien quitte la pièce. Ce qui entraîne un désintérêt pour la 2^{ème} partie de l'entretien et un temps total d'interaction moindre.

Au contraire, un début de séance sans le chien, semble attirer l'intérêt des patients pour la rencontre duelle avec l'étudiante. Malgré cela, les résultats de la durée totale d'interaction en présence du chien sont toujours plus importants.

Augmentation du temps total des interventions spontanées

Le temps total des interactions spontanées a été, en moyenne sur les deux séances, multiplié par 22 !

L'ensemble des résultats indique une augmentation du temps total des interactions spontanées, sauf pour une patiente. La seule patiente qui montre une tendance inverse, est la Patiente 3 (x 0,8, annexe 7). C'est la même patiente pour laquelle un résultat stable a été relevé dans l'évolution du « temps total » de communication. Ces résultats sont difficiles à expliquer, car ils sont très variables d'une séance à l'autre. Deux hypothèses peuvent être avancées :

- soit la patiente est très fatigable,
- soit elle était moins réceptive lors de la 2^{ème} séance pour une raison non déterminée (fatigue, évènements de vie, préoccupations...)

Trois autres patientes ont des résultats très différents d'une séance à l'autre concernant le temps total des interactions spontanées (patientes 1, 4 et 5, annexes 5, 8 et 9). Ces résultats changeants peuvent sûrement être imputés à des évènements de vie extérieurs à la prise en charge et non contrôlables comme l'environnement thymique du patient susceptible de varier d'une semaine à l'autre et donc, d'une séance à l'autre. Cependant, pour ces patientes l'augmentation du temps total des interactions spontanées reste, quelle que soit la séance, spectaculaire (cf tableau des résultats quantitatifs).

Augmentation du temps total des réponses aux questions

Le temps total des réponses aux questions a été, en moyenne sur les deux séances, multiplié par 1,5.

1^{ère} séance :

L'augmentation du temps total des réponses aux questions est toujours supérieure à 1, sauf en ce qui concerne le Patient 8 (x 0,7, annexe 12). Cela peut s'expliquer par le fait que ce patient aime parler, il prend davantage de temps pour répondre aux questions en l'absence de stimulus extérieur. Nous avons cependant noté, chez lui, un nombre d'interventions spontanées en l'absence du chien moins important et une demande de questions pour pouvoir poursuivre la conversation. Ce patient paraît meubler le vide et ceci lui semble plus facile lorsque le chien est présent car ce dernier est toujours prétexte à relancer la communication.

2^{ème} séance :

Les résultats sont moins homogènes : 5 patients augmentent leur temps de réponses aux questions alors que 3 le diminuent (patients 2, 4 et 6, annexes 6, 8 et 10). Les mêmes hypothèses peuvent être avancées :

- fatigabilité plus importante,
- intérêt de la communication duelle variable entre la 1^{ère} ou 2^{ème} partie d'entretien.

De plus, il est probable que répondre à des questions fasse appel à des habitudes de communication, à des variables personnelles indépendantes de la présence du chien ou de son absence. Certaines personnes répondent brièvement aux questions alors que d'autres aiment argumenter, décrire...

Ces résultats moins significatifs lors de la deuxième séance pourraient laisser penser que la fatigue se ressent davantage lorsqu'il faut se concentrer sur les réponses à des questions précises (surtout en deuxième partie d'entretien), que sur la communication spontanée du patient, à moindre coût attentionnel.

Tous ces résultats semblent venir confirmer ceux des différentes études exposées dans notre partie théorique (cf p. 49 à 51). En effet, ces expériences avaient pour but principal de montrer que la communication était facilitée par la présence d'un animal, qu'elle durait plus longtemps.

B) Les résultats qualitatifs globaux

Les résultats obtenus ont été significativement en faveur de nos hypothèses de départ, à savoir que **la présence d'un chien augmente la communication verbale des patients atteints de DTA et a tendance à diminuer les comportements apathiques**. Même si la proportion d'augmentation du temps total de communication, de réponses aux questions et des interactions spontanées est très variable d'un patient à l'autre, tous les patients montrent une communication plus riche lorsque le chien est présent. En effet, **le temps total de communication est en moyenne multiplié par 2,3 ; le temps total de réponses aux questions par 1,5 et le temps total des interactions spontanées par 22!**

La baisse des comportements apathiques s'est fait ressentir sur les trois composantes du concept apathique de Marin :

- L'intérêt porté à la communication par les patients, durant la séance, a été plus important lors des moments de présence du chien. Ceci s'observe surtout lors de la première séance où l'on sent une grande démotivation des patients lorsque le chien quitte la pièce et que le patient reste seul avec l'étudiante. Nous pouvons prendre comme exemple les patientes 1 et 4 qui n'interviennent pratiquement plus spontanément lorsque le chien n'est plus là (cf annexes 5 et 8).
- L'interaction intentionnelle a seulement été initiée en présence du chien. Rappelons que le temps total des interactions spontanées a été en moyenne multiplié par 2,3 en présence du chien (cette variable a au minimum été multipliée par 2 et au maximum par 96 selon les patients !). Nous avons aussi pu relever des comportements intentionnels de la part de certains patients lorsque le chien était présent, par exemple la patiente 3 (annexe 7) qui souhaite aller promener le chien ou encore la patiente 4 (annexe 8) qui se lève pour aller voir le chat à la fenêtre.
- Les émotions ont été ravivées en présence de l'animal. Celui-ci provoque rires et sourires fréquents, toujours adaptés à la situation. Même si cette variable n'a pas été mesurée, l'observation des séances ne semble laisser aucun doute à ce sujet.

Tout cela vient confirmer une étude menée par l'AFIRAC qui montrait que la présence d'animaux dans les établissements pour personnes âgées permettait un maintien de l'ouverture sur la vie, une baisse de l'inactivité et que les animaux étaient une source de joie et d'intérêt (cf p. 48).

Nous avons aussi pu remarquer, lors de notre étude, **une augmentation significative de la communication non verbale chez les patients**. Cette augmentation se manifeste plus particulièrement chez des patients ayant une communication verbale très déficitaire : soit très pauvre (cf patiente 5, annexe 9), soit incompréhensible (cf patiente 4, annexe 8) (jargon, néologismes, nombreuses paraphrasies...). Il est donc probable que la TFA aide le maintien d'une communication même si celle-ci n'est que non verbale à un stade avancé de la maladie. Cela vient confirmer l'étude menée par Batson et coll (cf p.53). On peut supposer que pour des patients dont la communication verbale devient très déficitaire, la communication non verbale apparaît comme une aide précieuse. Cette communication non verbale s'exprime plus facilement avec le chien puisque celui-ci ne parle pas et, de ce fait, communique seulement grâce au non-verbal (postures, gestes...). Il est difficile d'utiliser seulement la communication non-verbale avec d'autres personnes car l'être humain supporte mal le silence et il est dans sa nature de parler pour communiquer. Le chien, en revanche, peut se contenter d'une communication non-verbale puisqu'il est capable d'intégrer et de comprendre certains gestes informatifs (montrer une direction du doigt ou d'un mouvement de tête, geste de la main pour lui signifier de venir...). Il apparaît donc comme facilitateur pour le patient de communiquer avec le chien plutôt qu'avec l'humain car cela lui demande moins d'efforts si sa communication verbale est touchée. Il est donc important de maintenir le plus longtemps possible la communication non-verbale et de se rappeler que comme le soutient l'école de Palo Alto « tout est communication ».

Les aspects bénéfiques au niveau psychologique apportés par la présence de l'animal ne sont pas négligeables. En effet, nous avons remarqué, lors de la présence du chien que les patients souriaient plus, riaient davantage... Le chien manifeste aussi sa joie, son affection par son comportement. Il n'est pas rare aussi que le patient exprime verbalement le bien être apporté par la présence du chien ou par les animaux en général (cf patients 2, 3, 7 et 8 en annexes 6, 7, 11 et 12).

Nous pouvons aussi noter que **la présence du chien semble faciliter la réminiscence** puisque cinq patients se sont souvenus d'évènements lorsque le chien était présent. Différents types de souvenirs ont été ravivés :

- Des souvenirs anciens, en majorité en lien avec les animaux que ce soit le souvenir de ceux qu'ils ont eus ou de ceux qu'ils ont côtoyés (ex : le petit chien qui aboyait tout le temps quand la patiente 6 allait à l'église, annexe 10). Mais, parfois aussi, des souvenirs autres comme le patient 8 (cf annexe 12) qui, parce qu'il voit le chien jouer avec un ballon, se souvient combien il aimait jouer au football dans sa jeunesse.
- De souvenirs récents, en lien avec l'expérience : certains patients (3, 7 et 8, cf annexes 7, 11 et 12) se rappellent, lors de la deuxième séance, une semaine plus tard, être déjà venus. Ils ne se souviennent pas de l'étudiante, ni de ce qu'ils ont fait mais se rappellent avoir vu « quelque chose d'intéressant », « un animal mais je ne sais plus lequel »...

Notre étude n'avait pas pour but de montrer un impact éventuel sur les troubles de la mémoire mais au vu des faits constatés, une étude sur le sujet pourrait s'avérer intéressante.

Nous pouvons également analyser qualitativement les réactions des patients en fonction des différentes attitudes du chien :

- **Le chien entre et fait la fête au patient :**

Cette attitude du chien provoque chez tous les patients rires, sourires, joie. Le patient parle énormément au chien pendant ce laps de temps. Il se sent reconsidéré en tant que personne car le chien manifeste sa joie de le voir et lui montre de l'affection. De plus, cet accueil chaleureux de la part du chien met la personne à l'aise, les barrières sociales que nous impose la société tombent. Cette « fête » du chien permet au thérapeute d'entrer plus facilement en contact avec le patient : le sujet de conversation est tout trouvé. J'ai pu remarquer lors des séances que le contact se faisait plus aisément lors de la première séance où le chien est là dès le début. En effet, sa présence et son enthousiasme sont rassurants pour le patient qui ne se sent plus en situation de stress, de test mais plutôt dans un contexte d'activité plaisante. Le chien ne juge pas et il permet au patient d'oublier le possible jugement d'un tiers : on ne parle plus de soi, on parle du chien. Cette entrée en matière avec le chien permet un meilleur abord des questions qui seront posées au patient qui ne se sent pas en échec, prend plaisir à discuter : il voit la séance comme un moment de partage autour d'une discussion plutôt que comme un

interrogatoire où il faut veiller à répondre correctement aux questions. **C'est le principe de triangulation qui permet ces nombreux avantages : le chien est au centre de l'interaction, il joue à la fois le rôle de « canaliseur » des émotions et de catalyseur social.**

- **Le chien joue seul :**

Pendant ses moments de jeu (notamment avec le ballon mis à sa disposition), le chien fait du bruit, s'amuse, montre qu'il est content. Tout cela attire l'attention du patient qui s'intéresse à ce que le chien fait. Il commente les moindres faits et gestes du chien et en parle à la personne présente avec lui dans la pièce. Ces moments sont riches en partage et l'on sent que de longues discussions pourraient en découler si le protocole d'expérimentation le permettait. Le chien est là encore, médiateur entre les personnes, médiateur de la communication. Le chien est au centre de la discussion mais ses faits et gestes entraînent d'autres sujets de conversation. C'est ainsi que le patient 8 (cf annexe 12) me racontera que lorsqu'il était jeune lui aussi jouait au ballon, il était footballeur professionnel en Algérie. Ce moment de jeu est aussi parfois, l'occasion pour le patient de jouer avec le chien, de lui envoyer le ballon et de l'inciter à le ramener. Cette initiative est évidemment très positive compte tenu de l'apathie présente dans la maladie d'Alzheimer.

- **Le chien vient voir la personne, la lèche, la sollicite :**

Cette attitude du chien apporte des bénéfices à peu près similaires au patient que ceux engendrés par l'arrivée du chien, lorsqu'il lui fait la fête. En effet, là aussi le patient se sent reconsidéré, le chien vient vers lui spontanément, lui manifeste de l'intérêt. De plus, le contact tactile apporté par le chien qui quémante des caresses est rassurant et difficile à instaurer avec les autres, les soignants car ces contacts peuvent provoquer de la gêne entre deux personnes qui se connaissent peu : notre culture nous retient et l'on peut avoir peur de la réaction de l'autre. Au contraire, le chien est toujours ravi de recevoir des caresses, d'être sollicité. Il est, par exemple, ravi d'être invité à monter sur les genoux de certains patients et le manifeste en remuant la queue, en se frottant à la personne, en la léchant.

- **Le chien est dans son coin :**

Cette attitude du chien peut provoquer, au vue de nos observations, plusieurs réactions de la part des patients.

Tout d'abord, le patient sollicite le chien qui est tout heureux de répondre à cette sollicitation, qu'on s'intéresse à lui. Le fait, que le chien réponde si vite et soit aussi content de le faire, apporte une reconnaissance et un grand réconfort moral au patient. En effet, ces personnes sont souvent esseulées dans les maisons de retraite (peu de visites, peu de contacts avec les autres résidents, personnels soignants ne pouvant pas toujours être disponibles pour tout le monde...) et le fait que le chien réponde si rapidement à une sollicitation de leur part les réjouit. Le chien est toujours disponible pour les patients.

Il est aussi possible que le patient oublie le chien même si c'est assez rare. Ceci a néanmoins pu être observé chez la patiente 6 (cf annexe 10). Dans ce cas, c'est le rôle du professionnel utilisant la TFA de ne pas trop laisser le chien se désintéresser du patient ou d'expliquer à celui-ci les raisons de ce désintérêt (fatigue par exemple) pour ne pas perdre tous les bénéfices de revalorisation de la personne, de reconsidération acquis précédemment.

Enfin, et souvent, le patient commente le fait que le chien reste en retrait. Il en parle avec la personne présente et prête des sentiments au chien : est-il triste ? fatigué ?... Il est possible que les sentiments, les émotions, attribués au chien soit en lien avec le ressenti du patient lui-même. **Le chien peut alors être vu comme une éponge émotionnelle et un moyen de se projeter. Il permet de ne pas parler de soi directement mais de parler de soi à travers lui.** C'est là aussi le principe de triangulation qui entre en jeu et le zoothérapeute doit pouvoir se servir de ce transfert, de tout ce que dit le patient à travers le chien pour l'aider au mieux.

La TFA apparaît à travers notre étude comme une aide possible à la prise en charge thérapeutique et en particulier à une prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer. En effet, la probable baisse du comportement apathique durant la séance lorsque le chien est présent semble aider la thérapie. La communication s'en trouve elle aussi facilitée, que ce soit dans son aspect verbal ou non verbal. La TFA paraît aussi être une aide pour les patients. La présence du chien favorise l'estime de soi, augmente la motivation et semble être un grand

réconfort moral. Grâce à tous ces avantages, l'échec est moins difficile pour le patient qui trouve par l'animal le moyen de communiquer autrement avec le thérapeute.

Enfin, il est important de rappeler que notre étude présente des résultats qu'il faut forcément relativiser car le nombre de patients n'est pas suffisant pour prétendre à une valeur statistique.

Afin de mieux mesurer les effets de la thérapie facilitée par l'animal dans une prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer, de futures recherches pourraient envisager les points suivants :

- Des interventions sur des périodes plus longues avec plus de patients
- Une réelle mesure de l'apathie avant mais aussi après un long temps de prise en charge
- Comparer avec des prises en charge de groupe où le chien pourrait permettre des interactions plus nombreuses entre les participants
- Une étude sur l'aide que peut apporter la présence d'un animal à la réminiscence des souvenirs récents comme anciens

Bien entendu, cette liste est loin d'être exhaustive au vu du peu de recherches effectuées sur le sujet.



II) Discussion

Plusieurs points de notre expérience peuvent être discutés.

A) Support d'intervention et intervention

Le support d'intervention et l'intervention elle-même comportent avantages et inconvénients. En effet, la nécessité d'avoir un protocole bien défini et non modifiable pour éviter les biais méthodologiques nous a permis une meilleure comparaison des résultats entre les patients, mêmes si ceux-ci sont très différents les uns des autres et que leur petit nombre ne nous permet pas de conclure à des résultats statistiquement significatifs.

De plus, le support d'intervention nous a permis de comparer la communication induite et la communication spontanée entre les moments d'absence et de présence du chien. Cette comparaison a été importante pour voir qu'il ressortait de cette étude à la fois un bénéfice communicationnel (augmentation de la communication lorsque le chien est présent) et une probable diminution du comportement apathique (c'est la communication spontanée qui augmente le plus considérablement en présence du chien). Rappelons que nous avons mis en évidence dans notre partie théorique que la baisse des intérêts, des comportements intentionnels et des émotions, causée par l'apathie conduisait à une baisse de la communication spontanée et donc à une diminution des interactions avec les autres.

Cette expérience nous a aussi permis de comparer des individus très différents avec des degrés d'atteinte cognitive allant de 3/30 à 21/30 au MMSE et des scores à l'inventaire apathie compris entre 10 et 18 sur 24. Malgré ces disparités, nous avons relevé des résultats quantitatifs similaires : tous les patients présentent une augmentation du temps de communication lorsque le chien est présent et plus particulièrement de la communication spontanée. Malgré ces résultats quantitatifs similaires, nous avons assisté à des séances au contenu variable d'un individu à l'autre et parfois même d'une séance à l'autre que ce soit à cause du degré de pathologie, du score à l'inventaire apathie, des capacités langagières ou simplement du caractère, de la personnalité pré-morbide de chaque patient.

Cependant, la nécessité d'avoir un protocole bien défini ne présente pas que des avantages.

Le chien est un être vivant qui ne peut se plier à un protocole. On a, par exemple, dû ajouter un jouet dans la pièce car il est arrivé que le chien s'ennuie car il ne pouvait pas participer pleinement aux séances. En effet, la participation du chien encouragée par l'étudiante n'a pas été possible car elle ne pouvait pas enclencher quelque chose qui ne venait pas directement du patient puisque cela aurait faussé tous les résultats. C'est le principe même de la triangulation si chère à la TFA qui a dû être remis en cause lors de notre étude car il créait forcément des biais méthodologiques. L'animal n'a pas pu jouer pleinement son rôle de co-thérapeute.

Il faut imaginer que dans des séances de TFA, tout ce que fait le chien ou le patient peut modifier l'interaction et le thérapeute peut se servir de tout ce qui se passe dans la séance pour adapter le travail au mieux, en fonction de chaque patient, de ses intérêts, de ses difficultés...

Une séance de TFA doit se concevoir comme une séance d'orthophonie classique à laquelle on ajoute une médiation : l'animal. L'orthophoniste doit choisir des objectifs en fonction de chaque patient et inclure le chien dans la séance pour qu'il participe à l'atteinte de ses objectifs. L'animal participera différemment, les supports, le matériel, les activités proposées seront différents selon que l'orthophoniste souhaite travailler la mémoire, l'attention, le langage, le repérage spatio-temporel...

C'est à l'orthophoniste de savoir comment et pourquoi faire intervenir l'animal, à quel moment et dans quels buts.

La TFA peut être une aide précieuse si on sait quels sont ses objectifs, à quels moments elle est utile et à quels moments elle l'est peu ou pas du tout. C'est au thérapeute d'adapter la TFA à sa pratique afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles et d'aider au mieux le patient.

B) Chien de TFA vs chien de compagnie ou résident

Nous pouvons également nous poser la question de l'apport d'un chien de TFA par rapport à un chien de compagnie ou un chien résident (au sein d'une institution par exemple). En effet, les chiens de compagnie ou résidents apportent eux aussi des bénéfices aux personnes qu'ils entourent. Ils favorisent le lien social, apportent des bénéfices d'ordre physiologique et psychologique dans la vie de tous les jours. Ces bénéfices sont quotidiens. Le chien de TFA, en plus de favoriser le bien-être physiologique, psychologique et social, est là pour faire travailler,

stimuler le patient dans un domaine précis (psychomotricité, orthophonie, kinésithérapie...). Il est médiateur et co-thérapeute d'une prise en charge, à un moment donné. De plus, chez des patients Alzheimer, le chien de compagnie et surtout le chien résident peuvent finir par être oubliés des patients, faire partie du décor, alors que le chien de TFA provoque une attente, de l'impatience avant de le retrouver et cette envie est bénéfique pour la prise en charge. Ceci a pu être observé pendant nos séances : des patients se souvenaient d'une fois sur l'autre avoir vu « quelque chose d'intéressant », « un animal » et étaient tout heureux de revenir.

C) Risques potentiels liés à l'introduction d'un animal en institution

Nous avons déjà mis en évidence dans notre partie théorique les risques et désavantages éventuels relatifs à l'introduction d'un animal en institution. En effet, des risques existent si l'animal n'est pas éduqué et suivi correctement par un vétérinaire. Malgré un suivi régulier, certains problèmes peuvent subsister comme notamment les allergies. Il convient donc de bien connaître tous les problèmes éventuels avant de se lancer dans un programme de TFA. Cependant, si les règles de base sont respectées, les risques sont grandement minimisés. On peut cependant remarquer que les institutions françaises sont assez frileuses et que l'on se heurte fréquemment à des refus par peur et méconnaissance de ces programmes. En effet, les normes d'hygiène draconiennes mises en place dans les institutions françaises empêchent ou freinent souvent la mise en place de ce type de programme.

On ne peut donc pas nier que ces éventuels problèmes sont source de nombreuses interrogations qu'il faut soulever mais aussi relativiser.

D) Portes ouvertes par le mémoire

Comme nous l'avons déjà évoqué, les études sur le sujet et les programmes de TFA sur le terrain sont encore trop peu nombreux et ne donnent pas lieu, pour la plupart, à des études statistiques ou des publications qui permettraient de développer ces méthodes et de les faire connaître du grand public. On ne peut donc sortir que des hypothèses de notre travail puisqu'aucune étude, à notre connaissance, ne vient étayer nos résultats qualitatifs.

On peut donc seulement imaginer ce que pourrait donner des prises en charge utilisant la médiation par l'animal. De nombreuses pistes ont été ouvertes comme des prises en charge

spécifiques pour les troubles de la mémoire, pour lutter contre l'apathie ou encore pour travailler les praxies et les gnosies.

E) Hypothèses d'explication des résultats

Nous avons pu mettre en évidence des résultats quantitatifs et qualitatifs qui viennent confirmer nos hypothèses de départ. Nous pouvons alors nous demander par quels mécanismes expliquer ces résultats.

Tout d'abord, **l'animal est neutre, il ne juge pas**, il n'est pas capable de jugement de valeur. Le chien ne fait pas de différence entre un individu sain et un individu malade quelque soit sa pathologie. L'animal manifeste un amour inconditionnel pour les gens, quelque soit leur état psychologique et physiologique. Le chien ne peut juger de la bonne ou mauvaise communication de quelqu'un. Il réagira de la même façon que le langage soit compréhensible que face à un jargon. Ceci peut donc expliquer la facilité des patients à se confier au chien puisque celui-ci ne manifeste jamais de difficultés de compréhension.

De plus, **l'animal inspire confiance** : il est heureux de voir le patient et le manifeste ce qui facilite l'interaction. Son attitude positive met en confiance les personnes. Voir un chien courir vers soi en remuant la queue, venant quémander des caresses redonne le sourire aux patients qui se sentent aimés et reconsidérés. Ils se sentent à nouveau utiles : ils répondent à l'affection manifestée par l'animal et, souvent, se préoccupent de son bien être (a-t'il faim ou soif ?, peut-il monter sur le fauteuil pour dormir plus confortablement ?...).

Enfin, **le chien fait partie d'un autre monde que le nôtre : le monde animal**. Cette différence aide le patient à se sentir moins en échec et/ou moins différent des autres. En effet, un monde différent implique d'autres codes, d'autres manières de se conduire ce qui aide les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui perdent peu à peu leurs repères, les codes appropriés au « monde humain ». De plus, il n'existe pas de barrières sociales et culturelles entre un Homme et un chien du fait des codes relationnels différents. Cette absence de barrière anéantit tout sentiment de gêne qui pourrait être présent entre deux personnes. Là encore, il est évident que la triangulation doit aider le thérapeute à annihiler tout sentiment de gêne et d'inconfort émotionnel et psychologique.

Conclusion

L'objectif principal de cette expérience était de démontrer que la communication verbale d'un patient atteint de maladie d'Alzheimer augmente en présence d'un animal.

Au terme de notre expérience, nous obtenons des résultats probants qu'il faut cependant relativiser du fait du trop petit échantillon de patients. Il est tout de même nécessaire de rappeler que, en moyenne, le temps de communication total des patients a été multiplié par 2,3 lors de cette expérience ! Une telle augmentation n'est pas négligeable surtout si l'on tient compte de l'apathie, très présente dans la maladie d'Alzheimer.

Le deuxième objectif de cette démarche était de démontrer que la présence du chien augmente les initiatives prises par le patient, ses émotions, la communication spontanée, l'intérêt porté à l'interaction avec l'étudiante et, de ce fait, réduit le comportement apathique du patient pendant le laps de temps où le chien est présent.

Les résultats obtenus ici sont purement subjectifs mais il semble, de par les observations faites pendant les séances, que le chien fasse baisser le comportement apathique des patients et il serait très intéressant d'effectuer une étude plus poussée sur le sujet avec une réelle mesure de l'apathie, avant et après l'intervention.

Il ressort également de notre étude que la présence animale semble apporter, aux patients, un bien être psychologique et affectif non négligeable chez des patients souvent dépressifs et atteints par une maladie difficile à vivre au quotidien, au caractère dégénératif et irréversible. La seule présence du chien suffit à faire apparaître des sourires, à illuminer un visage, à faire naître le rire...

Nous avons pu aussi montrer une hausse de la communication non-verbale surtout chez les patients présentant une communication verbale déficitaire. Cette observation pourrait s'avérer très utile au stade sévère de la maladie. En effet, il serait intéressant de voir si la Thérapie Facilitée par l'Animal peut aider ces patients à maintenir leur communication non-verbale et, de ce fait, à continuer à interagir avec leur environnement.

Il apparaît dès lors évident, que la Thérapie Facilitée par l'Animal apporte de multiples bénéfices aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et que ceux-ci sont encore méconnus.

Mener et vivre une étude comme celle-ci cèle définitivement la foi en ce type de démarche. Même si l'on était convaincu des bienfaits de la TFA et que nos hypothèses étaient fondées, nous ne pensions pas se retrouver face à de tels résultats. Cette expérience a été d'autant plus enrichissante qu'elle a permis de vraies rencontres avec les patients, des rires, de la joie, des confidences, des moments partagés autour et avec le chien. Vivre une expérience comme celle-ci ne peut que donner envie de continuer à faire découvrir cette démarche et à la mettre en pratique.

Ce mémoire nous a permis d'ouvrir de nombreuses pistes de recherche qui nécessiteraient un approfondissement. Nous pouvons à présent imaginer toutes sortes de prises en charge : atelier de reminiscence, séances de groupe ou séances individuelles, atelier langage et communication, groupe de parole... Cependant, pour que toutes ces prises en charge soient reconnues, des études doivent être faites, des articles publiés, les expériences de Thérapie Facilitée par l'Animal multipliées.

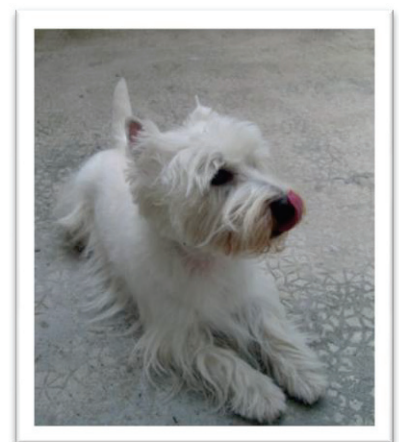
Nous avons aussi essayé d'expliquer les mécanismes qui sous-tendent ses résultats : animal neutre, sans jugement négatif apportant un amour inconditionnel et une attitude positive... Tout ceci n'est qu'hypothèse mais le rôle positif de l'animal tant sur le plan physiologique que psychologique et social, semble évident.

Il est pourtant difficile de mettre en place ce type de démarche car on se heurte aux normes d'hygiène draconiennes imposées aux institutions. Une question se pose alors : ses mesures sont-elles réellement indispensables et ne sont-elles pas contraire à la thérapie ?

En effet, de nombreuses activités thérapeutiques se voient refusées à cause de ses normes (la TFA mais aussi les ateliers cuisine par exemple) alors qu'elles peuvent apporter beaucoup aux résidents.

La thérapie facilitée par l'animal reste, à ce jour, une discipline nouvelle, peu développée en France là où les pays anglo-saxons en ont fait un vrai atout pour les prises en charge médicales, paramédicales et sociales.

Il reste donc de nombreuses pistes à creuser que ce soit pour l'orthophonie ou pour d'autres disciplines.



Bibliographie

Articles

- (1) ALLEN KM, « Dog ownership and control of borderline hypertension : a controlled randomized trial », The 22nd Annual Scientific Sessions of the Society of Behavioral Medicine, Seattle, March 24, 2001.
- (2) AVRIL C, HERVOUET MP, LE BLEIS F, LE GALLOU F, LIBEAU B, TOURRES J, WIESEL M, « Bilan d'activité de l'APLEIN (Association des Pays de la Loire pour l'Eviction des Infections Nosocomiales) », News, 17, 1999, compte-rendu de l'Assemblée Générale.
- (3) BALSIS S, CAPENTER BD, STORANDT M, « Personality Change Precedes Clinical Diagnosis of Dementia of the Alzheimer Type » The Journals of Gerontology, mars 2005, vol 2, p. 98 à 101
- (4) BERNATCHEZ A, « Le rôle modérateur de l'animal sur les comportements perturbateurs des personnes âgées présentant des déficits cognitifs », *La Gérontoise*, n°10, 1999, p. 1 à 4
- (5) BERNSTEIN PL, FRIEDMANN E, MALASPINA A, « Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities », *Anthrozoös*, 13, 2000, p. 213 à 224.
- (6) COLLIS GM, McNICHOLAS J, « A Theoretical Basis for Health Benefits of Pet Ownership : Attachment versus Psychological Support », CC Wilson & DC Turner Eds, California : SAGE Publications, p. 105 à 122
- (7) CRISP J, « Donner un sens à ce que disent les patients atteints de Maladie d'Alzheimer » *Alzheimer Actualités*, 90, 1994, p. 6 à 12.
- (8) GARRITY TF, STALLONES L, MARX MB, JOHNSON TP, « Pet ownership and attachment as supportive factors in the health of the elderly », *Anthrozoös*, 3, 1989, p. 35 à 44.
- (9) GOLDBLUM MC, « Troubles du langage et démence Alzheimer », *Rééducation orthophonique*, n°181, février 1995, p. 17 à 26.
- (10) KONGABLE LG, BUCKWALTER KC, STOLLEY JM, « The effects of Pet Therapy on the social Behavior of Institutionalized Alzheimer's clients », *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 1989, p. 191 à 198.

- (11) McCABE BW, BAUN MM, SPEICH D, AGRAWAL S, « Resident Dog in the Alzheimer's Special Care Unit », *Western Journal of Nursing Research*, 24, 2002, p. 684 à 696.
- (12) MARIN RS « Apathy : A Neuropsychiatric Syndrom » *Journal of Neuropsychiatry*, 1991, vol 3, n°3 p. 243 à 254.
- (13) MARQUIS F, « La maladie d'Alzheimer : rééducation orthophonique », *Rééducation orthophonique*, n°180, décembre 1994, p. 371 à 377.
- (14) ODENDAAL JSJ, « Animal-assisted therapy-magic or medicine ? » *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 2000, p. 275 à 280.
- (15) PLANTET J, « Vers une nouvelle allocation dépendance » *Lien social*, 568, 2001, Dossier.
- (16) PORESKY R, HENDRIX C « Differential Effects of Pet Presence and Pet Bounding in Young Children », *Psychological Reports*, 67, 1990, p. 51 à 54.
- (17) TESSIER JF, BOULESTEIX G, FAUGERON P, BONNET C, FOURGNAUD M, COTE D, ONO S, DUGOULET F, « Stimulation et rééducation du dément sénile », *Rééducation orthophonique*, n°181, février 1995, p. 5 à 15.
- (18) VESPA A, GORI G, SPAZZAFUMO L, « Evaluation of non-pharmacological intervention on antisocial behavior in patients suffering from Alzheimer's disease in a day care center » *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2002, vol 34, p. 1 à 8.

Articles tirés d'internet

- (19) BASTIN A, « L'animal meilleur ami des patients Alzheimer ? », <http://www.info-alzheimer.be/newsdetail.asp?newsid=72&lqid=&lq=2>, 24 janvier 2007.
- (20) BERNATCHEZ A, « Les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal auprès d'une population de personnes âgées atteintes de la démence de type Alzheimer », www.zootherapiequebec.ca
- (21) HAZIF-THOMAS C, « L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées », http://www.chu-poitiers.fr/pole-info/vieillessement_cerebral/depress.htm

Ouvrages

- (22) BASS S, *Personnes âgées, médiation, identité, une application de la musicothérapie en maison de retraite*, Parempuyre, Edition du non verbal, 2005, 212p.
- (23) BEIGER F, *L'enfant et la médiation animale*, Paris, Dunod, 2008, 200p.
- (24) BELIN B, *Animaux au secours du handicap*, Paris, L'Harmattan, 2003, 244p.
- (25) BOUCHARD C, DELBOURG C, *Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé*, Paris, Albin Michel, 264p.
- (26) BRIN F, COURRIER C, LEDERLE E, MASY V, *Dictionnaire d'orthophonie*, Isebergues, Ortho Edition, 2004, 298p.
- (27) CYRULNIK B, MATIGNON KL, FOUGEA F, *La fabuleuse aventure des hommes et des animaux*, Paris, Hachette Littérature, 2001, 150p.
- (28) DEROUESNE C, SELMES J, *La maladie d'Alzheimer comportement et humeur Guide de l'aidant Tome 2*, Paris, Jonh Libbey Eurotext, 2005, 232p.
- (29) ERGIS AM, GELY-NARGEOT MC, VAN DER LINDEN M, *Les troubles de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer*, Marseille, Solal, 2005, 387p.
- (29a) « Mémoire de travail et maladie d'Alzheimer » COLETTE F, VAN DER LINDEN M p. 35 à 71
- (29b) « Fonctionnement de la mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer » F LEKEU, M VAN DER LINDEN p. 73 à 117
- (29c) « Déficit de la mémoire sémantique dans la démence de type Alzheimer » H CHARNAY p. 147 à 171
- (30) HAUW JJ, DUBOIS B, VERNY M, DUYCKAERTS C, *La maladie d'Alzheimer*, Paris, John Libbey Eurotext, 1997, 162p.
- (31) *Le Petit Larousse illustré 2006*, Paris, 2005, 1855p.
- (32) LEVESQUE L, ROUX C, LAUZON S, *Alzheimer, comprendre pour mieux aider*, Ottawa, Edition du renouveau pédagogique, 1990, 321p.
- (33) *Mini DSM-IV, Critères diagnostiques*, Paris, Masson, 1996, 361p. \$\$
- (34) PLOTON L, *Maladie d'Alzheimer A l'écoute d'un langage 2^{ème} édition*, Lyon, Chronique Sociale, 1999, 170p.

(35) RENTON WA, *Standards of Practice for Animal-Assisted Activities and Animal-Assisted Therapy*, Delta Society, 1996, 2^e éd.

(36) ROUSSEAU T, *Communication et maladie d'Alzheimer 2^{ème} édition*, Paris, Ortho Edition, 2007, 160p.

(37) ROUSSELET V, MANGEZ C, *Les animaux guérisseurs*, Paris, JC Lattès, 1992, 240p.

(38) SIOUFFI G, VAN RAEMDONCK D, *100 fiches pour comprendre la linguistique*, Rosny-sous-Bois, Bréal éditions, 1999, 224p.

(39) VALLERAND RJ, *Les fondements de la psychologie sociale*, Bourcherville : Gaëtan Morin, 1994.

(40) VERNAY D, *Le chien partenaire de vies : Applications et perspectives en santé humaine*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès, 2003, 154p.

Mémoires d'orthophonie

(41) DOZOL C, *Etude des relations entre un comportement apathique et les processus d'initiation en fluence verbale chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer*, Université de Nice Sophia Antipolis, 2004, 104p.

(42) DUBOSC C, *L'orthophoniste face à l'apathie dans la maladie d'Alzheimer. Intervention expérimentale à domicile auprès de deux patients et leurs conjoints respectifs*, Université de Nice Sophia Antipolis, 2007, 301p.

Thèses et mémoires

(43) FOURNIER CHOUINARD E, *Effet d'une thérapie de type cognitivo-comportementale assistée par l'animal sur les interactions sociales de personnes ayant une déficience intellectuelle légère ou moyenne*, Université du Québec Maîtrise en Psychologie, 2006, 214p.

(44) POUJOL A, *La thérapie facilitée par le chien auprès des personnes âgées résidant en institution*, Ecole nationale vétérinaire de Toulouse, 2009, 136p.

(45) SALTARIN E, *Le chien médiateur dans la communication avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Université de Nice Sophia Antipolis DIU « Formation pluridisciplinaire de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés », 2007, 38p.

Annexe 1 : Critères du DSM IV - Démence de type Alzheimer

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- (1) Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)
 - (2) Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - (a) aphasie (perturbation du langage)
 - (b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - (c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - (d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :
- (1) A d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple, maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale).
 - (2) A des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple, hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)
 - (3) A des affections induites par une substance
- E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium.
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple, trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Annexe 2 : Les critères diagnostiques du syndrome apathique selon Marin :

- A. L'apathie est définie par un manque de motivation par rapport au niveau de fonctionnement antérieur, ou au standards des sujets de même âge et de même culture dont témoigne l'ensemble des trois manifestations suivantes :
- I) Une diminution franche du comportement intentionnel indiquée par :
 - 1) Une diminution de la productivité,
 - 2) Une diminution de l'effort,
 - 3) Une diminution du temps passé dans les activités intéressantes,
 - 4) Un manque d'initiative ou de persévérance,
 - 5) Une soumission comportementale ou une dépendance vis-à-vis des autres pour structurer l'activité.

 - II) Une diminution des activités cognitives intentionnelles manifestée par :
 - 1) Une restriction des champs d'intérêts, un manque d'intérêt pour apprendre de nouvelles choses ou vivre de nouvelles expériences,
 - 2) Une absence de préoccupation pour sa personne, sa santé, ses activités,
 - 3) Une diminution de l'importance ou de la valeur attribuée à des domaines comme la socialisation, la détente, la productivité, l'initiative, la persévérance, la curiosité.

 - III) Une diminution des aspects émotionnels du comportement intentionnel indiquée par :
 - 1) Une monotonie de l'affect,
 - 2) Un manque de réactivité émotionnelle aux évènements positifs ou négatifs,
 - 3) Un affect euphorique ou plat,
 - 4) Une absence d'excitation ou d'intensité émotionnelle.
- B. Le manque de motivation n'est pas attribuable à un déficit intellectuel, une détresse émotionnelle, ou une diminution du niveau de conscience. Lorsque le manque de motivation est attribuable à un déficit intellectuel, à une détresse émotionnelle ou à une réduction du niveau de conscience (sommolence ou diminution de l'attention), l'apathie doit être considérée comme un symptôme dépendant d'un autre syndrome comme une démence, une dépression ou une confusion mentale.
- C. Une détresse émotionnelle est absente ou est insuffisante pour expliquer la perte de la motivation.

Annexe 3 : Contres indications données par Caroline Bouchard dans son livre *Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé* (10).

La zoothérapie est totalement exclue :

- pour les patients souffrant de pathologies les contraignant à vivre en chambre stérile

- pour les personnes souffrant d'allergies aux poils et/ou aux plumes d'animaux. Cependant, selon Fortier et coll en 2001, les personnes allergiques ne sont souvent sensibles qu'à un seul allergène. Il est donc possible de diminuer le risque d'allergies par l'utilisation de shampoing anti-allergènes ou par le port d'un manteau pour minimiser la perte de poils et de pellicules.

- pour les individus souffrant de zoophobie

- pour les personnes candidates à une pratique de l'équithérapie âgées de moins de trois ans, anxieuses, atteintes d'un déficit mental au dernier degré, en phase aiguë de scoliose ou présentant une scoliose de plus de 25 degrés sur l'échelle de Cobb, atteintes de pathologie spinale sévère, souffrant de poussées évolutives de sclérose en plaque ou de crise de rhumatismes.

Caroline Bouchard évoque aussi des contre-indications relatives telles que des perturbations psychiques pouvant amener le patient à maltraiter l'animal, un retard mental trop important ou un degré de validité trop réduit. Pour les patients correspondants à ces contre-indications relatives, la décision se fera au cas par cas.

Annexe 4 : Pistes pour travailler la mémoire, l'apraxie et l'agnosie grâce à la TFA

La mémoire

Tout d'abord la mémoire peut aisément être travaillée en essayant de faire se rappeler au patient le nom du chien, ce que l'on vient travailler avec lui...

Comme nous l'avons déjà évoqué, on observe un déficit de la mémoire à court terme par rapport à la mémoire à long terme. Il devient donc évident, que les souvenirs anciens et affectifs liés à la possession d'un animal devraient être préservés. Des souvenirs épisodiques peuvent donc être ravivés par la présence d'un animal.

D Taillefer donne aussi une théorie intéressante (6). Il parle de « stratégie de diversion par réminiscence autobiographique ». Cette stratégie consiste à faire ressurgir des souvenirs anciens vivides et toujours accessibles pour faciliter la communication entre l'intervenant et le patient et inciter ce dernier à effectuer des gestes de soins ou de toilettes, par exemple, qu'il ne fait plus et qui sont souvent source d'agitation. Pour cela, l'animal est un parfait « agent de diversion » car il va créer une réponse affective favorable au moment de la réminiscence et rendre de ce fait plus acceptables, pour le patient, les demandes du thérapeute.

La mémoire sémantique peut aussi être travaillée de diverses manières. Par exemple, il est possible de demander au patient de nommer les différentes parties du corps du chien ou les différents accessoires nécessaires pour sa toilette.

La mémoire procédurale peut aussi être travaillée car un répertoire de gestes acquis de longue date, tel brosser, nourrir ou caresser le chien demeure accessible à des stades avancés de la maladie.

De nombreux exercices peuvent aussi être inventés ou adaptés pour travailler la mémoire de travail du patient à l'aide de l'animal.

L'apraxie et l'agnosie

Les apraxies peuvent être aisément travaillées en caressant le chien, en le brossant (ou même en l'habillant), en jouant avec lui...

Pour ce qui est des agnosies, le chien offre un éventail sensoriel non négligeable et peut apporter de nombreux éléments bénéfiques au niveau tactile, odorant, visuel (mouvements des oreilles et de la queue par exemple).

Annexe 5

PATIENTE 1 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	33	12
Temps question 2	35	15
Temps question 3	27	27
Temps question 4	13	35
Temps question 5	48	44
Temps question 6	46	54
Temps total réponses aux questions 1 à 6	202	187
Temps total interventions spontanées	290	0
TEMPS TOTAL	492	187
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	12	11
Temps question B	15	31
Temps question C	35	43
Temps question D	22	26
Temps question E	29	30
Temps question F	8	80
Temps total réponses aux questions A à F	121	221
Temps total interventions spontanées	7	96
TEMPS TOTAL	128	372

Année de naissance : 1921

MMS : 3/30

Inventaire Apathie : 12/24

Résultats qualitatifs

Première séance :

La patiente se montre très enthousiaste à l'arrivée du chien : elle lui parle énormément, le caresse...

Tout au long de cette première partie d'entretien, elle me parle beaucoup du chien qu'elle inclut régulièrement à la conversation en s'adressant directement à lui.

Elle le fait monter sur son fauteuil, le garde sur ses genoux tout au long de sa présence, multiplie les caresses et les contacts tactiles avec lui et m'incite aussi à le caresser à mon tour.

Durant cette première partie d'entretien, la patiente se montre très joyeuse, très expressive, ses réponses aux questions sont positives. Elle rit beaucoup et sourit.

Lorsque le chien s'en va, elle se montre beaucoup moins intéressée sauf lorsqu'elle me reparle du chien au cours de certaines de ses réponses aux questions. Elle se contente généralement de répondre à mes questions par oui ou par non sans argumenter.

Lors de cette deuxième partie d'entretien, elle se montre plus en retrait, peu expressive, ses réponses aux questions sont plus négatives.

Deuxième séance :

La première partie de cette deuxième séance se déroule sans le chien.

La patiente se montre à l'aise et assez intéressée même si les réponses aux questions restent pauvres. Elle est très expressive (ce qui est dans son caractère), parle avec les mains, transmet facilement ses émotions et ses sentiments. Cependant, aucune communication spontanée n'est relevée.

Lorsque le chien arrive, elle est très contente et lui parle beaucoup (« tu es beau », « je t'aime »...).

Lors de cette deuxième partie de séance la patiente est très souriante (plus que précédemment).

Elle fait régulièrement monter le chien sur son fauteuil et sur ses genoux, multiplie les contacts tactiles avec lui (caresses, bisous...). Elle reste de longs moments à le caresser, sans rien dire mais en faisant partager son contentement en me souriant. Ces moments sont néanmoins riches en partage car elle me fait ressentir ses émotions lorsqu'elle me sourit, lorsqu'elle rit, par ses regards et ses mimiques.

Elle s'intéresse aussi beaucoup au chien et la communication spontanée est riche. Elle me pose beaucoup de questions sur lui (que mange-t-il ? Où peut-on lui acheter sa nourriture ?...). Elle s'adresse aussi beaucoup directement au chien, lui parle, lui pose des questions.

Ce que l'on peut en retirer :

Lorsque le chien est présent on remarque de nombreuses prises d'initiatives inexistantes durant les moments d'absence de celui-ci :

- les interventions orales spontanées de la patiente n'ont quasiment lieu qu'en présence du chien.
- la patiente me sollicite pour que j'intervienne oralement (elle me pose de nombreuses questions) ou physiquement (elle me demande de le caresser), ce qu'elle ne fait jamais lorsque que le chien est absent.
- la patiente se montre beaucoup plus active dans son comportement : le chien l'incite à se mouvoir pour le caresser, le faire monter sur le fauteuil... alors que lorsqu'il est absent, elle reste assise sans bouger.

Ces premières constatations pourraient laisser entrevoir une baisse de l'apathie en présence du chien qui reste cependant à vérifier.

De plus, lors des moments de présence du chien, la communication non verbale de la patiente est plus riche : rires, sourires, contacts tactiles, mimiques, gestes informatifs, regards... Cette patiente possède une communication non verbale informative. Au contraire, sa communication verbale est perturbée et perd de son informativité surtout à cause d'un important manque du mot et d'une compréhension orale déficitaire. La communication non verbale de cette patiente pourrait être un bon élément à travailler et à préserver surtout en vue de l'évolution de la maladie et de la communication verbale qui sera de plus en plus perturbée. La thérapie facilitée par l'animal semble être un bon moyen de développer la communication non verbale de cette patiente.

Enfin, on remarque un aspect psychologique non négligeable : la présence du chien semble bénéfique puisque les réponses aux questions sont plus positives, l'enthousiasme, les rires et les sourires plus fréquents.

Annexe 6

PATIENTE 2 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	50	35
Temps question 2	27	12
Temps question 3	45	38
Temps question 4	38	49
Temps question 5	33	74
Temps question 6	56	25
Temps total réponses aux questions 1 à 6	249	233
Temps total interventions spontanées	279	88
TEMPS TOTAL	528	321
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	34	21
Temps question B	22	32
Temps question C	23	26
Temps question D	38	69
Temps question E	34	42
Temps question F	28	30
Temps total réponses aux questions A à F	179	220
Temps total interventions spontanées	133	235
TEMPS TOTAL	312	455

Année de naissance : 1927

MMS : 6/30

Inventaire Apathie : 15/24

Résultats qualitatifs

Première séance :

La patiente se montre enthousiaste à l'arrivée du chien même si elle est surprise par sa vivacité. Elle ne montre cependant aucun signe d'appréhension. Elle me parle spontanément de son amour pour les animaux. Tout au long de la séance, elle me commente ce que fait le chien « il bouge beaucoup », « maintenant il est sage » ...

Elle inclut le chien dans sa vie. En effet, ce jour là, elle a mal aux pieds et m'explique que c'est parce qu'elle doit beaucoup promener le chien.

Lorsque Valerio part, elle me dit (suite à ma question) qu'aimer les animaux est « sa faiblesse » et que cela a une grande importance dans sa vie.

Durant cette deuxième partie d'entretien, elle observe la pièce et les objets qui s'y trouvent, commente ce que je fais (ce que j'écris par exemple). Même si les interventions spontanées sont moins nombreuses, elle reste néanmoins beaucoup dans la communication.

Deuxième séance :

Cette séance débute sans le chien.

Pendant cette deuxième séance, la patiente se montre assez agitée.

Pendant cette première partie d'entretien, la patiente se répète beaucoup. Elle regarde et commente beaucoup ce que je fais, ce que j'écris. Elle semble se plaire à répondre aux questions que je lui pose.

La patiente est contente de voir arriver le chien. Elle me dit que c'est agréable. Elle voudrait aller le promener. Elle me pose des questions le concernant « c'est un bichon ? ».

Jusqu'à la fin de l'entretien, elle se lève beaucoup, répète qu'elle veut aller le promener, l'emmener « faire pipi ». Elle se promène dans la pièce et s'arrête parfois pour le caresser.

Elle me dit qu'il est charmant et gentil et qu'elle ne sait pas « si le petit chien doit obéir ou si on doit obéir au petit chien ». Cette dernière remarque la fait beaucoup rire.

Une fois la séance terminée, lorsque je la raccompagne dans le service, elle me demande si le chien a de l'eau ou si on doit retourner lui en mettre.

Ce que l'on peut en retirer :

Lorsque le chien est présent, on note beaucoup plus d'interventions spontanées de la part de la patiente et de prises d'initiatives :

- La communication verbale s'accroît en présence du chien : les interventions verbales spontanées sont plus nombreuses, la patiente pose des questions et parle beaucoup du chien.

- Les prises d'initiatives et l'intérêt porté à l'activité augmentent : la patiente veut emmener le chien se promener, elle le caresse, s'inquiète de savoir s'il a de l'eau. Il est intéressant de remarquer que l'inventaire apathie avait mis en évidence une perte des initiatives et des intérêts importante qui semble s'amoinrir lors d'une activité de thérapie facilitée par l'animal.

Il semblerait également que la TFA facilite, chez cette patiente, la réminiscence. En effet, la patiente parle beaucoup de son amour pour les animaux, du temps où elle en possédait et ce que cela lui apportait. De plus, elle inclut parfois le chien à son quotidien ce qui pourrait faire penser qu'elle revit à travers lui certains événements de son passé.

Le comportement d'agitation relevé dans le NPI ne semble pas évoluer en fonction de la présence ou de l'absence du chien, on ne note pas de modifications notables.

Annexe 7

PATIENTE 3 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	120	40
Temps question 2	60	28
Temps question 3	113	16
Temps question 4	48	54
Temps question 5	20	12
Temps question 6	54	37
Temps total réponses aux questions 1 à 6	415	187
Temps total interventions spontanées	326	140
TEMPS TOTAL	741	327
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	18	15
Temps question B	24	19
Temps question C	28	45
Temps question D	60	36
Temps question E	26	40
Temps question F	33	51
Temps total réponses aux questions A à F	189	206
Temps total interventions spontanées	39	118
TEMPS TOTAL	228	324

Année de naissance : 1926

MMS : 10/30

Inventaire Apathie : 11/24

Résultats qualitatifs

Première séance :

La patiente parle un long moment au chien à son arrivée. Elle lui parle en français et en anglais (la patiente a vécu au Etats-Unis). Elle me dit qu'elle aime beaucoup les animaux.

Cette patiente n'est pas du tout anosognosique et me parle beaucoup de la maladie d'Alzheimer qui la touche et m'explique ses difficultés.

Elle semble reparler au chien à chaque fois que parler de la maladie devient trop difficile. Elle le caresse souvent, me demande à qui il est...

Lorsque je lui dis que je dois ramener Valério, elle prend le temps de lui dire au revoir, le caresse, lui parle.

Une fois le chien parti, la patiente se livre moins, intervient moins. Elle se contente de répondre aux questions.

Deuxième séance :

Lorsque l'on commence cette deuxième séance, la patiente me parle beaucoup de sa maladie. Elle me dit qu'elle est très malheureuse et qu'elle sait qu'elle est « foutue ». Elle s'énerve contre la maladie. Elle me prend à parti avec des questions concernant la maladie et comment expliquer que la science n'y puisse rien.

Elle est contente à l'arrivée du chien. Elle rit et sourit pour la première fois depuis le début de la séance.

Elle me demande à qui il est. Lui parle et le caresse beaucoup.

Elle me dit qu'elle avait des chiens alors qu'elle ne s'en était pas souvenue lors de ma question posée dans la première partie. La patiente se souvient que je lui ai déjà montré le chien. Au fur et à mesure, son souvenir semble se préciser, elle se rappelle à présent avoir eu un chien blanc.

Elle me confie qu'elle aimerait bien avoir un animal, que ce serait bon pour son moral.

Elle me reparle de sa maladie même si elle en parle moins depuis que le chien est là.

Cette fois encore, elle prend le temps de lui dire au revoir, le fait monter sur le fauteuil, le caresse, lui dit qu'il est beau.

Ce que l'on peut en retirer :

Là encore l'intérêt pour l'activité et la prise d'initiative semblent augmenter en présence du chien. En effet, lorsque celui-ci est présent, la patiente pose de nombreuses questions, parle « au chien » et « du chien ».

La réminiscence semble facilitée par la présence du chien : les souvenirs lui reviennent, se précisent au fur et à mesure. La patiente ne se rappelle pas de moi ni des questions lors de la deuxième séance mais se rappelle avoir déjà vu le chien.

Enfin, le chien semble jouer un important rôle psychologique (le NPI a relevé des éléments dépressifs). En effet, comme nous l'avons décrit, se reconcentrer sur le chien semble lui permettre « d'échapper » à la maladie, elle rit et sourit seulement en sa présence et avoue qu'un animal serait bon pour son moral. De plus, on remarque qu'elle recherche fréquemment le contact tactile avec le chien et la tendresse qu'il peut lui apporter.

Annexe 8

PATIENTE 4 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	25	39
Temps question 2	15	54
Temps question 3	39	32
Temps question 4	54	19
Temps question 5	20	33
Temps question 6	27	34
Temps total réponses aux questions 1 à 6	180	211
Temps total interventions spontanées	383	23
TEMPS TOTAL	563	234
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	14	19
Temps question B	15	37
Temps question C	15	15
Temps question D	26	32
Temps question E	14	48
Temps question F	19	31
Temps total réponses aux questions A à F	103	182
Temps total interventions spontanées	4	340
TEMPS TOTAL	107	522

Année de naissance : 1913

MMS : 3/30

Inventaire Apathie : 11/24

Résultats qualitatifs

Première séance :

La patiente n'est pas surprise à l'arrivée du chien. Elle lui parle, lui pose de nombreuses questions.

Durant tout le laps de temps où le chien est présent, elle lui parle sans arrêt, commente tout ce qu'il fait, me parle de lui...

Elle le fait monter sur le fauteuil et se préoccupe de son confort.

Elle cherche beaucoup le contact avec lui, le caresse, l'embrasse...

La patiente rit énormément. Elle me dit que le chien est très drôle.

Lorsque le chien n'est plus là, on ne note plus d'interventions spontanées, la patiente répond seulement à mes questions.

Deuxième séance :

Lors de cette séance, la patiente se montre encore plus expressive. Elle me fait des compliments et recherche un contact tactile (elle me tient la main). Cependant, durant la première partie les interventions spontanées sont très rares.

Lorsqu'on amène le chien, elle lui parle beaucoup. Le regarde beaucoup aussi. Elle commente tout ce qu'il fait, lui pose de nombreuses questions. Elle parle du chien ou au chien entre chaque question.

A un moment, le chat, qui vient parfois dans l'institution, vient à la fenêtre. Elle se lève pour le regarder après que le chien l'ait vu.

Elle sourit beaucoup et juste avant la fin de la séance me confie qu'elle est bien, que cette séance lui a fait plaisir.

Ce que l'on peut en retirer :

L'inventaire apathie a mis principalement en évidence une perte des intérêts qui manifestement ne transparait pas lors des moments où le chien est présent. En effet, la patiente pose de nombreuses questions, parle beaucoup au chien et du chien, dit que cette activité lui fait du bien, se lève pour aller voir le chat...

On peut remarquer que les interventions spontanées sont beaucoup plus nombreuses en présence du chien. La patiente n'engage pratiquement aucune conversation lorsque le chien est absent.

Enfin, on remarque que la patiente semble avoir besoin de contacts tactiles et que le chien peut aisément répondre à cette demande en sollicitant des caresses.

Annexe 9

PATIENTE 5 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	12	9
Temps question 2	13	15
Temps question 3	29	10
Temps question 4	16	12
Temps question 5	38	7
Temps question 6	25	12
Temps total réponses aux questions 1 à 6	133	65
Temps total interventions spontanées	148	0
TEMPS TOTAL	160	65
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	12	10
Temps question B	11	23
Temps question C	13	24
Temps question D	14	17
Temps question E	14	12
Temps question F	10	13
Temps total réponses aux questions A à F	74	99
Temps total interventions spontanées	37	63
TEMPS TOTAL	111	162

Année de naissance : 1915

MMS : 8/30

Inventaire Apathie : 18/24

Résultats qualitatifs

Séance 1 :

La patiente ne parle pas beaucoup mais, en revanche, caresse beaucoup le chien et le caressera tout au long de la séance. Elle rit en le regardant jouer. On voit qu'il l'amuse beaucoup. Elle ne le quitte d'ailleurs pas des yeux.

Elle lui pose beaucoup de questions : « c'est bon ça ? », « t'aimes bien le fauteuil ? »...Elle me demande quels sont mes loisirs. Puis se met à chanter, beaucoup et toujours la même chanson.

Lorsque le chien n'est plus là, elle répond seulement aux questions, les yeux dans le vague. On ne note aucune autre intervention spontanée mis à part lorsqu'elle chante.

Séance 2 :

La patiente répond aux questions les yeux dans le vague. Elle est très apathique. Elle répond souvent, seulement par « je sais pas », « non » ou « oui » ponctué d'un hochement de tête. On ne compte aucune intervention spontanée.

Quand le chien arrive, elle rit et sourit. Elle lui parle un peu et le regarde beaucoup. Même si on note peu d'interventions spontanées, le laps de temps où le chien est présent dure beaucoup plus longtemps que lorsqu'il n'était pas là parce que l'on peut remarquer, entre les questions, une communication non verbale riche. En effet, elle le regarde beaucoup, me fait des mimiques pour me faire comprendre ce qu'elle ressent par rapport au chien : haussement de sourcils et hochement de tête lorsqu'il se met à beaucoup bouger, elle sourit quand il joue... Vers la fin, elle se remet à chanter.

Ce que l'on peut en retirer :

On note une augmentation de la communication verbale en présence du chien (elle lui pose des questions, me pose des questions, lui parle). Même si la communication verbale reste pauvre elle est néanmoins présente ce qui n'est pratiquement pas le cas quand le chien n'est pas là.

La communication non verbale est elle aussi beaucoup plus riche en présence du chien : contacts tactiles, regard, rires, sourires, mimiques... Chez cette patiente où la communication verbale est très réduite, la communication non verbale peut être très intéressante à travailler et à maintenir. Là encore, la TFA semble être un moyen propice à son développement.

L'inventaire apathie de cette patiente a relevé un émoussement affectif, une perte des initiatives et des intérêts importants. Ces trois composantes de l'apathie semblent s'atténuer en présence du chien.

On peut enfin remarquer l'attirance de la patiente pour le chant. La TFA semble intéressante pour cette patiente mais on pourrait aussi imaginer un autre type de médiation par le chant, la musique.

Annexe 10

PATIENTE 6 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	113	97
Temps question 2	171	118
Temps question 3	77	87
Temps question 4	210	126
Temps question 5	37	55
Temps question 6	158	66
Temps total réponses aux questions 1 à 6	766	549
Temps total interventions spontanées	407	78
TEMPS TOTAL	1173	627
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	54	66
Temps question B	14	116
Temps question C	40	96
Temps question D	18	133
Temps question E	38	58
Temps question F	29	38
Temps total réponses aux questions A à F	193	507
Temps total interventions spontanées	154	168
TEMPS TOTAL	347	675

Année de naissance : 1918

MMS : 13/30

Inventaire Apathie : 16/24

Résultats qualitatifs :

Première séance :

A l'arrivée du chien dit que c'est une belle surprise et le caresse beaucoup. La patiente me dit qu'il lui rappelle le chien d'une sœur qui aboyait toujours quand elle allait à l'église.

Parfois, la patiente oublie que le chien est présent mais dès qu'elle s'en rappelle, le regarde beaucoup, me pose des questions sur le chien, commente ce qu'il fait... Elle se rappelle du chien quand il bouge beaucoup ou quand il vient la voir sinon la patiente a tendance à faire abstraction.

Durant la deuxième partie de séance, la patiente parle toujours beaucoup mais on note moins d'interventions personnelles entre les questions. Elle cherche de plus en plus ses mots, la fatigue se fait certainement sentir.

Deuxième séance :

Cette séance est difficile tant à cause d'un important manque du mot de la patiente que de son moral.

La patiente paraît triste et se met même à pleurer lorsqu'elle me parle de son frère décédé. La mort de son frère revient fréquemment dans ses réponses aux questions et la première partie de séance est donc difficile à conduire et à terminer.

Lorsque le chien arrive, la patiente retrouve le sourire et se met même à rire. Elle lui parle beaucoup, commente tout ce qu'il fait et me dit de bien le garder, que c'est important. Elle me demande s'il a bien à manger et à boire.

Elle lui fait beaucoup de compliments et oublie sa tristesse tant qu'elle s'intéresse au chien. Lorsqu'elle reparle de son frère, la patiente se tourne aussitôt vers le chien pour le caresser et lui parler ce qui semble atténuer sa tristesse.

Ce que l'on peut en retirer :

On peut noter chez cette patiente que le chien est une aide possible à la réminiscence puisqu'il la ramène à certains événements de son passé.

De plus, on note chez cette patiente apathique, un intérêt pour le chien et une augmentation des prises de parole entre les questions quand le chien est présent.

Des éléments dépressifs ont été relevés chez cette patiente grâce au NPI. Cette tendance à la dépression se ressent beaucoup lors des séances, surtout lors de la deuxième. Il est intéressant de voir que la présence du chien semble atténuer la tristesse ressentie par la patiente. Le chien semble agir comme une éponge.

Enfin, il serait peut-être intéressant de proposer à cette patiente des séances de TFA où le chien serait plus acteur car on se rend compte que la patiente a tendance à oublier la présence du chien quand celui-ci est trop calme.

Annexe 11

PATIENTE 7 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1^{ère} séance	2^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	147	23
Temps question 2	21	22
Temps question 3	61	25
Temps question 4	31	25
Temps question 5	72	31
Temps question 6	40	46
Temps total réponses aux questions 1 à 6	372	172
Temps total interventions spontanées	349	101
TEMPS TOTAL	721	273
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	72	42
Temps question B	61	54
Temps question C	35	56
Temps question D	16	26
Temps question E	100	12
Temps question F	18	55
Temps total réponses aux questions A à F	302	245
Temps total interventions spontanées	98	374
TEMPS TOTAL	400	619

Année de naissance : 1912

MMS : 9/30

Inventaire Apathie : 10/24

Résultats qualitatifs

Séance 1 :

La patiente est très contente à l'arrivée du chien. Elle lui dit qu'elle l'aime et commente tout ce qu'il fait. Elle prend un long moment pour parler au chien et me parler du chien. Elle le regarde jouer, ne le quitte pas des yeux et sourit toujours lorsqu'elle le regarde ou parle de lui. Elle me pose de nombreuses questions à son sujet. Il la fait beaucoup rire. C'est une dame très expressive, qui ponctue son discours par des gestes et de nombreuses mimiques.

Entre chaque question, elle commente ce que fait le chien ou son aspect physique « il est beau », « il est très long, c'est curieux »... Elle le caresse aussi beaucoup.

Quand je lui demande quels sont ses loisirs elle me répond les chiens et les chats et lorsque je la questionne sur sa famille elle me répond qu'elle en a très peu (seulement une sœur qui vit loin) mais qu'heureusement elle a ses animaux.

Lorsque Valerio s'en va, elle reste très expressive (nombreuses mimiques, gestes...) mais on note beaucoup moins d'interventions spontanées. Elle commente un peu son environnement immédiat : la pièce, les meubles qui s'y trouvent, la décoration... Cependant, le peu d'autres interventions spontanées produites reste en lien avec les animaux : elle me dit que j'ai de la chance d'avoir mon chien, me parle de ses oiseaux...

Séance 2 :

La patiente est toujours aussi expressive et ce, tout au long de la séance. Elle ne se rappelle plus si elle a déjà eu des animaux alors qu'elle s'en souvenait lors de la première séance, lorsque le chien était présent. Elle commente de nouveau la pièce. Elle me dit qu'elle se rappelle être venue ici et qu'elle avait vu « un truc intéressant ». A force de chercher, et sans que je l'aide, elle pense se souvenir que c'était un animal mais ne se rappelle pas si c'était un chien, un chat ou un oiseau. Lorsque je lui dis qu'elle a raison et que cet animal arrivera bientôt, elle me dit qu'elle est très pressée de le voir.

Lorsque le chien arrive, elle prend un long moment pour lui dire bonjour, elle le caresse et lui parle beaucoup. Comme lors de la première séance, elle me parle de lui, commente ce qu'il fait et son aspect physique entre chaque question. Elle me confie que ça lui manque et qu'elle aimerait beaucoup avoir un chien et un chat.

Ce que l'on peut en retirer :

On peut remarquer que les interventions spontanées sont beaucoup plus nombreuses quand le chien est présent. La patiente, commente ce que fait le chien, lui parle, me parle de lui et des animaux qu'elle avait, me pose de nombreuses questions.

De plus, le chien semble provoquer une réminiscence. En effet, lors de la deuxième séance, la patiente ne se rappelle plus de moi ni des questions que je lui ai posées mais se souvient avoir vu un

animal à cet endroit avant même qu'il arrive. De plus, le chien lui rappelle des anecdotes concernant les animaux.

Enfin, ces séances ont semblé jouer un grand rôle affectif. En effet, les animaux ont été très importants dans sa vie puisqu'elle a toujours vécu seule mais entourée de nombreux animaux. Elle aime parler d'eux, retrouver les sensations qu'ils procurent, leur contact. Même si le NPI n'a pas montré d'éléments dépressifs chez cette patiente, la TFA semble être très bénéfique pour son moral.

Annexe 12

PATIENT 8 <i>(temps exprimé en secondes)</i>	1 ^{ère} séance	2 ^{ème} séance
	Avec chien	Sans chien
Temps question 1	50	30
Temps question 2	36	41
Temps question 3	55	36
Temps question 4	95	65
Temps question 5	59	94
Temps question 6	43	60
Temps total réponses aux questions 1 à 6	338	326
Temps total interventions spontanées	361	59
TEMPS TOTAL	699	385
	Sans chien	Avec chien
Temps question A	131	69
Temps question B	70	113
Temps question C	32	180
Temps question D	72	45
Temps question E	52	42
Temps question F	110	52
Temps total réponses aux questions A à F	467	501
Temps total interventions spontanées	66	306
TEMPS TOTAL	533	807

Année de naissance : 1920

MMS : 21/30

Inventaire Apathie : 10/24

Résultats qualitatifs

Séance 1 :

Le patient se montre très enthousiaste à l'arrivée du chien. Il rit beaucoup, dit qu'il est mignon, commente ce qu'il fait, lui parle. Il me pose beaucoup de questions sur le chien : « c'est un basset ? », « il a quel âge ? »... Il me parle de la complicité qu'il avait avec son chien, me dit qu'il l'aimait beaucoup, me raconte l'accident qui l'a tué... Puis, il le compare à Valerio : « il était plus grand », « moins foncé »...

Il regarde beaucoup Valerio et commente ce qu'il fait entre chaque question. Par moment, cela lui rappelle des anecdotes le concernant et il me les raconte (par exemple quand le chien joue au ballon,

il me raconte que lui aimait beaucoup ça, qu'il jouait au football). Il me prend souvent à parti pour que l'on regarde ensemble le chien et que l'on en discute : « regardez comme... ». Le chien le fait énormément rire.

Ce monsieur parle beaucoup et possède encore un très bon niveau de langage. Son langage reste très informatif et la pragmatique du discours est conservée. On sent qu'il prend plaisir à parler et à raconter des anecdotes.

Lorsque Valerio s'en va, il continue à parler beaucoup mais on note nettement moins d'interventions spontanées. Les anecdotes ne lui reviennent pas toutes seules en mémoire, il est en demande des questions que je lui pose pour pouvoir me raconter autre chose.

Séance 2 :

Lors de cette deuxième séance, le patient répond facilement aux questions et me dit qu'il est content d'être là et de me parler. Il aime raconter et est toujours très souriant. Il est toujours très informatif dans son discours mais on note peu d'interventions spontanées. Il se rappelle être déjà venu.

Le patient est très content à l'arrivée du chien. Il rit beaucoup, le caresse et joue avec lui tout le long de cette deuxième partie de séance. Il me dit que c'est sûrement un basset vu la taille de ses pattes et son corps allongé.

Il me remercie de l'avoir emmené, il est très content. Il me dit qu'il s'amuse beaucoup. Le patient me parle beaucoup du chien et de ceux qu'il avait. Il commente ce que fait le chien entre chaque question et rit énormément en le regardant. Il me reedit qu'il est content de voir Valerio, que c'est une bonne façon de commencer la journée.

Ce que l'on peut en retirer :

Malgré un encore très bon niveau de langage et une envie de communiquer, de partager, on note peu d'interventions spontanées lorsque le chien est absent. Au contraire, lorsque celui-ci est présent, les interventions spontanées sont fréquentes et riches, le patient pose de nombreuses questions, me sollicite pour que l'on parle du chien, que l'on commente ce qu'il fait.

La présence du chien semble, par ailleurs, l'aider à se remémorer des faits. En effet, nous avons noté précédemment que le patient se souvient de son chien, qu'il le compare à Valerio, que le chien lui rappelle des anecdotes.

Il est aussi important de voir que la présence du chien lui fait énormément plaisir, que celui-ci le fait rire beaucoup.

« La Thérapie Facilitée par l'Animal (TFA) est une intervention dirigée dans laquelle un animal [...] fait partie intégrante du processus de traitement ». Cette définition de la Delta Society, éminent institut américain de zoothérapie, illustre à elle seule l'idée directrice de ce mémoire. La TFA peut, en effet, apporter de nombreux bénéfices physiologiques, psychologiques, sociaux et communicationnels.

Nous avons, ici, souhaité mesurer l'impact que la présence animale pouvait avoir sur la communication et dans quelle mesure cette présence animale pourrait être une aide pour l'orthophoniste.

Nous avons choisi, pour cette expérience, de travailler avec des malades d'Alzheimer car il nous paraissait intéressant de proposer à ces patients, atteints d'une maladie incurable, des prises en charge non-médicamenteuses pour les aider à mieux vivre leur quotidien.

L'enjeu de ce mémoire est d'essayer de démontrer comment la Thérapie Facilitée par l'Animal peut aider au maintien de la communication chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous verrons comment la présence animale peut faciliter la communication chez ces patients.

Notre travail propose, à travers la description de nos rencontres avec 8 patients et de nos analyses, des pistes pour intégrer la TFA à la pratique orthophonique et comprendre pourquoi et comment elle peut nous être utile.

MOTS CLES : Démence – Communication – Thérapie – Expérimentation – Personnes âgées
Zoothérapie – Alzheimer – Animal