

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard Lyon 1
Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation Département Orthophonie

N° de mémoire 1910

Mémoire de Grade Master 2 en Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Grade de Master 2 en Orthophonie

Par

MALDONADO Célia

**Etat des lieux des pratiques et apports de la thérapie assistée
par le chien en orthophonie, en France.**

Directeurs de Mémoire

DENNI-KRICHEL Nicole

MARTIN Sylvie

Date de soutenance

24 mai 2018

Membres du jury

ALLAIGRE Bruno

JACQUET Sylvie

DENNI-KRICHEL Nicole

MARTIN Sylvie

Président
Frédéric FLEURY

Vice-président CFVU
CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
REVEL Didier

Vice-président CS
VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
MARCHAND Dominique

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur
Pr. RODE Gilles

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. BOURGEOIS Denis

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux
Directrice
Pr BURILLON Carole

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directrice
Pr VINCIGUERRA Christine

Département de Formation et
Centre de Recherche en Biologie
Humaine
Directeur
Pr SCHOTT Anne-Marie

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Dr Xavier PERROT

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (CCEM)
Pr COCHAT Pierre

Institut Sciences et Techniques de Réadaptation Département ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Responsables des travaux de recherche
Nina KLEINSZ
Agnès WITKO

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Ségolène CHOPARD
Claire GENTIL

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie
Solveig CHAPUIS
Céline GRENET

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Secrétariat de direction et de scolarité
Aurélie CHATEAUNEUF
Véronique LEFEBVRE
Olivier VERON

Résumé

Si la thérapie assistée par l'animal (TAA) est une thérapie alternative en plein essor, elle est relativement récente dans le cadre orthophonique français. Ainsi, comment cette pratique y est-elle intégrée et quels peuvent en être les apports pour le patient ? Pour essayer de répondre à cette question, ce mémoire réalise un état des lieux des pratiques et des apports possibles de la médiation animale avec le chien en orthophonie française, par l'intermédiaire d'une enquête menée auprès de 35 thérapeutes. Ce travail a pour but de tenter d'exposer les spécificités et toutes les préparations et réflexions mises en jeu en amont de ce projet. Ce questionnaire a mis en évidence le profil des thérapeutes et la nécessité de porter une attention particulière au choix et à la formation du chien (57.1%) mais aussi à celle du professionnel (74.3%), à l'aménagement de l'espace de travail ou encore de l'emploi du temps (68.6%). Il souligne aussi le besoin d'une explication préalable au patient et à son entourage afin de créer une adhésion et une implication dans ce projet atypique. Tout cela, en gardant la préoccupation centrale du bien-être combiné du chien et du patient afin que la triade puisse engendrer un maximum de bénéfices selon la pathologie. Cette enquête montre une vision globale des différentes pratiques actuelles, mais met aussi en exergue toutes les pistes qu'il reste à faire émerger et à investiguer.

Mots clés : Orthophonie, Médiation animale, Méthode alternative, Thérapie assistée par le chien, Questionnaire

Abstract

The animal assisted therapy is an emerging alternative therapy which is pretty new for the speech therapy rehabilitation. So how is it integrated and what can be the benefits for the patient? To answer this question, this essay will try to make an inventory of the different practices of the French speech therapists and of all the possible benefits of the dog assisted therapy, through a survey answered by 35 therapists. This work aims to expose the specificities and all the preparations and reflections preceding this project. This survey highlighted the profile of these professionals and the necessity of taking special care of the choice and the formation of the dog (57.1%) but also the one of the speech therapist (74.3%), the facilities of the workplace or the schedule (68.6%). It also indicates the need of a preliminary explanation to the patient and his family to create an adhesion and an involvement in this atypical project. All these elements must be presents, while keeping in mind the combined well-being of the dog and the patient, so this triad can generate many benefits, depending on the pathology. This investigation shows a global vision of the actual practices and highlight new tracks to develop and to investigate in the future.

Key words : Speech therapy, Animal assisted therapy, Alternative therapy, Dog therapy, Survey

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Nicole Denni-Krichel et Mme Sylvie Martin pour leur guidance, leur bienveillance et leur aide tout au long de ce travail. En effet, ce mémoire n'aurait pas été possible sans leur partage d'expériences, de connaissances qui ont permis de l'enrichir.

Je remercie également tous les orthophonistes qui ont volontairement accepté de participer à cette enquête et qui ont partagé avec nous leurs expériences, leurs pratiques au cours de ce travail.

Je suis aussi reconnaissante envers l'équipe pédagogique pour son encadrement et le temps qu'elle a consacré à nous guider au mieux pour la réalisation de ce mémoire.

Je remercie enfin mes amies et ma famille pour leur soutien, leurs conseils, leurs relectures tout au long de ce projet et au cours de ces cinq années de scolarité.

Sommaire

I Partie théorique.....	1
Introduction	1
1 Le lien Homme-Chien	2
1.1 Un lien ancien et privilégié.....	2
1.2 Un lien créé dès l'enfance	2
2 La thérapie assistée par le chien	3
2.1 Les prédispositions du chien au soin.....	3
2.2 Une pratique en développement	3
2.3 Le choix et la formation du chien	4
2.4 La formation du thérapeute	5
3 Les spécificités d'une prise en charge orthophonique avec la TAA	5
3.1 La mise en place de la triade et des relations dyadiques	5
3.2 Un projet à construire	6
3.3 Cadre pratique et législation.....	6
3.3.1 Une arrivée à préparer en amont.....	6
3.3.2 Respect du bien-être animal vs bien-être du patient.....	7
4 Possibles intérêts et apports globaux et spécifiques du chien	7
4.1 Au niveau cognitif	8
4.2 Aux niveaux physiologique et sensoriel.....	8
4.3 Aux niveaux psychosocial et affectif	8
4.4 Au niveau de la communication et du langage	9
5 Difficultés de validation de la TAA et limites.....	9
5.1 Des études	9
5.2 De la pratique avec le chien	10
5.3 Un manque de connaissance et de reconnaissance	10
II Méthode.....	11
1.1 Population	11

1.2 Matériel.....	11
1.3 Procédure	13
III Résultats.....	14
1 Profil des orthophonistes.....	14
1.1 Découverte et motivations	14
1.2 Formation et début de pratique.....	15
2. Le chien	16
2.1 Le choix du chien.....	16
2.2 La formation de l'animal et le début de pratique	16
2.3 Avantages et limites de l'intervention d'un chien médiateur	17
3 Les apports et les axes de travail selon les pathologies	17
3.1 Les apports relationnels et interactionnels	17
3.2 Les troubles du langage oral	18
3.3 Les troubles du langage écrit	18
3.4 Les troubles en cognition mathématique	19
3.5 Les troubles du spectre autistique.....	19
3.6 Les troubles neurocognitifs.....	19
3.7 Les troubles oro-myo-faciaux	19
3.8 Les troubles ORL (Oto-rhino-laryngologiques)	20
3.9 Les troubles du comportement, TDA/TDAH (déficit de l'attention)	20
4 Le cadre pratique	20
4.1 La préparation en tenant compte du patient et du chien.....	20
4.2 Le bien-être du chien.....	21
IV Discussion.....	23
1 Une élaboration du projet en amont.....	23
2 Les apports de la TAA selon les pathologies	25
3 Aménagement du cadre prenant en compte le bien-être humain et animal	27

4 Limites.....	28
5 Perspectives et apports.....	29
V Conclusion	30
Références	31
Annexes	
Annexe A Questionnaire du mémoire	
Annexe B Notice d'information	
Annexe C Les races de chiens en thérapie assistée par l'animal	

I Partie théorique

Introduction

Ces dernières années, nous avons pu constater l'émergence de nombreuses thérapies alternatives dont la thérapie assistée par le chien. Bien qu'encore à ses balbutiements auprès des professionnels de santé français comme l'explique Beiger en 2015 (cité par Longin, 2015), elle est utilisée depuis des décennies au Canada, en Belgique ou encore aux Etats Unis.

Hommes et animaux, et en particulier le chien, partagent la même niche écologique depuis des siècles, mais c'est depuis peu que la relation homme/animal intéresse les chercheurs (Vieira, 2015). Les études actuelles quelle que soit la dimension envisagée (sociale, éthologique...) mettent en exergue l'aspect bénéfique que cette thérapie peut avoir pour l'être humain et notamment pour l'être humain en souffrance. Nous prenons de plus en plus conscience du rôle que peuvent jouer les animaux dans nos vies et qu'en plus d'être de formidables compagnons, ils peuvent aussi devenir des co-thérapeutes dans de nombreux secteurs médicaux (Muñoz Lasa & Franchignoni, 2008).

La thérapie assistée par l'animal demeure encore insuffisamment reconnue en orthophonie. Ainsi, comment est-elle pratiquée et quels peuvent en être les potentiels apports ?

Nous avons réalisé une revue de la littérature, mais nous avons aussi souhaité au travers de ce mémoire mettre en lumière cette nouvelle médiation, ses spécificités, en décrivant les différentes étapes de l'élaboration et de la mise en place du projet de médiation animale par les orthophonistes en France.

Nous avons également voulu nous intéresser aux apports que peut procurer la présence du co-thérapeute canin dans la réalisation de leurs objectifs thérapeutiques.

Nous avons choisi d'utiliser une enquête en faisant l'hypothèse qu'au-delà de l'état des lieux, nous pouvons faire émerger des axes de travail, des apports selon les pathologies, grâce à des témoignages cliniques que nous mettrons en lien et confronterons avec les éléments décrits dans la littérature scientifique.

Finalement, nous abordons également tout l'aspect de préparation, d'adaptation de l'environnement professionnel et du temps de présence du chien dans l'optique du bien-être du patient et de l'animal.

1 Le lien Homme-Chien

1.1 Un lien ancien et privilégié

Le chien entretient une relation particulière avec l'Homme qui s'est exprimée dans des domaines variés (Beiger, 2008). D'abord utile à la survie (champs, garde, transport), le chien a vu son statut évoluer grâce au processus de domestication qui selon Grandgeorge (2017) daterait d'environ 10000 ans. Montagner (2007) évoque différents statuts du chien : tout d'abord, l'animal utilitaire, lié par un profit surtout économique, puis l'animal de compagnie partageant la vie de l'homme et lui apportant une sécurité physique et affective, une valorisation et enfin, l'animal familial, un membre de la famille à part entière, avec une relation réciproque de confiance et de complicité. Actuellement, le chien est essentiellement envisagé comme un ami, un confident bienveillant qui ne juge pas et ce lien fort se crée dès l'enfance (Montagner, 2007).

1.2 Un lien créé dès l'enfance

Le bébé humain et le chien auraient un fonctionnement « similaire ». En effet, comme l'explique Montagner (2007), ils sont tous deux sans parole, centrés sur le moteur et très fins dans leurs interprétations des indices non verbaux. Le lien entre les deux se noue précocement. Le 1^{er} contact est souvent l'animal jouet (figurines, peluches, doudou) (Beiger, 2008). La présence animalière précoce permettrait de développer l'univers émotionnel, relationnel mais aussi imaginaire de l'enfant (Montagner, 2017).

Pour Beiger et Jean (2011), c'est une 1^{ère} transition vers la thérapie assistée par l'animal. Lanchon et Marcelli (2017) indiquent que le chien partage les jeux, les joies, les peines, ce qui permettrait à l'enfant de développer une curiosité naturelle pour l'animal et d'associer le chien à un être familial. En effet, pour Sanders (1993) (cité par Bélair, 2017), les maîtres le considèrent comme une personne car il présenterait des processus de construction semblables. Ceci implique quatre critères : lui adresser des processus de pensée, un caractère propre, une réciprocité de relation et l'attribution d'une place. Le « meilleur ami de l'homme », nous est similaire dans l'interaction (Servais, 2007).

Cette similarité de construction, les qualités d'interaction, le contact précoce du chien apportent une grande richesse dans les échanges avec l'humain. Nous nous sommes ainsi interrogées sur la contribution spécifique du chien dans le soin.

2 La thérapie assistée par le chien

2.1 Les prédispositions du chien au soin

Le chien saurait lire l'humain, grâce à une convergence d'évolution de ses capacités sociales et d'un processus de sélection cognitive (Hare & Tomasello, 2005). Il affine aussi ses capacités selon son environnement, son histoire individuelle (Wynne, Udell, & Lord, 2008). Il est capable, comme l'expliquent Elgier, Jakovcevic, Barrera, Mustaca, et Bentosela (2009) d'analyser des indices posturaux, visuels, tactiles, de manière spécifique pour l'homme, quel que soit l'âge du chien.

Selon Montagner (2003) (cité par Dufau, 2003), le chien a un élan naturel pour l'interaction, une forte demande affective. Il cherche le contact et l'initie. Il est en permanence disponible, réceptif, flexible. Il sait s'adapter et parvient à anticiper des réactions humaines (Montagner, 2017). Ainsi, De Souza Albuquerque et al. (2016) expliquent qu'il parvient à extraire, à intégrer des informations visuelles, auditives et à catégoriser des émotions. Kaminski, Hynds, Morris, et Waller (2017) ont découvert une sensibilité à l'attention humaine le poussant à produire plus d'expressions et de vocalisations. Enfin, Duranton, Bedossa, et Gaunet (2017) ont montré une synchronisation inconsciente avec son maître lors d'une marche, au niveau moteur, au niveau du regard (attention conjointe), du placement et du changement d'activité, impliquant la cognition sociale, l'apprentissage et l'affiliation. Tous ces éléments démontrent de fortes capacités d'adaptation, de communication et d'analyse fine. Ainsi, Belin (2000) cite l'exemple du recours au chien pour le soin, dans une unité psychiatrique ou dans un hôpital militaire pour aider à la prise en charge et au moral des pilotes. Il est aussi présent dans le handicap : assistance, chien d'aveugle... Dans cette continuité, s'est développée la thérapie assistée par le chien, mais en quoi consiste-t-elle ?

2.2 Une pratique en développement

Si la présence du chien dans le soin est ancienne, le terme de co-thérapeute animal remonterait aux années 1960 avec Levinson (1962), qui a constaté des effets de la présence de son chien auprès d'un patient présentant des troubles autistiques. Par la suite Corson, Arnold, Gwynne, et Corson (1977) ont également montré l'intérêt du chien dans l'amélioration de la santé de patients. Sur le plan international, les termes les plus fréquemment utilisés sont « animal assisted therapy » ou « zoothérapie » (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017). En France, il existe une multiplicité de

termes : thérapie assistée par l'animal (TAA)/ médiation animale/ zoothérapie; aucun consensus n'a encore émergé (Maurer, Delfour, & Adrien, 2008).

La fondation A et P Sommer utilise préférentiellement le terme médiation animale et la définit comme « la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal dans les domaines éducatif, thérapeutique ou social, pratiques telles qu'elles sont conduites dans les institutions éducatives et médico-sociales entre autres » (Albrecht, 2017). Arenstein, Beaudet, Carrier, et Gosselin (2013) ainsi que Servais et Millot (2003), ajoutent que la médiation animale permet au patient de mieux faire face à ses difficultés. Il ne s'agit pas d'occupationnel, mais d'une activité formelle avec des professionnels du soin, du social ou de l'éducatif (Beiger, 2008 ; Muñoz Lasa et al., 2015). Si le professionnel cherche le plus souvent à se former à cette pratique, le chien lui, se doit de l'être.

2.3 Le choix et la formation du chien

Le choix du chien est primordial (Muñoz Lasa et al., 2015). En effet, c'est un individu unique avec sa personnalité, son éducation et son expérience de vie. Il a donc ses propres caractéristiques physiques et psychiques comme l'expliquent Denni-Krichel (2017) ou Rayment, De Groef, Peters, et Marston (2015). Il se doit d'être fiable, prévisible et contrôlable (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017). Certains chiens semblent être médiateurs « de façon innée » (Bouchard, Landry, Belles-Isles, & Gagnon, 2004). Pour Barba (1995) et Lerner (2016), le chien doit supporter une situation stressante en milieu étranger et être curieux. Il doit apprécier la présence humaine sans peur. De Villers (2016) préconise un chien actif, prenant des initiatives, mais respectueux du cadre, constant dans son comportement et émotionnellement. Pour Lerner (2016) et Beiger (2008), il devra être calme, obéissant, propre, réceptif, savoir s'adapter et être stable. Sont proscrits des comportements tels que la peur, l'agressivité. Enfin, pour Maurer et al. (2008), le chien doit être entraîné. Beiger et Dibou (2017) insistent sur une éducation précise et précoce du chiot (dès 2 mois), passant par : initiation, socialisation, responsabilisation et mise en situation. Ainsi, il doit être très tôt manipulé, exposé à divers contextes et divers publics. Il semble préférable que le chien appartienne au thérapeute, car la TAA repose sur la confiance selon Beiger et Jean (2011) et la construction d'une véritable relation impliquant un fort « investissement personnel et émotionnel » (De Villers, 2016).

Recourir à des éducateurs canins, des organismes de formation paraît d'autant plus important, mais le thérapeute peut aussi solliciter des associations (Handi-chiens).

2.4 La formation du thérapeute

Le thérapeute formé à cette pratique de médiation animale saura créer un projet de soins adapté, intégrer son chien en respectant le bien-être de l'animal et de l'humain, donner un rythme, évaluer, pour espérer le maximum d'apports pour le patient. Il saura intervenir et gérer au mieux la relation triadique (Beiger, 2008). Arenstein et al. (2013) soulignent qu'il est primordial que le thérapeute comprenne les comportements de son animal (fatigue, agressivité, demandes) et décode tous les signaux d'apaisement que ce dernier envoie (Rugaas, 2010). Pour De Villers (2016), il existe des éléments non maîtrisables mais le thérapeute doit être capable de guider le chien et de réorienter l'interaction si besoin. En France, il existe plusieurs organismes de formation privés ou publics, dont l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) mais également des diplômes universitaires dont le diplôme universitaire de Clermont etc.

3 Les spécificités d'une prise en charge orthophonique avec la TAA

La TAA diffère de la pratique orthophonique « classique » sur le plan des relations interindividuelles et de la construction du projet thérapeutique.

3.1 La mise en place de la triade et des relations dyadiques

Un des principes de la TAA est la mise en place d'une relation triangulaire. Beiger et Jean (2011) parlent de trois entités distinctes qui forment cette triade : le patient, l'orthophoniste et le chien, chacun apportant son histoire, son caractère, ses savoirs, ses craintes et ses envies. Parish-Plass (2013) décrit au sein de cette triade, trois relations interpersonnelles dyadiques possibles : l'une lie thérapeute et patient, une autre patient et animal vis-à-vis de laquelle le thérapeute reste en retrait ou choisit parfois d'intervenir et la dernière liant le thérapeute et l'animal pour laquelle Michalon (2015) utilise le terme d'« équipe humanimale », que le patient observe et qui lui permet de prendre confiance en l'animal à distance. La rencontre avec l'animal d'accordage va permettre au patient de créer un lien, de lui donner une liberté d'expression (Lerner, 2016). Ainsi lors de la 1^{ère} rencontre, ce dernier peut initier le 1^{er} contact visuel et physique (Sillou, 2016). Selon Bélair (2017), la relation triadique

crée une aire transitionnelle de rencontre avec l'autre humain et avec soi-même. Le thérapeute va l'explorer à travers différents modes d'intervention du chien, en fonction des cibles thérapeutiques définies. La participation du chien peut être active (exécutions d'ordre, échanges...), passive où le chien est juste présent, le sujet de discussion ou semi-active pendant laquelle le patient peut réaliser une action orientée vers le chien sans que l'animal n'agisse.

3.2 Un projet à construire

Pour que la triade soit bénéfique, il faut comme le soulignent Parish-Plass (2008) et Lerner (2016), un thérapeute formé établissant un projet et un cadre. En effet, pour Beiger (2008) et Arenstein et al. (2013), l'orthophoniste doit réaliser un plan de traitement avec des objectifs liés à la pathologie et des évaluations régulières. Il définira un espace intermédiaire sécurisant décrit par Winnicott en 1975 (cité par Servais, 2015), pour interagir dans un cadre bienveillant. Ainsi, l'orthophoniste doit posséder de bonnes connaissances sur le chien, son comportement et son fonctionnement. Il profitera de la dynamique créée pour atteindre des objectifs avec l'aide du chien, celui-ci n'ayant pas un effet thérapeutique en soi. L'interaction avec l'animal va stimuler des leviers que le thérapeute va pouvoir utiliser pour en exploiter les effets selon Montagner (2003) (cité par Dufau, 2003). La construction de ce projet passe par l'instauration d'un cadre précis qui va favoriser leur apparition (Vaillant-Ciszewicz, Rossi, Quaderi, & Palazzolo, 2017).

3.3 Cadre pratique et législation

En France, il n'existe pas encore de législation précise. Peyroutet-Philippe (2016) souligne ce manque de modalités définies, favorisant un manque de lisibilité. En revanche, le thérapeute se doit de réfléchir au cadre dans lequel vont évoluer les 3 protagonistes. Nous nous sommes ainsi interrogées sur les modifications du cadre habituel, à envisager avant toute intervention de l'orthophoniste avec son chien.

3.3.1 Une arrivée à préparer en amont.

Il convient de prévoir l'environnement de travail et l'arrivée de l'animal en prévenant les patients et leurs familles, en notant les contre-indications, refus et précautions éventuelles. Cela pourra se faire selon diverses modalités : téléphonique lors de la prise du premier rendez-vous, des affichettes mises en place dans le cabinet... Tout

cela sera accompagné d'explications verbales. La TAA n'est possible que s'il existe une appétence du patient envers l'animal et une adhésion à la triade. Ainsi, le thérapeute doit penser à l'endroit le plus adéquat dans le cabinet pour installer un espace de repos, de repli de son animal. L'arrivée du chien implique un investissement dans un matériel spécifique (gamelle, jouets, tapis de sol...) afin de garantir un bon environnement au chien et de répondre à ses besoins primaires de manière adaptée. De tous ces éléments dépendent le bien-être du chien.

3.3.2 Respect du bien-être animal vs bien-être du patient.

Si l'animal apporte un bénéfice à l'humain, il a aussi des besoins que l'humain doit respecter. En effet, le thérapeute se préoccupera du bien-être du patient en ne négligeant pas le ressenti de l'animal (Parish-Plass, 2008). Ces besoins sont catégorisés en 5 conditions définies en 1965 par Brambell (cité par Sillou, 2016): la protection primaire (faim et soif), un environnement adapté, une prise en compte des émotions (absence de peur et anxiété), des soins et un espace approprié à l'espèce. Le chien est un allié, non un outil, il reçoit une charge émotionnelle, psychique et physique non négligeable (Arenstein et al., 2013). Il s'adapte sans cesse à des situations stressantes (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017). Des pauses régulières sont essentielles car le chien est « l'éponge » des émotions du patient (Beiger, 2008, p. 50). La Pyramide de Maslow adaptée au chien, telle que présentée par Dehasse (2009) est nécessairement présente à l'esprit du thérapeute avant et pendant son intervention. Arenstein et al. (2013) insistent sur la collaboration entre le vétérinaire, l'éducateur canin et le thérapeute. Le chien ne doit pas être séparé de sa nature profonde, sinon cela se fera au détriment du potentiel bien-être qu'il peut apporter (Servais, 2007). Enfin, Bélair (2017) précise que plus l'animal est considéré comme un être de sensations, plus le patient en tirera des bénéfices. Quels seraient donc les apports possibles de la TAA de manière générale et plus particulièrement en orthophonie ?

4 Possibles intérêts et apports globaux et spécifiques du chien

Nous retrouvons dans la littérature, de nombreuses études menées par différents chercheurs ou professionnels de santé, mettant en évidence des apports de la TAA ou de la présence canine. Nous allons par conséquent nous intéresser à tous ceux qui pourraient se révéler pertinents dans le cadre orthophonique. Quels sont-ils ?

4.1 Au niveau cognitif

Martin (2013) souligne la stimulation cognitive globale générée par la présence du chien. Selon Servais (2007), le chien permet au patient de canaliser son attention sur les échanges, sur l'observation, dans la mesure où le verbal n'entrave pas la communication entre eux. Les systèmes perceptifs et interprétatifs ne sont donc pas surchargés. Enfin, Arenstein et al. (2013) expliquent que l'intervention du chien met en jeu divers aspects : attentionnels et mnésiques, d'une part en sollicitant la mémoire à court et long termes et d'autre part, les fonctions exécutives telles l'organisation et la planification.

4.2 Aux niveaux physiologique et sensoriel

Beck et Katcher (1983) (cités par Servais, 2007) ont montré une diminution des indicateurs physiologiques du stress chez des enfants lors d'une tâche de lecture à voix haute. En 2007, Servais souligne que le contact peau/poils crée des liens, une intimité sans perception d'une violation de l'espace personnel, alors même que le chien sollicite le contact. De plus, le chien stimule les sens et la motricité (Arenstein et al., 2013). Sa présence rassurante facilite une détente corporelle et respiratoire (Kilsdonk, 2016). Kertes et al. (2017) confirment cette observation en soulignant lors d'une tâche stressante, que le chien apporte une diminution des effets du stress, selon sa proximité ou du degré de sollicitation, en ayant un impact sur le taux de cortisol. Il peut aussi avoir des apports aux niveaux social et affectif.

4.3 Aux niveaux psychosocial et affectif

Servais (2007) précise que le chien est un catalyseur social favorisant les interactions sans rigidité sociale. Il permet une attention non menaçante dans une structure d'échanges simplifiée. En 1989, Servais avait déjà constaté dans un article que le chien n'exigeait rien, il reçoit et permet l'expression de sentiments refoulés. Il procure une source de réconfort, de reprise de confiance (Bouchard et al., 2004). Pour Custance et Mayer (2012), les chiens ont des capacités empathiques et adopteraient une attitude bienveillante. Le chien crée un espace relationnel rassurant, propice à la sécurité affective, permettant l'émergence d'un sentiment de réassurance et la stimulation de la confiance en soi (Montagner, 2017). La présence du chien paraît très adaptée pour les adolescents car il apaiserait leurs peurs (Lanchon & Marcelli, 2017). Le rôle du chien est dans l'écoute, il est prêt à recevoir

les confidences de l'enfant (Sarica & Zaïd, 2017). Une étude en hôpital initiée par Corson et al. (1977) avait déjà montré les effets psychologiques de la présence du chien auprès de patients schizophrènes qui présentaient moins de repli et une amélioration de leurs comportements. Enfin, Servais (2017a), confirme qu'il encourage l'entrée en communication.

4.4 Au niveau de la communication et du langage

Déjà en 2007, Servais, précisait que l'être humain est un être de communication dont le langage verbal n'est que secondaire. L'échange avec le chien permet donc de se sentir efficient malgré des difficultés de langage, grâce à la sobriété interprétative, perceptive et l'aspect non verbal qu'il véhicule.

Selon Beiger et Jean (2011), son regard bienveillant, son non-jugement, encouragent le dialogue. Il tient le rôle de confident et pousse à la verbalisation. Ainsi Andryushchenko-Basquin et Chelly (2017) via un groupe de thérapie assistée en EHPAD, ont observé que le chien favorisait la socialisation et la communication verbale et non verbale. Montagner (2007) citait 5 compétences socles communes au chien et à l'enfant : l'attention visuelle soutenue, l'élan à l'interaction, les comportements affiliatifs, l'organisation structurée du geste et l'imitation. Elles font partie des prérequis à la mise en place de la communication. En 2007, Servais précise que le chien enlève une pression pour le patient, et va aider à structurer l'interaction ce qui donnerait un sens à la mise en place de la TAA en orthophonie. Arenstein et al. (2013) expliquent que le chien permet de développer la parole, la lecture, le lexique, la compréhension... Cependant, il n'est pas encore totalement possible de valider scientifiquement les apports de la TAA auprès des patients.

5 Difficultés de validation de la TAA et limites

5.1 Des études

Cela fait plusieurs décennies que des chercheurs tentent de prouver les bienfaits de la TAA. Ils en pointent les bénéfices cliniquement mais il est compliqué d'appliquer dans les études un protocole hypothético-déductif (Michalon, 2010). Beck et Katcher (1984) et Herzog (2011) soulignent les apports observés, mais également que les résultats obtenus sont variables. Les méthodologies sont souvent insuffisamment rigoureuses pour valider les résultats (Palley, O'Rourke, & Niemi, 2010). Pour Servais (2017b), ces procédures font disparaître les apports car chaque intervention

en TAA procure des effets différents : il s'agit d'une rencontre et d'un processus complexe non reproductible. Un protocole strict tel que celui évoqué auparavant, empêche l'expression de toute la richesse de la relation triadique.

5.2 De la pratique avec le chien

Nous avons évoqué les contre-indications médicales dans le chapitre cadre et législation. Vaillant-Ciszewicz et al. (2017) encouragent les professionnels à prendre en compte les allergies aux poils ou aux sécrétions ainsi que la peur des patients. Ils soulignent les risques d'accidents : zoonoses (maladies propres au chien) ou morsures (Servais & Millot, 2003). Dans les institutions, des protocoles d'hygiène drastiques sont instaurés (Michalon, 2014). En libéral, les cabinets doivent avoir une superficie correcte pour permettre des aménagements adaptés.

5.3 Un manque de connaissance et de reconnaissance

Yap, Scheinberg, et Williams (2017) ont mené une étude aux Etats-Unis, pour évaluer la connaissance de la TAA par le personnel médical hospitalier dans laquelle ils montrent que les connaissances sont limitées mais positives. Qu'en est-il en France ? Au travers de ce mémoire, nous avons souhaité établir un état des lieux de la TAA émergente en orthophonie, en France. Comment le chien est-il intégré aux prises en charge, quels en sont les apports et quels axes de travail sont envisagés ? Nous faisons l'hypothèse théorique que la TAA en orthophonie a potentiellement des effets mais nécessite une préparation et des aménagements précis. Nous tenterons d'analyser les réponses du questionnaire en faisant des liens avec les articles cités précédemment et verrons si nos hypothèses opérationnelles sont confirmées.

La première hypothèse pointe l'élaboration d'un projet précis en amont, incluant un choix réfléchi du chien co-thérapeute et de la formation « spécialisée » de l'orthophoniste et de son animal.

La seconde hypothèse cible les apports et axes de travail observés selon les pathologies dans la pratique orthophonique et qui seraient cohérents avec ceux les plus retrouvés dans la littérature scientifique.

Notre troisième hypothèse vérifiera si la pratique de la TAA implique vraiment une organisation, une préparation du cadre (environnement, prévention, présentation, emploi du temps) dans l'optique du bien-être combiné du patient et de l'animal.

II Méthode

1.1 Population

Afin de réaliser un état des lieux représentatif et cohérent de la pratique de la TAA en orthophonie et des possibles apports qui en découlent, nous avons fait le choix d'utiliser un questionnaire adressé aux orthophonistes qui la pratiquent en France.

Notre échantillon devait par conséquent répondre à certains critères d'inclusion : des orthophonistes français(es), certifié(e)s, pratiquant de manière régulière la TAA et ayant un chien comme animal médiateur. Sont donc exclus, les étudiants en orthophonie, les autres professionnels de santé, les orthophonistes étrangers et les animaux médiateurs autres que le chien.

L'échantillon de notre questionnaire est composé de 35 orthophonistes français(es) ayant répondu de manière bénévole à notre enquête.

1.2 Matériel

Afin de rendre compte de la pratique de la thérapie assistée par le chien en orthophonie française, nous avons utilisé l'outil du questionnaire élaboré à l'aide du logiciel Sphinx Declic. Il peut être consulté en Annexe A. Nous l'avons créé en nous appuyant sur la littérature et les connaissances théoriques et cliniques de nos directeurs de mémoire pour le rendre le plus complet et le plus pertinent possible.

Nous avons choisi l'outil du questionnaire auto-administré car il permet une meilleure diffusion auprès des orthophonistes exerçant dans toute la France. De plus, il permet un recueil à la fois quantitatif et qualitatif au travers de témoignages cliniques, tout en étant peu chronophage pour les professionnels.

Ce questionnaire comporte 54 questions, dont plusieurs sont optionnelles et seulement présentées en cas de réponse positive à la question précédente.

Elles sont distribuées en 4 grandes parties thématiques. Une première partie administrative regroupe des informations telles que l'année de certification et le type d'exercice, une seconde partie est centrée sur le chien : son adoption, son éducation spécialisée, ses qualités et ses limites. Une troisième partie cible les apports et les axes de travail constatés et privilégiés par les orthophonistes selon la pathologie traitée. La dernière partie explore le cadre pratique avec l'adaptation de l'environnement professionnel, le travail de préparation en amont, le temps d'intervention du chien en séance et le temps de présence global dans la journée.

Cette enquête est principalement constituée de deux types de questions : une majorité de questions fermées à choix dichotomiques (oui/non) ou à choix multiples avec des réponses uniques, libres ou à nombre limité. En effet, cela nous permet dans l'analyse des résultats de réaliser une comparaison chiffrée et d'apporter des observations quantitatives à l'aide des pourcentages de réponses obtenues. De plus, ce type de questions permet de réduire le temps de remplissage du questionnaire par les professionnels, avec uniquement des réponses ne nécessitant pas de rédaction.

Concernant la partie du questionnaire ciblant les apports potentiels de la TAA, nous avons volontairement restreint le nombre de réponses possibles à trois afin d'en faire émerger les principaux constatés dans leur pratique. Grâce à cela, nous avons évité le phénomène de cochage systématique de toutes les propositions afin de dégager les bénéfices les plus essentiels à leurs yeux.

Nous avons également incorporé quelques questions ouvertes pour lesquelles les réponses consistent davantage en des retours d'expériences et des convictions personnelles, pointant un aspect peut-être plus qualitatif. Elles permettent un recueil de témoignages cliniques pour pouvoir obtenir un tableau représentatif de la diversité des opinions et des comportements de chacun face à cette pratique. Ces deux types d'informations nous paraissaient complémentaires et indispensables pour réaliser un état des lieux le plus complet et le plus cohérent possible.

Nous avons rendu le plus souvent les réponses obligatoires avec cependant, la possibilité pour le professionnel d'ajouter un commentaire pour préciser sa pensée, notifier une réponse différente ou expliciter son désaccord avec les propositions données et ce pour chacune des questions à réponses multiples.

En ce qui concerne le contenu des propositions, nous nous sommes largement appuyées sur la revue de la littérature spécialisée. Pour mettre en évidence les apports essentiels, nous avons proposé d'emblée ceux les plus décrits dans la littérature scientifique, afin d'observer dans un second temps, s'il existe une continuité, une cohérence entre les résultats observés dans la littérature et ceux rencontrés dans la pratique clinique quotidienne des orthophonistes sollicités.

En pièce jointe à ce questionnaire, se trouve une notice d'information comprenant tous les éléments nécessaires pour nous contacter, mais aussi une explication des objectifs et du contenu de cette étude. Est précisé dans cette pièce jointe visible en Annexe B, le recueil anonyme des réponses.

Nous avons fait le choix de réaliser une analyse des données qui sera majoritairement descriptive afin d'en dégager des données quantitatives (des pourcentages) et qualitatives.

1.3 Procédure

Notre questionnaire a pu être diffusé par l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) dirigée par M. François Beiger qui a accepté de le transmettre aux différents orthophonistes formés au sein de son établissement. Nous avons également fait appel à d'autres professionnels via des réseaux ou mailing listes. Enfin, nos directrices de mémoire ont également transmis notre enquête à leurs collègues répondant aux critères d'inclusion.

Le questionnaire était auto-administré et consistait en un remplissage écrit par cochage ou réponses écrites courtes.

III Résultats

Pour vérifier nos trois hypothèses, les résultats du recueil de données seront exposés en 4 parties distinctes : une première centrée sur les profils des orthophonistes, une seconde sur le chien médiateur (profil, avantages et limites), une troisième sur les apports et axes possibles selon les pathologies et la dernière s'intéressera à la mise en pratique de la TAA dans les prises en charge (préparation, aménagements et bien-être de l'animal).

En parallèle de ces 4 parties, les professionnels ont été interrogés sur leur distinction ou non des termes zoothérapie et médiation animale. Les réponses montrent que 60% des orthophonistes ne les différencient pas. Les autres 40% distinguent, la zoothérapie pratiquée par un thérapeute formé (5 orthophonistes) et/ou la possibilité que l'animal ait davantage un rôle de thérapeute ou de moyen de soin (5 professionnels). La médiation animale impliquerait selon 8 orthophonistes, un statut différent du chien celui d'un outil ou d'un médiateur dans la triade; 2 thérapeutes expliquent que la médiation animale n'a pas forcément d'objectifs médicaux.

1 Profil des orthophonistes

Interrogés sur leur type d'exercice 91.4% des orthophonistes (soit 32 orthophonistes) exercent en libéral contre 8.6% (soit 3 orthophonistes) en pratique mixte. Aucun professionnel ne travaille uniquement en institution. Nous avons aussi recueilli l'année de certification : 14.3% ont été diplômés en 2012, 11.4% en 2013, 8.6% en 2014, 5.7% en 1997, en 2003, en 2007, 2009 et 2010. Enfin, 2.9% de l'échantillon a été diplômé en 1976 et 2.9% également en 1979. Parmi ces orthophonistes, 100 % réalisent des séances individuelles et 25.7% des séances de groupe.

1.1 Découverte et motivations

Nous avons ensuite interrogé les thérapeutes sur les moyens qui leur ont permis la découverte de la TAA. Les trois plus évoqués sont les livres/articles pour 42.9%, internet pour 37.1% et des reportages télévisés ou radiophoniques pour 25.7%. De même, 17.1% des orthophonistes l'ont découverte par l'intermédiaire d'un collègue, par des formations ou par hasard, tandis que 11.4% expliquent en avoir pris conscience seul(e). Pour les autres thérapeutes, 8.6% en ont pris connaissance par l'intermédiaire d'un membre de la famille ou d'un ami et enfin, 2.9% par le biais de conférences.

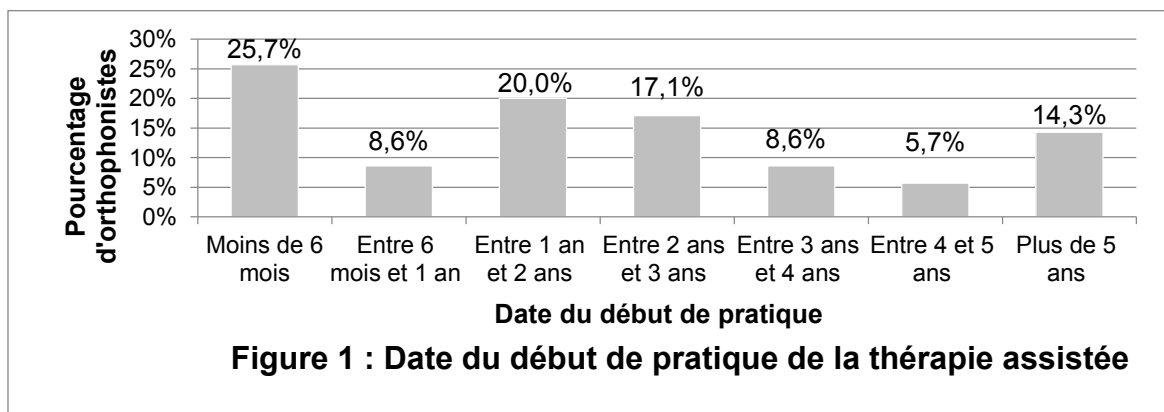
Au sein de l'échantillon, 62.9% des thérapeutes sont en contact avec un collègue exerçant la TAA, contre 37.1% ne l'étant pas. De même, 11.4% des orthophonistes sont en lien avec une association (Handi-chiens) à l'inverse des 88.6% restants.

Les motivations à recourir à la TAA ont été regroupées par termes communs. Les raisons citées sont : les bienfaits de la présence canine (motivation, apaisement, attention, aspect ludique...) pour 54.3% des professionnels, le souhait au départ de ne pas laisser le chien compagnon de vie seul à la maison avec l'observation fortuite des effets positifs de sa présence pour 31.4%, les bénéfices d'une stimulation langagière pour 22.9%, un choix guidé par le parcours de vie ou professionnel pour 14.2% ou une conviction personnelle pour 14.2%. Nous retrouvons aussi l'intérêt de la relation triadique (11.4%), l'enrichissement de la pratique (11.4%), l'innovation dans la pratique (11.4%) et les effets connus du chien (5.7%).

1.2 Formation et début de pratique

Pour les formations, les résultats montrent que près de 74.3% des orthophonistes en ont suivi une contre 25.7%. Ainsi, nous avons souhaité spécifier la/les formation(s) effectuée(s). Parmi les 74.3% formés, les 3 formations les plus représentées sont l'IFZ (13 orthophonistes), la formation de Mme Jacquet (10 professionnels) et celle de Mme Denni-Krichel (6 thérapeutes). L'association Handi-chiens représente 4 personnes et 5 autres formations ont été citées une fois (Azco, Sophie Olivetti-Ciry, Medianimal, le Diplôme universitaire, Animal'hom)

Enfin, nous avons voulu connaître la période de début de pratique de la TAA. La Figure 1 montre qu'une majorité des orthophonistes a débuté il y a moins de 6 mois (25.7%), 20% ont commencé entre 1 an et 2 ans, 17.1% entre 2 et 3 ans, 14.3% depuis plus de 5 ans, 8.6% entre 6 mois et 1 an ou entre 3 et 4 ans et enfin 5.7% entre 4 et 5 ans. Ainsi, 54.3% du panel a débuté la TAA, il y a moins de 2 ans.



2. Le chien

Afin de mieux comprendre la pratique de la TAA par le chien, nous avons voulu identifier le profil des animaux co-thérapeutes ainsi que leurs avantages et limites.

2.1 Le choix du chien

Les professionnels ont qualifié le nombre de chiens présents à leurs côtés : 80% pratiquent avec un chien, tandis que 20% avec deux animaux. Ensuite, les orthophonistes ont été questionnés sur la race de leur(s) chien(s) et les plus représentées sont le Golden Retriever (21.4%), le Labrador Retriever (9.5%) et le Berger australien (9.5%). La catégorie regroupant les chiens de races « croisées » est la seconde avec 16.7% des réponses. Le Spitz nain et le Bouledogue français sont évoqués à 4.8% et les autres races à moins de 2.4%, visibles en Annexe C.

Nous souhaitons identifier les raisons de ces choix. Cinq critères sont mis en avant : les compétences relationnelles et communicationnelles (51.7%), le gabarit de l'animal (34.3%), le statut antérieur de chien de famille ou l'absence de choix (20%), une attirance pour la race (17%) et une démarche auprès d'une association (8.6%).

Pour approfondir le profil des chiens, les professionnels ont été interrogés sur le lieu d'adoption de leur(s) chien(s). Il en ressort qu'une majorité est issue de l'élevage à 62.9%, 20% des chiens sont issus de chez un particulier, 8.6% d'une association ou de la SPA/refuge et 2.9% d'un autre contexte.

Suite à cela, nous avons cherché à qualifier les raisons de ces choix et 4 grands critères ont émergé : la connaissance de la lignée de l'animal (élevage) à 42.9%, une sociabilisation/stimulation précoce (élevage) à 25.7%, 11.4% expliquent le besoin de conseils, tandis que 22.9% évoquent le hasard ou une envie personnelle.

Les orthophonistes ont aussi indiqué s'ils pratiquaient la TAA avec des animaux autres que le chien et ce n'est pas le cas pour 71.4%. Cependant, 17.1% pratiquent également avec les chevaux ou les chats, 11.4% avec les nouveaux animaux de compagnie (lapin, furet, cochon d'Inde...) et 2.9% avec les ânes ou autre (poisson). La TAA par l'intermédiaire des oiseaux n'est pas représentée dans notre échantillon.

2.2 La formation de l'animal et le début de pratique

Nous avons également voulu connaître le pourcentage de chiens formés au rôle de médiateur. Notre enquête a mis en évidence que selon les orthophonistes, 57.1% des chiens avaient réalisé une formation contre 42.9% sans formation. La question

suivante nous a permis d'apprendre que parmi ces 57.1% de chiens formés, 40% avait suivi une formation à l'IFZ, 35% auprès d'un éducateur canin, 20% par Handi-chiens, 10% ont eu des cours d'éducation et 5 % ont effectué une formation de chien visiteur, de chien d'assistance, un bilan éthologique ou bien un Certificat de Sociabilité et d'Aptitude à l'Utilisation. Les orthophonistes ont également répondu à la question de la réalisation d'un bilan comportemental en amont, 40% ont effectué ce bilan et 60% ne l'ont pas réalisé. Il paraissait cohérent de déterminer l'âge de début de pratique et de formation du chien : 62.9% des thérapeutes déclarent que leurs chiens ont débuté de manière précoce durant leur première année de vie, 17.1% des chiens ont débuté entre 1 et 2 ans, 11.4% entre 2 et 3 ans, 8.6% des chiens ont commencé entre 6 et 7 ans et 2.9% entre 3 et 4 ans, 4 et 5 ans, 5 et 6 ans ou 7 et 8 ans. Aucun chien de l'échantillon n'a débuté après 8 ans.

2.3 Avantages et limites de l'intervention d'un chien médiateur

Nous avons voulu spécifier les limites/contre-indications et avantages propres à l'exercice avec le chien. Les propos recueillis et regroupés en termes de mots clés mettent en évidence pour les avantages : les compétences relationnelles et communicationnelles inhérentes au chien (54.3%), l'éducation simple et les capacités d'apprentissage (48.6%), la logistique/transportabilité (40%) et enfin le fait qu'il soit un animal familier (28.6%). En ce qui concerne les limites, les éléments soulignés sont à 37% les phobies/peurs du patient, les problèmes liés à l'hygiène et le bien-être de l'animal. Nous retrouvons aussi les allergies pour 25.7%, le refus ou la non-adhésion du patient au projet pour 20%, les limites des compétences d'obéissance du chien à 5.8% et les comportements à risque du patient pour 5%.

3 Les apports et les axes de travail selon les pathologies

Dans une seconde partie, nous avons voulu qualifier les principaux apports retrouvés, selon les pathologies, en lien avec ceux les plus décrits dans la littérature. En effet, 100% des orthophonistes de l'enquête soulignent une amélioration de la prise en charge et une facilitation de la relation thérapeute-patient.

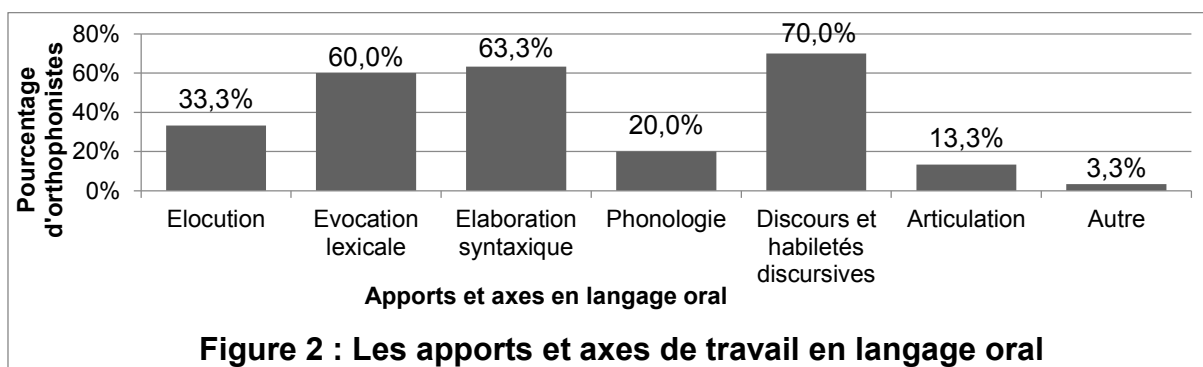
3.1 Les apports relationnels et interactionnels

Parmi les apports interactionnels et relationnels, les bénéfices les plus fréquemment évoqués sont la motivation à 88.2%, l'augmentation des échanges à 82.4% et la

gestion du stress à 47.1%. Nous retrouvons la hausse de confiance en soi dans 23.5% des réponses, la diminution de l'agressivité pour 17.6% et pour 11.8% la baisse de l'apathie, la responsabilisation et le sentiment de sécurité sont pointés. Enfin, l'atténuation des comportements d'évitement ou autres représentent 2.9%.

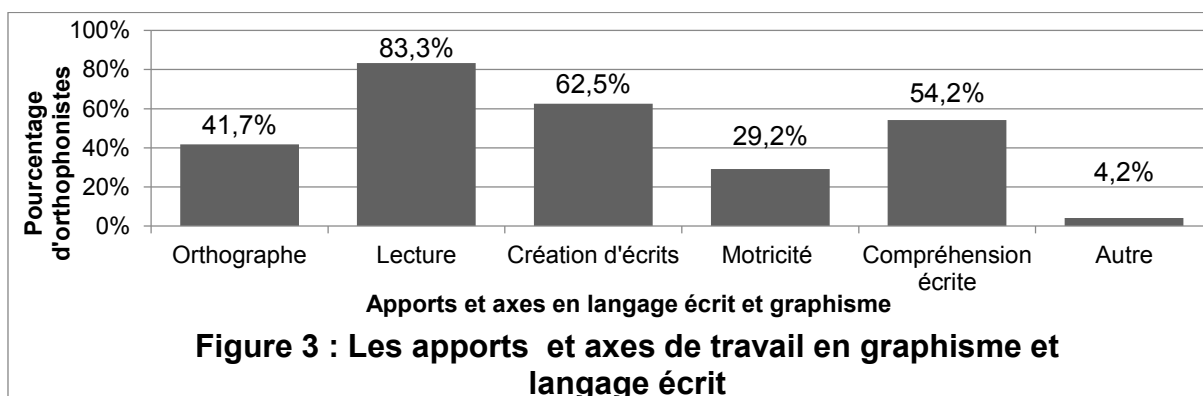
3.2 Les troubles du langage oral

La Figure 2 montre que trois propositions se démarquent pour le travail sur les troubles du langage oral, avec chacune plus de 50% de réponses de la part des orthophonistes. Il s'agit à 70% de l'amélioration du discours et des habiletés discursives, à 63.3% de l'amélioration de l'élaboration syntaxique et enfin à 60% de l'amélioration de l'évocation lexicale. L'élocution représente 33.3%, l'amélioration de la phonologie 20%, de l'articulation 13.3% et les réponses autres 3.3% (mutisme).



3.3 Les troubles du langage écrit

Dans le domaine des troubles du langage écrit ou du graphisme, la Figure 3 souligne que parmi l'échantillon, près de 83.3% choisissent comme apport le plus prégnant, l'amélioration de la lecture, puis la création d'écrits à 62.5% et l'amélioration de la compréhension écrite pour 54.2%. Ces 3 items rassemblent plus de 50% des réponses obtenues. Nous retrouvons l'amélioration de l'orthographe à 41.7%, la motricité (fine et globale) avec 29.2% et 4.2% pour des apports autres.



3.4 Les troubles en cognition mathématique

En ce qui concerne la prise en charge des troubles de la cognition mathématique, 60% des orthophonistes ont répondu pour ce domaine. Les retours montrent que les trois choix présentant le même pourcentage de réponse (52.6%) sont l'aide à la construction d'images mentales, la mise en place des structures logiques et la compréhension du nombre et des symboles numériques. La compréhension des unités de mesure obtient 36.8% des réponses, la compréhension des problèmes 31.6% et enfin la catégorie autre 5.3% (atelier de raisonnement).

3.5 Les troubles du spectre autistique

Les résultats obtenus pour la prise en charge des troubles du spectre autistique montrent que sur les 13 propositions, 4 d'entre elles atteignent plus de 30% des retours. Il s'agit de l'amélioration de la communication non verbale (38.9%), la communication verbale (38.9%), l'amélioration des interactions sociales (33.3%) et l'intégration sensorielle (33.3%). L'attention conjointe atteint 27.8%. L'augmentation des comportements affiliatifs et la stabilisation et régulation des comportements inadaptés sont citées respectivement par 22% des orthophonistes, tandis que l'amélioration de l'imitation, de l'expression et la compréhension des émotions de soi et d'autrui, la flexibilité interactionnelle et le contact visuel représentent 11.1% chacune. Le pointage, l'amélioration de la compréhension orale et la réduction des écholalies ne sont pas représentés.

3.6 Les troubles neurocognitifs

Les trois éléments mis en avant sont l'augmentation des comportements sociaux (76.5%), la réminiscence de souvenirs-stimulation mnésique (70.6%) et la stimulation de la communication verbale (64.7%). Les autres propositions recueillent 23.5% pour la stimulation et l'intégration sensorielle, 17.6% pour l'évocation lexicale, 11.8% pour la mobilisation des fonctions exécutives, 11.8% pour la communication non verbale, et 5.9% pour l'attention conjointe. Le travail de la motricité n'obtient aucune réponse.

3.7 Les troubles oro-myo-faciaux

Le taux de réponse est de 54.3% pour cette question. Les résultats pour les troubles oro-myo-faciaux mettent en évidence un axe prioritairement investi : le travail autour des 5 sens et des sensations avec 86.7%. Les autres propositions sont plus proches

en pourcentage de réponses avec 33.3% pour le travail du souffle, 26.7% pour le travail musculaire et l'animal miroir (massages, repas), 20% pour la baisse de l'hypersensibilité, 13.3% pour le travail d'appropriation du moment du repas et la diminution de l'appréhension de la situation duelle du repas et 6.7% pour l'articulation ou autres réponses (placement de langue).

3.8 Les troubles ORL (Oto-rhino-laryngologiques)

Nous observons que 42.5% des orthophonistes ont répondu pour ce domaine.

Comme le souligne la Figure 4, le recours à la TAA dans le cadre de prises en charge des troubles ORL montre en majorité un travail semi-actif de l'animal avec 45.5% des réponses, suivi du travail actif à 36.4% et du travail passif à 18.2%.

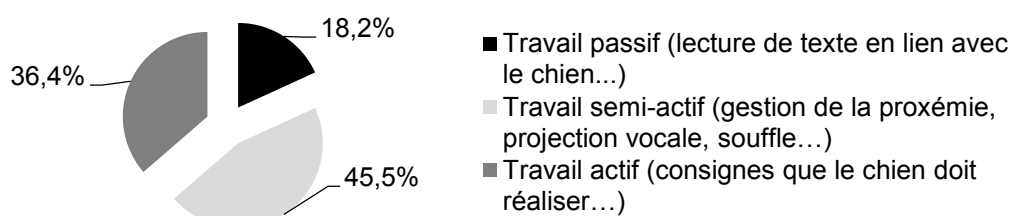


Figure 4 : Les apports et axes de travail dans les troubles ORL

3.9 Les troubles du comportement, TDA/DAH (déficit de l'attention)

Les résultats font essentiellement ressortir l'amélioration des habiletés attentionnelles (72.2%), la réduction de l'agitation (66.7%) et le travail de régulation et du contrôle des émotions et de soi (61.1%). Nous retrouvons ensuite la baisse de l'impulsivité à 38.9%, la libération des émotions et l'amélioration de l'attention conjointe à 16.7% et enfin une meilleure socialisation à 11.1%.

4 Le cadre pratique

La dernière partie s'intéresse au cadre pratique, à la préparation en amont du projet d'un point de vue organisationnel et législatif en ayant recours à des conseils auprès d'organismes pour 60% des thérapeutes contre 40% qui ne le font pas.

4.1 La préparation en tenant compte du patient et du chien

Nous nous sommes interrogées sur la préparation de l'environnement de travail ou de l'emploi du temps ainsi que la présentation du projet au patient. Cela a permis

d'identifier que 88.6% des orthophonistes contre 11.4% avaient fait cette annonce aux patients et à leur entourage par différentes modalités telles que la discussion avec demande d'accord (71.4%), des affiches ou photos (37%), les achats liés au chien (17%), des prospectus (5%) et des demandes écrites d'autorisation (2.8%).

De plus, l'enquête montre que 57.1% ont réalisé une sensibilisation aux risques liés au chien contre 42.9%. Pour les 57.1% l'ayant réalisée, la répartition des modes employés est la discussion à 75%, le support imagé de l'animal médiateur à 45%, les affiches ou les simulations de situations à 15% et les vidéos, brochures, bandes dessinées, figurines ou autres à 5% chacune.

Parmi les orthophonistes, 74.3% révèlent avoir laissé le choix au patient à l'inverse des autres 25.7%. Ils ont également choisi parmi un panel de réactions possibles celles observées lors de l'annonce de l'arrivée de leur chien. Les réactions les plus fréquentes sont : l'enthousiasme (77.1%), la curiosité (68.6%) et la motivation (57.1%). Nous retrouvons aussi la joie (54.3%), l'évocation de souvenirs personnels (54.3%), la surprise (42.9%), la peur (31.4%), le scepticisme (17.1%) et la méfiance (14.3%). Enfin, à 2.9%, les réponses concernent le refus, le désintérêt et le dégoût. Le soulagement et la colère ne sont pas évoqués.

D'autre part, 57.1% des professionnels ont réalisé une période d'introduction progressive du chien ce qui n'est pas le cas pour 42.9%. Cette période peut être de quelques mois (61.1%), de quelques jours (22.2%), correspondre à une introduction progressive sur les vacances scolaires (5.5%), ou à quelques heures par semaine (16.6%).

4.2 Le bien-être du chien

Nous avons questionné les orthophonistes sur la gestion du bien-être de leur(s) chien(s) et les moyens mis en place pour le respecter. Les éléments les plus évoqués sont : l'emploi du temps aménagé avec des sorties/pauses régulières (68.8%), le repérage des signaux d'apaisement avec réassurance/récompense (37%), le jeu/détente (20%) et enfin les soins (5.8%). Nous avons voulu essayer de qualifier cet aménagement des pauses et les résultats révèlent que 70.9% des orthophonistes réalisent 3 pauses principales dans la journée. L'organisation la plus fréquente est une le matin, une le midi et la dernière en fin de journée avec une durée variant de 15 à 90 minutes. De même, 29% soulignent un accès permanent ou sur demande à un lieu extérieur.

Concernant l'aménagement de l'environnement, 68.6% des orthophonistes ont souligné avoir dû en réaliser contre 31.4% pour qui ce n'est pas le cas. Ils consistent pour 51.4% en l'achat d'un panier ou tapis et pour 14.3% en l'acquisition de matériel spécifique (gamelles, jouets). Pour 11.4%, il s'agit d'une pièce ou d'une cloison, 5.7% évoquent la création d'un accès à l'extérieur ou l'achat d'une table adaptée et enfin 2.9% ont mis en place un enclos. De plus, 91.4% des professionnels ont mis un place un lieu où le chien peut s'isoler, se reposer contre 8.6% qui ne l'ont pas fait.

Le bien-être du chien peut nécessiter de s'intéresser à la fréquence d'intervention de celui-ci sur une journée. Parmi les 35 orthophonistes interrogés, 42.9% ont déclaré une intervention entre 2 et 4 fois, 17.1% entre 4 et 6 fois et 14.3% entre 1 et 2 fois. Enfin, 11.4% soulignent une intervention à chaque séance, 8.6% autre et 5.7% entre 6 et 8 fois. Les fréquences entre 8-10 fois et plus de 10 fois sont absentes.

Nous avons ensuite souhaité qualifier le temps moyen d'intervention du chien en séance. Il en est ressorti que 74.4% des orthophonistes choisissent un temps d'intervention inférieur à 20 minutes : 28.6% font intervenir l'animal 10 minutes et 22.9% 5 ou 15 minutes. Pour le temps de présence moyen, 17.1% déclarent un temps de 20 minutes et 8.6% un temps d'intervention de 30 minutes. Les temps de présence supérieurs à 30 minutes ne sont pas représentés dans les résultats.

Durant ce temps d'intervention, comme l'illustre la Figure 5, 51.4% décrivent un statut du chien surtout semi-actif, 34.3% le mode passif et 14.3% le mode actif.

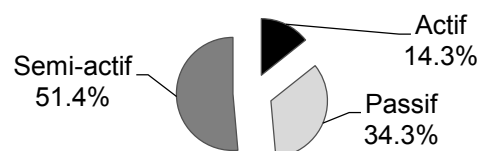


Figure 5 : Le statut du chien en séance

Nous voulions également savoir s'il existait un suivi régulier par un professionnel spécialisé tel un éducateur ou un éthologue. Les résultats obtenus montrent que 51.4% des orthophonistes l'ont mis en place contre 48.6% sans suivi. Enfin, ils ont répondu sur les conditions de « mise en retraite » de leur animal. Il s'agit essentiellement de la perte d'envie/de plaisir du chien (71.4%), la vieillesse/fatigue (45.7%), les problèmes de santé (45.7%), les changements de comportements (20%) et pour 2.8% d'entre eux cette mise en retraite doit être anticipée et progressive.

Nous allons désormais tenter de discuter des résultats précédemment exposés.

IV Discussion

Pour rappel, ce mémoire a pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques et des apports possibles de la thérapie assistée par le chien en orthophonie en France. Trois hypothèses ont été formulées, l'une concernant l'élaboration en amont du projet de TAA, médiation émergente en orthophonie française (formations des thérapeutes, du choix et de l'éducation du chien); une autre ciblant les possibles apports et axes de travail qui seraient cohérents avec les travaux scientifiques réalisés ces dernières années et une dernière pointant la nécessité d'un aménagement de l'environnement et du cadre d'intervention tenant compte du bien-être du chien et du patient. L'idée de cette étude est partie d'un constat : le manque de littérature spécifique de l'utilisation de la TAA en orthophonie mais aussi de la méconnaissance de cette pratique et des apports pourtant constatés en clinique.

1 Une élaboration du projet en amont

Dans l'optique d'explicitier la démarche et la réflexion en amont réalisées par les orthophonistes, plusieurs résultats sont intéressants : la formation des professionnels et de l'animal, le début d'exercice de la TAA, mais aussi le choix du chien.

Les résultats concernant la terminologie, sont intéressants car ils montrent que pour une majorité des professionnels (60%), il n'existe pas de distinction entre les termes zoothérapie et médiation animale. Cela est assez surprenant, dans la mesure où Servais (2017b), décrit une émergence du terme médiation animale au détriment de celui de zoothérapie. Cependant, les résultats restent à nuancer du fait que l'échantillon est relativement réduit et que l'auteur qui en parle est francophone européenne mais non française. De plus, 13 orthophonistes sur les 35 répondants ont été formés par l'IFZ, ce qui peut biaiser en partie les résultats dans la mesure où pour le directeur de l'IFZ, Beiger, « le zoothérapeute est le porteur de tout projet de médiation animale » (Beiger, 2008, p. 15).

Un autre résultat intéressant à analyser est celui concernant le type d'exercice des orthophonistes questionnés. En effet, près de 91.4%, exercent en libéral, ce qui laisse à penser que les éléments recueillis sont surtout le reflet d'une pratique libérale. Nous pouvons également penser que la pratique de la TAA en institution pourrait être freinée par le cadre institutionnel. La mise en place de la médiation animale implique en effet de convaincre l'institution, obtenir l'adhésion du personnel soignant, et de l'administration en plus de celle des patients et de leur entourage, il

s'agit de faire « l'unanimité » (Beiger, 2008, p. 65). Les contraintes d'hygiène et la complexité d'introduction du chien en institution peuvent également freiner le projet de TAA en exercice salarié (Servais & Millot, 2003). En effet, « la présence animale a longtemps été proscrite des établissements de soin et elle est encore largement interdite » (Michalon, 2014). De plus, la répartition actuelle des statuts des orthophonistes en France, peut expliquer en partie cette répartition. En effet, sur 25 467 orthophonistes, 20 700 sont en exercices libéraux ou mixtes, 1 875 sont en milieu hospitalier et 2 892 représentent d'autres activités salariées (FNO, 2018).

Parmi les thérapeutes, 74.3% ont suivi une formation spécifique dans le cadre de la mise en place de leur projet en TAA, ce qui rejoint les recommandations faites par Beiger et Jean (2011), pour construire et maîtriser au mieux ce projet. Cependant, il est à noter que l'enquête souligne une formation moins systématique pour les chiens médiateurs (57.1%). En cela, ces résultats sont en désaccord avec les conseils de Maurer, Delfour, Trudel, et Adrien (2011). Pourquoi les orthophonistes estiment ne pas avoir besoin de former leur chien médiateur ? Nous pouvons peut-être mettre cela en lien avec le fait qu'il s'agit pour 20% d'entre eux du chien de famille, ayant peut-être reçu une éducation classique, avec déjà l'instauration d'une relation de confiance avec leur maître. Il aurait peut-être été intéressant d'approfondir cet aspect. En ce qui concerne le recueil des périodes de début de pratique de la TAA, les réponses révèlent des faits intéressants, notamment que 54.3% des orthophonistes ont commencé à exercer la TAA, il y a moins de 2 ans. Cela semble cohérent dans la mesure où d'Arenstein et al. (2013) précisent que la médiation animale est encore une pratique relativement récente de manière officielle et que Beiger en 2015 (cité par Longin, 2015) explique que la médiation animale n'en est encore qu'à ses débuts dans le soin.

Les réponses concernant les races de chiens des orthophonistes zoothérapeutes permettent de montrer que le Golden Retriever, le Labrador Retriever et le Berger australien sont les chiens non croisés les plus représentés. Ces résultats semblaient prévisibles. En effet, De Villers (2016) souligne qu'il existerait certaines normes informelles dans la sélection des chiens dans le milieu du soin ou de l'assistance. Ainsi, il explique que son choix de s'accompagner de Bouviers avait dû faire l'objet de justifications car cela s'éloignait des races habituellement retrouvées dans ces domaines, c'est-à-dire le Labrador ou le Golden Retriever. En effet, ces deux races de chiens sont fréquemment présentes dans le cadre du handicap en tant que chien

d'assistance, chien d'aveugle et véhiculent une image familière et rassurante. En ce qui concerne le Berger australien, les propos tenus en 2015 par Beiger (cité par Longin, 2015), soulignaient l'importance de la taille et de la couleur du chien co-thérapeute et il évoquait le Berger australien pour son caractère et la couleur de pelage.

L'enquête met également en évidence, pour la réflexion liée au projet de TAA, que 80% des thérapeutes pratiquent avec un seul chien au quotidien. Ce chiffre est en contradiction avec Sarica et Zaïd (2017) qui préconisent plusieurs chiens de taille et de personnalités différentes, pour pouvoir sélectionner l'animal selon les besoins des patients. Comment expliquer une telle différence ? Comme Sarica et Zaïd (2017) le concèdent par la suite, cela peut être compliqué au niveau de la logistique, de l'entretien et de l'aménagement, d'avoir plusieurs chiens présents au sein du cabinet. De plus, les chiens médiateurs sont aussi des compagnons de vie et leur nombre a forcément un impact sur le quotidien de la famille.

Enfin, autre élément intéressant, le pourcentage de chiens issus d'un élevage, représente 62.9% de l'échantillon. Pourquoi un taux si important ? Selon De Villers (2016), l'un des avantages de l'élevage est qu'il réduit la responsabilité de décision de l'orthophoniste en limitant le choix à un nombre et une race restreinte, tout en bénéficiant de conseils que nous pouvons espérer avisés. De plus, Beiger (2008) évoque l'importance de connaître les parents du chiot afin d'éviter certaines pathologies médicales ou psychologiques.

L'ensemble de ces résultats semble confirmer notre 1^{ère} hypothèse quant au fait que la TAA est une pratique récente en orthophonie et qu'elle nécessite toute une réflexion, une élaboration en amont du début du projet. En effet, elle commence déjà par une formation du professionnel et de l'animal, mais aussi par le choix d'un chien en cohérence avec le projet envisagé.

2 Les apports de la TAA selon les pathologies

La seconde hypothèse tente d'objectiver quels peuvent être les apports de la TAA dans le cadre orthophonique en confrontation avec ceux décrits dans les recherches citées dans la partie théorique. Plusieurs réponses se révèlent pertinentes. Les résultats obtenus permettent en effet, de dégager que les apports préférentiellement choisis, s'accordent avec les symptômes les plus prégnants des domaines de pathologies cités. C'est le cas notamment pour les troubles neurocognitifs avec

l'augmentation des comportements sociaux (76.5%), la réminiscence/la stimulation mnésique (70.6%) ou la stimulation de communication verbale (64.7%). Cela paraît en continuité avec les résultats obtenus par Vaillant-Ciszewicz et al. (2017) et Andryushchenko-Basquin et Chelly (2017) qui décrivent au sein d'un EHPAD, l'impact du chien qui devient un véritable support de communication verbale et non verbale, impliquant une amélioration de la sociabilisation.

Pour les apports interactionnels et relationnels, la motivation (88.2%) et l'augmentation des échanges (82.4%) sont vraiment ressortis comme prégnants et sont également évoqués par Denni-Krichel (2017).

Au sein des apports spécifiques de la TAA pour chaque pathologie, il est possible d'observer dans certains domaines, une proposition qui se démarque. C'est le cas dans le cadre du langage écrit avec la lecture (83.3%), ce qui reste cohérent avec les travaux de Friesen et Delisle (2012) qui expliquent que la présence du chien encourage les mauvais lecteurs à lire devant leurs camarades. En ce qui concerne les troubles oro-myo faciaux, nous observons le même phénomène pour le travail autour des 5 sens et des sensations. En effet, comme le soulignent Beiger et Jean (2011), le chien de par sa nature même et son fonctionnement peut permettre de travailler ces 5 sens, les sensations corporelles de manière ciblée ou plus globale.

Cette enquête montre également que certaines pathologies obtiennent un taux de réponses relativement faible ou du moins inférieur aux autres questions. Ainsi, les troubles de la cognition mathématique obtiennent 60% de réponses, les troubles oro-myo-faciaux 54.3% et les troubles ORL seulement 42.5%. Pourquoi de tels résultats ? Est-ce parce que la TAA s'y applique moins ? Ou bien est-ce parce que ces domaines sont de manière générale moins pris en charge en cabinet ? En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils soient moins couverts en orthophonie mais aussi que des problèmes d'hygiène (laryngectomie) puissent freiner la mise en place de la TAA comme le soulignent Servais et Millot (2003).

La deuxième hypothèse concernant les apports de la TAA semble plutôt cohérente avec les résultats obtenus. En effet, les orthophonistes interrogés soulignent des apports correspondant à ceux retrouvés le plus fréquemment dans la littérature scientifique. Toutefois, il est à noter que certains domaines restent moins investis dans la pratique de la TAA. De même, ces résultats sont à nuancer car les apports étaient proposés d'emblée en termes de choix et n'émergeaient donc pas de manière spontanée des professionnels.

3 Aménagement du cadre prenant en compte le bien-être humain et animal

La préparation du cadre de travail inclut obligatoirement le bien-être du patient, du chien et du thérapeute. La réaction de la patientèle lors de l'annonce de l'arrivée de l'animal permet de savoir s'il y a adhésion ou non pour ce type projet. Les réponses au questionnaire montrent globalement un accueil positif (motivation, enthousiasme, curiosité), mais à l'inverse nous retrouvons aussi quelques retours avec des notions de peur, de méfiance et de scepticisme. Cela signifie que pour les patients ayant explicité ce genre de réaction, la TAA ne pourra pas être mise en place. Michalon (2014) évoque le fait que « panser avec les animaux met à mal la représentation d'une médecine centrée sur l'humain, qui n'entretiendrait que des rapports instrumentaux avec les non humains ». Si l'introduction de l'animal dans le soin orthophonique peut créer certaines réticences en s'éloignant du cadre habituel, elle permet aussi à la triade de créer de nouveaux leviers de prise en charge et de faire émerger d'autres bénéfices pour le patient. En effet, la TAA peut donner un nouveau souffle à la prise en soin en modifiant le cadre interactionnel et relationnel.

Quant au pourcentage de professionnels ayant réalisé une sensibilisation aux risques liés aux chiens auprès du patient, il n'est que de 57.1%. Est-ce dû à la confiance que les thérapeutes ont en leur capacité à gérer la triade et les comportements de chacun ? Ou est-ce parce qu'ils savent pouvoir s'appuyer sur les comportements appropriés de leur animal comme décrits par Beiger (2008) ?

Tous les résultats en lien avec l'adaptation de l'espace de travail et du temps de séance mettent en évidence une préoccupation centrale du respect du bien-être de l'animal, que cela soit au niveau physiologique ou psychologique (mise en sécurité, isolement pour des repos possibles ...). Ils soulignent donc une attention particulière portée sur les besoins et les comportements du chien (signaux d'apaisement). Nous constatons à travers les réponses, un important travail d'aménagement (68.6%) en vue de l'arrivée du chien, la mise en place d'un lieu possible d'isolement (91.4%), l'investissement dans du matériel spécialisé de type tapis (51.4%) ou gamelle et jouets (14.3%). En ce qui concerne le déroulement des interventions, la plupart des professionnels limitent la fréquence de travail du chien de 2 à 4 fois par jour (42.9%), avec un temps de présence le plus souvent inférieur à 20 minutes au sein de la séance. Nous notons également la réalisation de nombreuses pauses intégrées dans un emploi du temps adapté. Il ressort une véritable préoccupation du respect de l'envie et du plaisir du chien en séance. Lorsque cette notion de plaisir disparaît,

71.4% des professionnels envisagent la mise « en retraite » de leur auxiliaire animalier, avant même les problèmes de santé évoqués à seulement 45.7%. Tous ces résultats rejoignent ce qu'évoquaient Arenstein et al. (2013) sur la charge émotionnelle et physique que reçoit le chien au quotidien dans la pratique de la TAA et le besoin d'y prêter attention. Cela peut expliquer que 51.4% des professionnels ont mis en place un suivi régulier de leur animal par des spécialistes (vétérinaire, éducateur canin, éthologue).

Les éléments de la troisième hypothèse sont confirmés avec l'aménagement particulier mis en place, une fréquence, un temps de travail et des pauses adaptés dans l'optique du bien-être du chien et la préservation d'une relation de qualité entre le patient et l'animal. Si une préparation de l'arrivée du chien est bien effectuée en amont, il n'existe cependant pas de manière systématique une sensibilisation aux risques liés à la présence animale.

4 Limites

Du fait de la nature de l'outil utilisé et du thème abordé, ce mémoire comporte certaines limites et biais.

Tout d'abord, cette étude est impactée par un échantillonnage relativement restreint de 35 orthophonistes, ce qui nous oblige à relativiser les résultats obtenus et les conclusions tirées du questionnaire. De même, la majorité de notre population étant des orthophonistes exerçant en libéral, les réponses récoltées ne sont peut-être pas suffisamment représentatives et applicables à une pratique dans un cadre différent qu'il soit institutionnel ou hospitalier.

Un biais a sans doute été induit par le mode de recrutement. En effet, le questionnaire a notamment été transmis par l'intermédiaire de l'Institut Français de Zoothérapie, ce qui a pu influencer certaines réponses comme celle du taux de formation à la TAA.

De plus, le format du questionnaire notamment dans la partie des apports et axes de travail a pu induire et orienter les réponses des professionnels sur les bénéfices possibles. Pour rappel, nous avons proposé une liste des apports les plus communément retrouvés dans la littérature scientifique et ce par pathologie. Cependant, nous avons laissé le choix aux professionnels de ne pas répondre, cette partie n'étant pas rendue obligatoire et la possibilité d'utiliser la case autre étant envisageable.

Il est à noter que toutes les réponses n'ont pas pu être prises en compte, notamment celles qui ne respectaient pas les consignes données (au-delà de trois cochages). Ainsi certaines propositions n'ont pas pu être traitées alors qu'elles auraient peut-être pu nous intéresser dans le cadre de ce mémoire.

Le format des questions ouvertes et le recours à des témoignages cliniques ont pu également impliquer une subjectivité des réponses des orthophonistes et seraient non mesurables par des statistiques. De même, ce questionnaire globalement, ne peut pas prétendre présenter des résultats aussi pointus que ceux retrouvés dans un format de mémoire expérimental.

5 Perspectives et apports

Dans de futures études, il serait intéressant de réaliser des grilles d'observation ou des outils plus quantitatifs pour obtenir une meilleure évaluation des apports décrits précédemment, pour mieux cerner les bénéfices de la TAA sur des compétences ou des pathologies précises. De même, certains domaines sous-investis comme les troubles oro-myo-faciaux ou les troubles ORL pourraient être davantage investigués pour faire émerger de nouvelles pistes de travail. Proposer également un questionnaire aux patients pour connaître leur ressenti vis-à-vis de la TAA avant la mise en place du projet puis à distance pourrait être pertinent. Cela pourrait être complémentaire avec les bilans quantitatifs évoqués ci-dessus.

Ce mémoire est centré sur la TAA par l'intermédiaire du chien, mais il existe bien d'autres espèces comme les chevaux, les perroquets, les ânes (asinothérapie) et même les poissons. Nous pouvons supposer qu'il existerait des apports communs à toutes les espèces animales médiatrices mais que chaque espèce apporterait également des bénéfices spécifiques. Les conditions de mise en place de la TAA seraient aussi différentes en fonction du type d'animal médiateur. Nous espérons que ce mémoire aura pu démontrer que la TAA ne repose pas sur la simple présence animale comme le souligne Servais (2015). La thérapie assistée par le chien demande une importante préparation préalable, une réflexion sur ses modalités et sur les conditions de la prise en charge aux niveaux environnemental et temporel. Tout ceci n'est possible qu'avec l'adhésion du patient et de l'animal dans le respect du bien-être de tous. Plus qu'un état des lieux, ce mémoire permettra peut-être de faire émerger de nouvelles perspectives sur les applications possibles de la TAA en orthophonie et de futures pistes de travail.

V Conclusion

La thérapie assistée par le chien est en plein développement et intègre peu à peu le champ des compétences orthophoniques. Elle reste encore méconnue tant dans son contenu que dans les préparations qu'elle nécessite ou bien encore ses apports pour le patient.

Par ce mémoire, nous avons essayé d'objectiver la pratique actuelle de la TAA par les orthophonistes en France.

Ce questionnaire très général avait pour visée de mettre en lumière les différents éléments impliqués dans la TAA, que cela soit dans le profil du professionnel ou de l'animal, les possibles apports qu'elle peut procurer et enfin les aménagements du cadre nécessaires à l'expression complète des bénéfices de la triade.

Encore récente dans la pratique orthophonique française, la TAA fait pour le moment l'objet de peu de littérature spécifique, mettant directement en lien ces deux pratiques qui pourtant, pourraient se révéler complémentaires selon les résultats obtenus dans ce questionnaire.

La médiation animale est une pratique avec de nombreuses possibilités tant dans son format que dans ses bénéfices pour le patient. Comme le souligne Denni-Krichel (2017), il existe autant d'interventions différentes que de triades existantes. Chaque prise en charge est par conséquent unique.

Ce travail montre que dans certaines pathologies la TAA demeure insuffisamment investie et également moins étudiée dans la littérature scientifique. Cela ouvre donc encore de nombreuses perspectives cliniques mais aussi de possibilités de champ d'investigation pour de futurs mémoires orthophoniques de recherche.

Références

- Albrecht, E. par B. (2017, octobre 9). Zoothérapie ou médiation animale ? *Fondation AP Sommer*. Consulté 17 février 2018, à l'adresse <https://www.fondation-apsommer.org/zoothérapie-médiation-animale/>
- Andryushchenko-Basquin, I., & Chelly, S. (2017). Le rôle d'un animal dans le processus thérapeutique : quel « profil » pour quel objectif ? *Psychothérapies*, 37(2), 71-79. <https://doi.org/10.3917/psys.172.0071>
- Arenstein, G.-H., Beaudet, R., Carrier, C., & Gosselin, V. (Éd.). (2013). *Zoothérapie: quand l'animal devient assistant-thérapeute* (Nouvelle édition). Saint-Sauveur, (Québec): M. Broquet, La nouvelle édition.
- Barba, B. (1995). The positive influence of animals: Animal-assisted therapy in acute care. *Clinical nurse specialist CNS*, 9, 199-202.
- Beck, A. M., & Katcher, A. H. (1984). A new look at pet-facilitated therapy. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 184(4), 414-421.
- Beiger, F. (2008). *L'enfant et la médiation animale: Une nouvelle approche par la zoothérapie*. Paris, France : Dunod.
- Beiger, F., & Dibou, G. (2017). *La zoothérapie auprès des personnes âgées: une pratique professionnelle*. Malakoff, France : Dunod.
- Beiger, F., & Jean, A. (2011). *Autisme et zoothérapie: communication et apprentissages par la médiation animale*. Paris: Dunod.
- Bélair, S. (2017). La médiation animale ou la clinique du lien. *L'école des parents*, Sup. au N° 623(5), 101-131.
- Belin, B. (2000). *Animaux au secours du handicap*. Editions L'Harmattan.
- Bouchard, F., Landry, M., Belles-Isles, M., & Gagnon, J. (2004). La zoothérapie en oncologie pédiatrique «La magie d'un rêve»: une expérience pilote. *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 14(1), 10-13. <https://doi.org/10.5737/1181912x1411013>
- Corson, S. A., Arnold, L. E., Gwynne, P. H., & Corson, E. O. (1977). Pet dogs as nonverbal communication links in hospital psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 18(1), 61-72. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(77\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(77)80008-4)
- Custance, D., & Mayer, J. (2012). Empathic-like responding by domestic dogs (*Canis familiaris*) to distress in humans: an exploratory study. *Animal Cognition*, 15(5), 851-859. <https://doi.org/10.1007/s10071-012-0510-1>

- De Souza Albuquerque, N., Guo, K., Wilkinson, A., Savalli, C., Otta, E., & Mills, D. (2016). *Dogs recognize dog and human emotions*, *Biology Letters*, 12(1).
<https://doi.org/10.1098/rsbl.2015.0883>
- De Villers, B. (2016). Choisir un chien : sélection d'un chien pour des activités de médiation animale. In S. Servais (Ed.), *La science (humaine) des chiens*. (p. 219-248). Lormont : Le Bord de l'eau.
- Dehasse, J. (2009). *Mon chien est heureux: Jeux, exercices et astuces*. Odile Jacob.
- Denni-Krichel, N. (2017). Zoothérapie et orthophonie. *L'Orthophoniste*, 365, 24-26.
- Dufau, H. (2003). Rencontre avec Hubert Montagner. *Communication et organisation*, (23). <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2865>
- Durant, C., Bedossa, T., & Gaunet, F. (2017). Interspecific behavioural synchronization: dogs exhibit locomotor synchrony with humans. *Scientific Reports*, 7(1), 12384. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12577-z>
- Elgier, A. M., Jakovcevic, A., Barrera, G., Mustaca, A. E., & Bentosela, M. (2009). Communication between domestic dogs (*Canis familiaris*) and humans: Dogs are good learners. *Behavioural Processes*, 81(3), 402-408.
<https://doi.org/10.1016/j.beproc.2009.03.017>
- Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). (2018). L'Orthophonie en chiffres. FNO. Consulté 17 avril 2018, à l'adresse <http://www.fno.fr/lorthophonie/lorthophonie-et-les-orthophonistes/lorthophonie-en-chiffres/>
- Friesen, L., & Delisle, E. (2012). Animal-Assisted Literacy: A Supportive Environment for Constrained and Unconstrained Learning. *Childhood Education*, 88. <https://doi.org/10.1080/00094056.2012.662124>
- Grandgeorge, M. (2017). Autisme : l'animal, un partenaire au quotidien. *L'école des parents*, Sup. au N° 623(5), 89-100.
- Hare, B., & Tomasello, M. (2005). Human-like social skills in dogs? *Trends in Cognitive Sciences*, 9(9), 439-444. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.07.003>
- Herzog, H. (2011). The Impact of Pets on Human Health and Psychological Well-Being: Fact, Fiction, or Hypothesis? *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 236-239. <https://doi.org/10.1177/0963721411415220>
- Kaminski, J., Hynds, J., Morris, P., & Waller, B. M. (2017). Human attention affects facial expressions in domestic dogs. *Scientific Reports*, 7(1), 12914. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12781-x>

- Kertes D. A., Liu J., Hall N. J., Hadad N. A., Wynne C. D. L., & Bhatt S. S. (2017). Effect of Pet Dogs on Children's Perceived Stress and Cortisol Stress Response. *Socia Development*, 26(2), 382-401. <https://doi.org/10.1111/sode.12203>
- Kilsdonk, C. (2016). Des animaux pour humaniser les soins : éthique des soins et récits de zoothérapie canine auprès de résidents de centres d'hébergement de soins de longue durée. *BioéthiqueOnline*, 5. <https://doi.org/10.7202/1044263ar>
- Lanchon, A., & Marcelli, D. (2017). *L'enfant, l'animal, une relation pleine de ressources*. Toulouse: Erès.
- Lerner, C. (2016). Animal d'accordage, y es-tu ? *Spirale*, (77), 75-91. <https://doi.org/10.3917/spi.077.0075>
- Levinson, B. M. (1962). The dog as a « co-therapist ». *Mental Hygiene*, 46, 59-65.
- Longin, E. (2015, octobre 26). Zoothérapie : la médiation animale comme thérapie. *Le Canard du chien*. Consulté 16 avril 2018, à l'adresse <http://lecanardduchien.com/lifestyle/zootherapie-mediation-animale>
- Martin, S. (2013). La médiation animale : accompagner la personne âgée autrement. *Empan*, (91), 118-121. <https://doi.org/10.3917/empa.091.0118>
- Maurer, M., Delfour, F., & Adrien, J.-L. (2008). Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal : quelle méthodologie pour quels effets ? *Journal of Magnetic Resonance J MAGN RESON*, 28,15359. <https://doi.org/10.1016/j.jmr.2008.09.030>
- Maurer, M., Delfour, F., Trudel, M., & Adrien, J.-L. (2011). L'enfant avec un autisme et l'animal dans un lien signifiant : des possibilités d'interventions thérapeutiques, Child with autism and animal in a significant bond: possibilities of therapeutic interventions, Resumen. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 575-609. <https://doi.org/10.3917/psy.542.0575>
- Michalon, J. (2010). Les relations anthropozoologiques à l'épreuve du travail scientifique. L'exemple de l'animal dans les pratiques de soin, Abstract. *Sociétés*, (108), 75-87. <https://doi.org/10.3917/soc.108.0075>
- Michalon, J. (2014). *Panser avec les animaux. Sociologie du soin par le contact animalier*. Paris : Presses des Mines.
- Michalon, J. (2015). Comment donner corps à la personnification des animaux ? *Sens-Dessous*, (16), 27-40. <https://doi.org/10.3917/sdes.016.0027>

- Montagner, H. (2007). L'enfant et les animaux familiers, Summary. *Enfances & Psy*, (35), 15-34. <https://doi.org/10.3917/ep.035.0015>
- Montagner, H. (2017). Les relations entre les enfants et leurs animaux familiers. *L'école des parents, Sup. au N° 623*(5), 11-49.
- Muñoz Lasa, S., & Franchignoni, F. (2008). The role of animal-assisted therapy in physical and rehabilitation medicine. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44(1), 99-100.
- Muñoz Lasa, S., Máximo Bocanegra, N., Valero Alcaide, R., Atín Arratibel, M. A., Varela Donoso, E., & Ferriero, G. (2015). Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literature. *Neurología (English Edition)*, 30(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2013.01.010>
- Palley, L. S., O'Rourke, P. P., & Niemi, S. M. (2010). Mainstreaming animal-assisted therapy. *ILAR Journal*, 51(3), 199-207. <https://doi.org/10.1093/ilar.51.3.199>
- Parish-Plass, N. (2008). Animal-Assisted Therapy with Children Suffering from Insecure Attachment Due to Abuse and Neglect: A Method to Lower the Risk of Intergenerational Transmission of Abuse? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 7-30. <https://doi.org/10.1177/1359104507086338>
- Peyroutet-Philippe, C. (2016). Assessment and characterisation of animal-assisted interventions proposed to children with autism spectrum disorders in France. *Bulletin de l'Académie vétérinaire de France*, 169(2), 117-126. <https://doi.org/10.4267/2042/60692>
- Rayment, D. J., De Groef, B., Peters, R. A., & Marston, L. C. (2015). Applied personality assessment in domestic dogs: Limitations and caveats. *Applied Animal Behaviour Science*, 163, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.applanim.2014.11.020>
- Rugaas, T. (2010). *Les signaux d'apaisement: Les bases de la communication canine*. Les éditions du Génie Canin.
- Sanders, C. R. (1993). UNDERSTANDING DOGS: Caretakers' Attributions of Mindedness in Canine-Human Relationships. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22(2), 205- 226. <https://doi.org/10.1177/089124193022002003>
- Sarica, J., & Zaïd, N. (2017). *Zoothérapie: le pouvoir thérapeutique des animaux*. Paris, France: Arthaud.
- Servais, V. (1989). L'animal familier : médecin malgré lui ? *Cahiers d'Ethologie*, 9(3). Consulté à l'adresse <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/25425>

- Servais, V. (2007). La relation homme-animal, Summary. *Enfances & Psy*, 2(35), 46-57. <https://doi.org/10.3917/ep.035.0046>
- Servais, V. (2015). La médiation animale comme espace intermédiaire de partenariat avec des animaux. *Revue Observatoire*. Consulté 31 mars 2018, à l'adresse <http://www.revueobservatoire.be/La-mediation-animale-comme-espace-intermediaire-de-partenariat-avec-des-animaux?return=publication>
- Servais, V. (2017a). Une communication intime et subtile. *L'école des parents, Sup. au N° 623(5)*, 77 - 87.
- Servais, V. (2017b). Zoothérapie et médiation animale : vers de nouvelles pratiques de soin. *Museum Toulouse*. Consulté 12 avril 2018, à l'adresse <https://www.museum.toulouse.fr/-/zootherapie-et-mediation-animale-vers-de-nouvelles-pratiques-de-soin>
- Servais, V, & Millot, J.-L. (2003). Les interactions entre l'homme et les animaux familiers : quelques champs d'investigation et réflexions méthodologiques. In C. Bernard (Ed.). *L'éthologie appliquée aujourd'hui. Tome 3, l'éthologie humaine*. (p. 187-198). Paris : EDI.
- Sillou, J.-M. (2016). *Efficacité de la thérapie assistée par l'animal sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence*. Université Côte d'Azur, France.
- Vaillant-Ciszewicz, A.-J., Rossi, R., Quaderi, A., & Palazzolo, J. (2017). Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.06.004>
- Vieira, I. (2015). *Comportement du chien, clinique et thérapeutique*. Editions du Point Vétérinaire.
- Wynne, C. D. L., Udell, M. A. R., & Lord, K. A. (2008). Ontogeny's impacts on human–dog communication. *Animal Behaviour*, 76(4), e1 - e4. <https://doi.org/10.1016/j.anbehav.2008.03.010>
- Yap, E., Scheinberg, A., & Williams, K. (2017). Attitudes to and beliefs about animal assisted therapy for children with disabilities. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 47 - 52. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.11.009>

Annexes

Annexe A Questionnaire du mémoire

I. Données administratives :

Pratique :

- ☐ Libérale
 - ☐ Institutionnelle
 - ☐ Mixte
-

Année de certification :

Population d'âge des patients :

II. Thérapie assistée par le chien, généralités :

Question n°1 : Comment-avez découvert la pratique avec l'animal ?

- ☐ Articles/livres
 - ☐ Conférences
 - ☐ Reportage télévisé ou radio
 - ☐ Formations
 - ☐ Internet
 - ☐ Par l'intermédiaire d'un/une collègue
 - ☐ Par hasard
 - ☐ Membres de la famille ou ami(s)
 - ☐ Seule dans votre pratique / en emmenant votre chien au cabinet
-

Question n°2 : Faites-vous une distinction entre les termes médiation animale et zoothérapie ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question n°2 bis : Si oui laquelle ?

Question n°3 : Pourquoi avez-vous décidé de pratiquer l'orthophonie avec votre/vos chien(s) ?

Question n°4 : Avez-vous suivi une formation spécifique ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question n°4 bis : Si oui laquelle ?

Question n°5 : Depuis combien de temps pratiquez-vous avec votre/vos chien(s) ?

- ☐ Moins de 6 mois
 - ☐ Entre 6 mois et 1 an
 - ☐ Entre 1 an et 2 ans
 - ☐ Entre 2 ans et 3 ans
 - ☐ Entre 3 ans et 4 ans
 - ☐ Entre 4 et 5 ans
 - ☐ Plus de 5 ans
-

Question n°6 : Pratiquez-vous avec d'autres animaux ?

- ☐ Non
 - ☐ Nouveaux animaux de compagnie (lapin, furet, cochon d'Inde...)
 - ☐ Ane(s)
 - ☐ Chevaux
 - ☐ Oiseaux
 - ☐ Chat
 - ☐ Autre
-

Question n°7 : Êtes-vous en lien avec des associations spécialisées du type handi-chiens ...?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question n°8 : Êtes-vous en contact avec d'autres orthophonistes pratiquant avec le chien ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

II. Le chien :

Question 1 : Combien de chiens vous accompagnent dans votre pratique ?

- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ Autre
-

Question n°2 : Avec quelle(s) race(s) de chien pratiquez-vous ?

Question n°3 : Pourquoi le choix spécifique de cette/ces race(s) ?

Question n°4 : Est-ce un chien issu ?

- ☐ De l'élevage
- ☐ SPA/refuge
- ☐ D'une association (handi-chiens, ...)
- ☐ Particulier
- ☐ Autre

Question n°4 bis : Pourquoi ce choix ?

Question n°5 : Quels sont selon vous les avantages du chien par rapport à un autre animal ?

Question n°6 : Votre animal a-t-il suivi une formation spécifique ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question n°6 bis : Si oui , laquelle ?

Question n°7 : Avez-vous réalisé un bilan comportemental canin ?

- ☐ Oui
☐ Non

Question n°8 : Avez-vous un suivi régulier par un éducateur/comportementaliste ou éthologue ?

- ☐ Oui
☐ Non

Question n°9 : A quel âge votre/vos chien(s) a/ont commencé à pratiquer ? A/ont été formés ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Moins d'un an | ☐ Entre 1 an et 2 ans |
| ☐ Entre 2 et 3 ans | ☐ Entre 3 et 4 ans |
| ☐ Entre 4 et 5 ans | ☐ Entre 5 et 6 ans |
| ☐ Entre 6 et 7 ans | ☐ Entre 7 et 8 ans |
| ☐ Entre 8 et 10 ans | ☐ Plus de 10 ans |

Question n°10 : Selon vous, sous quelles conditions le chien doit-il être mis « à la retraite » ?

III. Les apports :

Quels sont selon vous les 3 principaux apports relationnels du chien pour le patient ?

- | | |
|--|--|
| ☐ Motivation | ☐ Meilleure gestion du stress du patient et diminution de l'anxiété |
| ☐ Hausse de la confiance en soi | ☐ Sentiment de sécurité du patient |
| ☐ Responsabilisation | ☐ Favorisation des échanges |
| ☐ Atténuation des comportements d'évitement | ☐ Diminution de l'agressivité |
| ☐ Baisse de l'apathie | ☐ Autre |

Cochez vos 3 principaux axes de travail/apports actuels selon les types de pathologie suivants ?

Il est possible de ne pas répondre à toutes les questions, si vous ne rencontrez pas certaines de ces pathologies dans votre pratique.

Pour les troubles ORL, cochez votre principal axe de travail.

✕ **Troubles du langage oral :**

- ☐ Travail et amélioration de l'élocution
- ☐ Travail et amélioration de l'évocation lexicale/du lexique
- ☐ Travail et amélioration de l'élaboration syntaxique
- ☐ Travail et amélioration de la phonologie
- ☐ Travail et amélioration du discours et des habiletés descriptives (élaboration d'histoires, descriptions du chien ou du matériel associé...)
- ☐ Travail articulaire (souffle, praxies...)
- ☐ Autre

✕ **Troubles du langage écrit et graphisme:**

- ☐ Travail et amélioration de l'orthographe (par exemple support du chien pour écrire ...)
- ☐ Travail et amélioration de la lecture (exemple de la lecture à l'animal ...)
- ☐ Travail sur la création d'écrits
- ☐ Travail et amélioration de la motricité fine et globale
- ☐ Travail et amélioration de la compréhension écrite
- ☐ Autre :

✕ **Troubles de la cognitivo-mathématiques**

- ☐ Travail et compréhension des unités de mesure (longueur, hauteur...)
- ☐ Mise en place des structures logiques (classification, sériation....)
- ☐ Aide à la construction d'images mentales
- ☐ Travail et compréhension du nombre et des symboles numériques par la manipulation d'objets en lien avec le chien (croquettes...)
- ☐ Travail et compréhension de problèmes
- ☐ Autre

✕ **Troubles du spectre autistique :**

- | | |
|--|--|
| ☐ Amélioration et travail de la communication non verbale | ☐ Amélioration et travail de la communication verbale |
| ☐ Stabilisation et régulation des comportements inappropriés (stéréotypies...) | ☐ Réduction des écholalias |
| ☐ Augmentation et amélioration des interactions sociales (en qualité, nombre et durée) et des comportements sociaux (utilisation de la rivalité sociale...) | ☐ Développement de l'empathie |
| ☐ Expression et compréhension des émotions de soi et d'autrui | ☐ Stimulation et intégration sensorielle |
| ☐ Amélioration de l'imitation | ☐ Amélioration de l'attention conjointe |
| ☐ Amélioration du contact visuel | ☐ Pointage |
| ☐ Augmentation des comportements affiliatifs (sourires...) | ☐ Amélioration de la compréhension orale |
| ☐ Flexibilité dans les interactions | ☐ Autre |

✕ **Troubles neuro-cognitifs : (maladies dégénératives...)**

- | | |
|---|---|
| ☐ Réminiscence de souvenirs et stimulation de la mémoire à court terme et à long terme | ☐ Evocation lexicale / Lexique |
| ☐ Stimulation et intégration sensorielle | ☐ Stimulation de la communication verbale |
| ☐ Stimulation de la communication non verbale | ☐ Augmentation des comportements sociaux (rires, sourires...) et amélioration de la socialisation (généralisation des liens sociaux) |
| ☐ Travail et amélioration de la motricité fine et globale | ☐ Amélioration de l'attention conjointe |
| ☐ Mobilisation des fonctions exécutives | ☐ Autre |

✕ **Troubles oro-myo-faciaux**

- ☐ Diminution de l'hypersensibilité
 - ☐ Travail autour des 5 sens et étude des sensations
 - ☐ Travail articuloire
 - ☐ Animal miroir (ex : massages, repas...)
 - ☐ Travail du souffle
 - ☐ Travail musculaire (mimiques, mobilisation musculaire volontaire, travail visuel par l'attention conjointe ...)
 - ☐ Travail d'appropriation du moment repas
 - ☐ Diminution de l'appréhension de la situation duelle du repas
 - ☐ Autre
-

✕ **Troubles ORL (voix, ...). Quel votre principal axe de travail ?**

- ☐ Travail actif (consigne que le chien doit exécuter...)
 - ☐ Travail semi-actif (gestion de la proxémie, projection vocale, souffle...)
 - ☐ Travail passif (lecture de texte en lien avec le chien...)
-

✕ **Troubles du comportement ou TDA/TDAH:**

- ☐ Amélioration des habiletés attentionnelles
- ☐ Diminution de l'impulsivité
- ☐ Réduction de l'agitation
- ☐ Travail de régulation des émotions et contrôle de soi
- ☐ Amélioration de l'attention conjointe
- ☐ Libération des émotions
- ☐ Meilleure socialisation
- ☐ Autre

Question : Pensez-vous que la présence du chien facilite la mise en place de la relation patient/thérapeute et améliore la prise en charge ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

IV. Les limites :

Question n°1 : Quelles sont les limites de la pratique avec le chien ?

Question n°2 : Comment gérez-vous au quotidien les impacts sur le bien-être du chien ?

Question n°3 : Quelles sont selon vous les contre-indications à cette pratique ?

V. Le cadre pratique :

Question n°1 : Avez-vous préparé l'arrivée de l'animal dans votre cabinet et auprès de vos patients ?

- ☐ Oui
☐ Non
-

Question n°1 bis : Si oui, comment avez-vous procédé ?

Question n°2 : Avez-vous laissé le choix au patient /famille ?

- ☐ Oui
☐ Non

Question n°3 : Quelles ont été les réactions des patients et de leur famille ?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Joie | ☐ Enthousiasme |
| ☐ Curiosité | ☐ Scepticisme |
| ☐ Surprise | ☐ Colère |
| ☐ Refus | ☐ Désintérêt |
| ☐ Dégoût | ☐ Soulagement |
| ☐ Méfiance | ☐ Peur |
| ☐ Evocation de souvenirs personnels | ☐ Motivation |
| ☐ Autre | |

Question n°4 : Avez-vous réalisé une période d'essai avec votre chien en l'emmenant progressivement au cabinet ?

- ☐ Oui
☐ Non

Question n°4 bis : Si oui, combien de temps ?

Question n°5 : A quelle fréquence (nombre de séances) votre chien intervient t-il dans une journée ?

- ☐ Entre 1 et 2 fois
- ☐ Entre 2 et 4 fois
- ☐ Entre 4 et 6 fois
- ☐ Entre 6 et 8 fois
- ☐ Entre 8 et 10 fois
- ☐ Plus de 10
- ☐ A chaque séance
- ☐ Autre

Question n°6 : Quelle est la durée moyenne du temps de séance avec votre chien ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ 5 min | ☐ 10 min |
| ☐ 15 min | ☐ 20 min |
| ☐ 25 min | ☐ 30 min |
| ☐ 35 min | ☐ 40 min |
| ☐ 45 min | ☐ 50 min |
| ☐ 55 min | ☐ 1h |

Question n°7 : Comment gérez-vous la problématique de la fin de prise en charge avec la double séparation ?

Question n°8 : Réalisez-vous ?

- ☐ Des séances individuelles
- ☐ Des séances de groupe

Question n°9 : Comment organisez-vous les pauses et sorties du/des chien(s) ?

Question n°10 : Question 10 : Avez-vous un lieu/pièce/endroit où isoler le chien (pour son repos ou en cas de refus des patients) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 11 : Avez-vous dû réaliser un aménagement de votre environnement de travail pour accueillir votre animal (enclos, tapis, cage...) ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question 11 bis : Si oui, lesquels ?

Question 12 : Faites-vous une sensibilisation auprès des patients pour les problématiques de sécurité (risque de morsure...) et d'hygiène ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question 13 bis : Si oui, par quels moyens ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Vidéos | ☐ Supports imagés |
| ☐ Simulations | ☐ Discussion auprès du patient/de l'entourage |
| ☐ Figurines | ☐ Brochures |
| ☐ Affiches | ☐ Bandes dessinées |
| ☐ Autre | |

Question n°14 : Vous tenez-vous régulièrement au courant de la législation sur ce type d'activité ? Avez-vous demandé conseils auprès d'organismes spécialisés ?

- ☐ Oui
 - ☐ Non
-

Question n°15 : Votre animal est-il le plus souvent ? :

- ☐ Actif
- ☐ Semi-actif
- ☐ Passif
- ☐ Autre

Annexe B Notice d'information

Notice d'information:

Directeurs du mémoire :

- Mme Nicole DENNI-KRICHEL: orthophoniste libérale, n.denni-krichel@wanadoo.fr
- Mme Sylvie MARTIN: orthophoniste libérale, sylvie.martin1@worldonline.fr

Etudiant : MALDONADO Célia, étudiante en Master 2 Orthophonie

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation, UCBLyon 1.

celia.maldonado@hotmail.fr

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données afin de réaliser un état des lieux des pratiques et des apports de la thérapie assistée par le chien en orthophonie, en France. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Cette étude repose sur le remplissage d'un questionnaire d'une cinquantaine de questions pour la plupart à choix multiples.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle aux responsables de l'étude (Mme Nicole Denni-Krichel et Mme Sylvie Martin) ou à la personne réalisant le recueil de données (Célia Maldonado).

But de l'étude : Cette étude a pour but de :

- Réaliser un état des lieux des pratiques et des apports communicationnels et relationnels de la thérapie assistée par le chien en orthophonie, en France.
- Recueillir des informations sur les différents types de pratiques possibles.
- Comprendre les bénéfices mais aussi les contraintes de cette pratique.
- Observer si les apports décrits dans la littérature scientifiques sont retrouvés lors de la pratique clinique.
- Permettre la connaissance et la reconnaissance de la médiation animale avec le chien en orthophonie.

Déroulement de l'étude et méthode :

- Septembre à novembre : élaboration du questionnaire et revue de la littérature pour l'élaboration du plan détaillé, d'une bibliographie et le commencement de la partie théorique.
- Novembre à Janvier : envoi et recueil des questionnaires adressés aux orthophonistes ayant été formé(e)s et pratiquant la médiation animale avec le chien. Rédaction de la partie méthode et finalisation de la partie théorique.
- Janvier à mars : traitement et analyse des données recueillies puis élaboration de la partie discussion et de la conclusion.
- Mars à Avril : Finalisation du rendu écrit (orthographe, mise en page) et relecture.
- Rendu écrit : 2 mai 2018
- Soutenance orale : 24/25 mai 2018

Frais : Votre collaboration à ce recueil de données n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – Confidentialité :

Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom.

La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel.

Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé.

Selon la Loi Informatique et Liberté (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès des responsables de l'étude (Mme Nicole Denni-Krichel et Mme Sylvie Martin).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire.
Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Bénéfices potentiels : La finalité de cette étude est de montrer toute la diversité et la richesse de la médiation animale avec le chien auprès des patients suivis en orthophonie en France en se fondant sur des témoignages cliniques (questionnaires) mais aussi de mettre en lumière cette pratique en pleine expansion en France.

Risques potentiels : Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information !

Annexe C Les races de chiens en thérapie assistée par l'animal

