



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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 2130

Mémoire d'orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

BALANNEC Solène

**Etat des lieux de la thérapie assistée par le chien en orthophonie
en France auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer :
son apport pour les patients**

Directrices de Mémoire

JACQUET Sylvie

JEANNIN Sarah

Année académique

2020-2021

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Xavier PERROT

Equipe de direction du département d'orthophonie :

Directeur de la formation
Agnès BO

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Solveig CHAPUIS

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

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL

Responsable de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Rachel BOUTARD

Secrétariat de scolarité
Anaïs BARTEVIAN
Constance DOREAU KNINDICK
Céline MOULART

1. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr FLEURY Frédéric

Vice-Président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1. Secteur Santé

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice
Pr. VINCIGUERRA Christine

U.F.R de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne
Pr. BURILLON Carole

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur
Dr. PERROT Xavier

U.F.R d'Odontologie
Directrice
Pr. SEUX Dominique

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

1.2. Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur
M. LEBOISNE Nicolas

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur
Mme DANIEL Isabelle

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur
M. VANPOULLE Yannick

Ecole Supérieure du Professorat et de
L'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur
M. CHAREYRON Pierre

POLYTECH LYON
Directeur
M. PERRIN Emmanuel

Institut Universitaire de Technologie De
Lyon 1 (I.U.T LYON 1)
Directeur
M. VITON Christophe

Résumé

Les effets de la Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) ont été fréquemment rapportés dans la littérature, mais les études actuelles manquent encore de données fiables et ciblées. Les objectifs de cette étude étaient de faire un état des lieux de la pratique orthophonique de la thérapie assistée par le chien auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) et de déterminer si elle apportait des bénéfices aux patients. Pour cela trois hypothèses ont été posées. Premièrement, les orthophonistes pratiquant la TAA la mettent en place pour répondre à un projet thérapeutique précis, se forment et évaluent leurs interventions. Deuxièmement, selon les orthophonistes, la TAA apporte des bénéfices aux patients aux niveaux interactionnel, communicationnel, psychologique, comportemental et cognitif. Troisièmement, les patients bénéficiant de TAA ressentent un mieux-être et une motivation accrue comparativement aux patients sans TAA. Pour vérifier ces hypothèses, trois questionnaires ont été réalisés, adressés à des orthophonistes, des patients suivis avec de la TAA et des patients suivis sans TAA. Les résultats ont montré que les orthophonistes ne pratiquent pas la TAA comme définie par les instances reconnues : ils ne la mettent pas en place à des fins thérapeutiques, ne se forment pas assez et n'évaluent pas leur pratique. Par ailleurs, si les orthophonistes observent les bénéfices décrits dans la littérature dans leurs prises en soin, ceux-ci ne sont pas retrouvés dans les états émotionnels et motivationnels rapportés par les patients. Ainsi, la présence du chien, appréciée par les orthophonistes et les patients, ne semble pas avoir d'effet bénéfique supplémentaire à une prise en soin classique. Cependant, du fait du petit nombre de participants à cette étude et de la présence de biais, les résultats ne sont pas significatifs et restent des tendances. Les effets mériteraient donc d'être réévalués et prolongés dans d'autres études plus conséquentes.

Mots-clés

Orthophonie, Thérapie assistée par l'animal, Chien, Maladie d'Alzheimer, Questionnaire

Abstract

Animal Assisted Therapy (AAT) effects have been frequently reported in the literature, yet current studies still lack of reliable and targeted data. The objectives of this study were to assess the current state of speech therapy for patients suffering from dementia such as Alzheimer Disease (AD) then to determine the benefits for those patients. Three hypotheses were put forward. First, speech therapists who practice AAT set it up to respond to a specific therapeutic project, to train themselves and to evaluate their interventions. Second, according to speech therapists, AAT benefits to patients at the interactional, communicational, psychological, behavioural and cognitive levels. Third, AAT patients feel a better well-being and are more motivated than patients treated without AAT. To verify these hypotheses, three forms were sent to speech therapists, AAT patients and AAT-free patients. The answers showed that speech therapists do not practice AAT as defined by recognized jurisdictions: they do not implement it for therapeutic purposes, they do not train themselves enough and do not assess their practice. Moreover, while speech therapists observe the benefits described in the literature in their care, those are not found in the emotional and motivational states reported by patients. Thus, a dog presence, appreciated by both speech therapists and patients, does not seem to have any additional beneficial effect to a conventional care. However, due to the small number of participants in this study and the presence of bias, the results are not significant and only remain trends. The effects should therefore be re-evaluated and extended in other larger studies.

Keywords

Speech therapy, Animal assisted therapy, Dog, Alzheimer disease, Questionnaire

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mes directrices de mémoire, Sylvie Jacquet et Sarah Jeannin, d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce travail. Un immense merci pour leur encadrement bienveillant, leur disponibilité et leurs conseils avisés.

Merci également aux orthophonistes et aux patients qui ont pris le temps de répondre au questionnaire. Sans eux ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Je remercie Catherine Coupez, responsable de l'organisme Dys'Kate Formation, de m'avoir soutenue en diffusant largement mon questionnaire.

Un grand merci également à Alexandre Foncelle pour son aide précieuse sur les analyses statistiques que je n'aurais pu réaliser sans lui.

Une tendre pensée envers mes alliées de ces cinq années passées. Merci d'avoir partagé mon questionnaire, d'avoir pris le temps de lire mon mémoire, et tellement plus encore...

Enfin, mille mercis à ma famille et mes amis, pour leur soutien indéfectible et la force qu'ils m'ont transmise.

Sommaire

I. Partie théorique.....	1
1 Introduction.....	1
2 La thérapie assistée par l'animal	1
2.1. Historique et définitions.....	1
2.1.1 Professionnels utilisant la thérapie assistée par l'animal.	2
2.1.2 Bénéficiaires de la thérapie assistée par l'animal.....	3
2.1.3 Limites de la thérapie assistée par l'animal.....	3
3 La maladie d'Alzheimer	4
3.1. Prévalence et définition.....	4
3.2. Les différents troubles rencontrés dans la maladie d'Alzheimer	5
3.2.1 Les troubles mnésiques.	5
3.2.2 Les troubles des fonctions exécutives.....	5
3.2.3 Les troubles psychologiques et comportementaux.	6
3.2.4 Les troubles du langage et de la communication.	6
3.3. Les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses dans la prise en soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer	7
4 La thérapie assistée par le chien auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer	8
4.1. Le choix du chien	8
4.2. Les objectifs de la thérapie assistée par le chien dans la prise en soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.....	8
4.2.1 La relation thérapeutique.	8
4.2.2 Les apports sur les plans interactionnels et communicationnels.	9
4.2.3 Les apports sur les plans psychologiques et comportementaux.	9
4.2.4 Les apports sur le plan cognitif.....	10
II. Méthode	11
1 Population	11
2 Matériel.....	12
3 Procédure.....	12
III. Résultats	14
1 Questionnaire orthophonistes.....	14
1.1. Profil de l'échantillon : orthophonistes.....	14
1.2. Les chiens représentés	15

1.3. Cadre pratique des séances	16
1.4. Axes de travail et apports pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.....	16
2 Questionnaires patients.....	17
2.1. Profil de l'échantillon : les patients	17
2.1. Prise en soin orthophonique des patients	17
2.1.1 Motivation des patients.	17
2.1.2 Etats émotionnels des patients en séance.....	18
2.1.3 Moral des patients.....	19
2.2. Avis sur la thérapie assistée par le chien.....	20
IV. Discussion	21
1 Re-contextualisation.....	21
2 Le profil des orthophonistes qui pratiquent la thérapie assistée par le chien	21
2.1. Représentativité de l'échantillon	21
2.2. Formation des orthophonistes et des chiens.....	22
2.3. Interventions planifiées et structurées.....	23
2.4. Evaluation de la pratique.....	24
3 Les bénéfices de la thérapie assistée par le chien auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer observés par les orthophonistes.....	25
3.1. Bénéfices aux niveaux communicationnel et interactionnel	26
3.2. Bénéfices aux niveaux psychologique et comportemental.....	26
3.3. Bénéfices au niveau cognitif	26
4 La motivation et le mieux-être ressentis par les patients	27
4.1. La motivation.....	27
4.2. Le mieux-être	28
5 Limites et perspectives	29
5.1. Limites et biais à l'étude.....	29
5.2. Perspectives	30
V. Conclusion	31
VI. Références	33
VII. Annexes.....	

I. Partie théorique

1 Introduction

La Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) est aujourd'hui une méthode non conventionnelle complémentaire souvent retrouvée dans les prises en soin orthophoniques. De nombreux professionnels intègrent un animal dans leur cabinet à des fins thérapeutiques, persuadés des bénéfices engendrés (Cevizci et al., 2013). Par ailleurs, le nombre de personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer (MA) augmente chaque année ce qui représente un enjeu de santé publique (HAS, 2018). Les thérapies médicamenteuses n'étant que partiellement efficaces pour traiter les symptômes des maladies neurodégénératives, les méthodes non conventionnelles complémentaires telles que la TAA prennent tout leur sens dans l'accompagnement de ces patients (Higuet, 2017). L'animal intervenant devant être « contrôlable, fiable, prévisible et extrêmement social » (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017, p. 72), le chien semble être le partenaire idéal et est donc l'animal le plus retrouvé en TAA. Cependant, même si la TAA est approuvée au niveau clinique, les résultats retrouvés dans la littérature sur ses apports sont peu probants. Cela s'explique en partie par les confusions possibles entre les TAA et les autres interventions comme l'Education Assistée par l'Animal (EAA) ou les Activités Assistées par l'Animal (AAA) (IAHAIO, 2018), et également par le manque de descriptions ciblées et d'études scientifiques rigoureuses (Kerulo et al., 2020). C'est pourquoi ce mémoire a pour objectifs de faire un état des lieux spécifique de la pratique de la thérapie assistée par le chien en orthophonie auprès des patients atteints de la MA et de montrer son apport pour les patients. Pour cela, il se compose premièrement d'une revue de littérature posant le cadre théorique et présentant quelques étayages scientifiques sur la question, puis d'une deuxième partie présentant la méthode et les résultats de l'étude, et pour finir d'une discussion sur les résultats obtenus.

2 La thérapie assistée par l'animal

2.1. Historique et définitions

D'après Grandgeorge (2012), la première utilisation d'un animal à visée thérapeutique a été établie au XI^{ème} siècle dans un hôpital belge. Différents programmes faisant intervenir des animaux ont par la suite été mis en place dans des structures de soins au cours des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles. Mais ce n'est que dans les années 1960 que les premiers écrits sur les apports psychologiques des animaux sont apparus grâce au pédopsychiatre américain Levinson. Ces écrits ont été repris et développés par

d'autres chercheurs, notamment aux Etats-Unis par les époux Corson qui ont montré les effets bénéfiques sur le développement des interactions sociales, et en France, par Ange Condoret dans les années 1970, qui a étudié l'intervention animale modulée précoce. C'est ensuite dans les années 1980-1990 que la littérature s'est étendue à d'autres disciplines, et que les bienfaits des animaux ont été décrits auprès de différentes populations et sur différents plans : physiques, émotionnels, cognitifs, sociologiques et physiologiques (Grandgeorge, 2012).

Actuellement, différentes terminologies existent pour définir la Thérapie Assistée par l'Animal (TAA). La définition proposée par l'International Association of Human Animal Interactions Organization (IAHAIO) est retenue pour ce travail. L'IAHAIO est un organisme international qui vise à établir un consensus terminologique : elle regroupe plusieurs organisations désireuses de faire progresser les connaissances sur l'Interaction Homme-Animal (IHA) notamment grâce à la recherche, ce qui la rend experte dans le domaine. Ainsi, selon l'IAHAIO (2018, p. 9), « la TAA a un objectif orienté, planifié et à vocation thérapeutique structurée et dirigée et/ou réalisée par des professionnels de la santé, de l'éducation et du soin ». Celle-ci est réalisée par une personne dont l'expertise professionnelle est reconnue dans le cadre de sa pratique clinique. Elle a pour objectifs l'amélioration des capacités physiques, cognitives, comportementales et/ou socio-affectives du bénéficiaire. Le thérapeute qui propose la TAA doit toujours veiller au bien-être du bénéficiaire et de l'animal. Pour cela il doit se documenter, se former et avoir une connaissance suffisamment importante de son animal pour veiller à sa bonne santé, comprendre ses besoins et ses réactions comportementales (Animal-Assisted Intervention International (AAIL), 2019 ; Fine et al., 2019 ; IAHAIO, 2018 ; Winkle et al., 2020). Le thérapeute doit également évaluer les effets de la TAA qu'il a mise en place (AAIL, 2019 ; IAHAIO, 2018 ; Winkle et al., 2020).

2.1.1 Professionnels utilisant la thérapie assistée par l'animal.

La TAA permet une relation triangulaire entre un thérapeute, un animal et un patient bénéficiaire (Le Floc'h Soye, 2019). L'animal n'a pas d'action thérapeutique directe sur le patient. Il apporte un potentiel de changement dont le thérapeute doit se saisir dans sa prise en soin (Servais, 2007). L'Institut Français de Zoothérapie (IFZ, 2021) indique que tous les professionnels pratiquant la TAA doivent être initialement diplômés dans les domaines de la santé, du social ou de l'enseignement spécialisé. Dans la littérature, l'utilisation de la TAA se retrouve dans de nombreuses professions :

médecins, infirmiers-ères, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens-ciennes, éducateurs-trices spécialisé-e-s, etc. (Cevizci et al., 2013). Cependant, il n'existe actuellement aucun cadre qui régit la pratique de la TAA. Différents organismes, tels que l'IFZ ou l'IAHAIO, ont mis en place des chartes et recommandations à destination de leurs adhérents, et proposent des formations mais aucune n'est officiellement reconnue. Plus généralement, il est recommandé aux personnes exerçant une activité en lien avec des animaux de compagnie de posséder une certification en TAA et l'Attestation de Connaissances pour les Animaux de Compagnie d'Espèce Domestiques (ACACED) délivrée par la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) (Cevizci et al., 2013).

2.1.2 Bénéficiaires de la thérapie assistée par l'animal.

« La TAA est conçue pour promouvoir l'amélioration du fonctionnement physique, social, émotionnel et cognitif de l'humain » (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017, p. 71). De ce fait, le champ d'intervention de la TAA est très large. Dans la littérature, les auteurs étudient la pratique de la TAA auprès de différentes populations : enfants, adultes, personnes âgées ; ou selon différentes pathologies : autisme, troubles psychiatriques, démence, etc. (De Villers & Servais, 2016). Ainsi, toute personne étant suivie par un professionnel du soin ou du social pourrait bénéficier de la TAA s'il le souhaite et si celle-ci est mise en place par son thérapeute (Snipelisky & Burton, 2014).

2.1.3 Limites de la thérapie assistée par l'animal.

Alors qu'elle est de plus en plus pratiquée en clinique, la TAA comporte des inconvénients potentiels auxquels le thérapeute doit être sensibilisé pour ne pas mettre à mal la prise en soin. La TAA n'est pas adaptée à tous et doit être mise en place uniquement pour répondre à des objectifs précis et adaptés au patient. Premièrement, certains patients peuvent être réticents à la TAA pour des raisons culturelles ou phobiques (Marcelli, 2017). De plus, la présence de l'animal engendre un risque infectieux (zoonoses) que le professionnel doit limiter en assurant un suivi vétérinaire régulier de son animal (Cevizci et al., 2013 ; Grandgeorge & Hausberger, 2011 ; Le Floc'h Soye, 2019). Le praticien doit également veiller à ce que le patient n'ait pas de contre-indication médicale (allergie, maladie transmissible, immunodépression) au contact animalier (Cevizci et al., 2013 ; Marcelli, 2017 ; Winkle et al., 2014). Le risque d'une atteinte physique (griffure, morsure) est moindre mais également présent, alors le thérapeute doit se former afin de connaître suffisamment son animal pour anticiper ses réactions et garantir son bien-être ainsi que celui du patient (Fine et al., 2019 ;

Marcelli, 2017). Au-delà de ces contraintes retrouvées en clinique, la plus grande limite actuelle de la TAA est sûrement qu'elle n'est pas reconnue scientifiquement selon le modèle de l'Evidence Based Practice (EBP). La majorité des recherches ne permettent pas de prouver son efficacité car les données sont récentes, insuffisantes, et les méthodes d'investigation souvent peu rigoureuses. Ainsi, les résultats obtenus ne sont pas généralisables et exploitables, ce qui crée un clivage entre la science et la clinique (Bernabei et al., 2013 ; Cevizci et al., 2013 ; Charry-Sánchez et al., 2018 ; Dalton et al., 2020 ; Filan & Llewellyn-Jones, 2006 ; Hu et al., 2018 ; Kazdin, 2015 ; Lai et al., 2019 ; Zafra-Tanaka et al., 2019).

3 La maladie d'Alzheimer

3.1. Prévalence et définition

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (2011), la Maladie d'Alzheimer (MA) est la maladie neuro-dégénérative la plus fréquente. En France, environ 900 000 personnes sont atteintes de cette maladie (Inserm, 2019 ; HAS 2018). Une forme précoce de la MA touche les moins de 60 ans, mais la majorité des malades a plus de 80 ans (HAS, 2018). Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de malades chaque année et celui-ci pourrait atteindre au niveau mondial les 131 millions d'ici 2050 (Helmer et al., 2016). Au niveau cérébral, elle se caractérise par l'existence de lésions particulières appelées « plaques amyloïdes » et de dégénérescences neurofibrillaires, entraînant une perte neuronale (HAS, 2011 ; Poirier & Gil, 2018). L'atrophie corticale réduit progressivement les capacités cognitives de la personne et engendre ainsi une perte de son autonomie impactant sa vie quotidienne (HAS, 2018). Son diagnostic résulte de différents examens (IRM cérébrale, scintigraphie SPECT, ponction lombaire) mais également d'observations cliniques qui permettent d'apprécier le stade de la maladie et les répercussions sur la vie quotidienne du patient. Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), la MA se caractérise par la présence de troubles neurocognitifs (TNC) apparaissant insidieusement et évoluant progressivement. Au-delà des atteintes cognitives, des manifestations comportementales et psychologiques sont très souvent observées. D'autres pathologies neurodégénératives (maladie à corps de Lewy, dégénérescence lobaire fronto-temporale, etc.), dites « apparentées » à la MA, ont en commun avec celle-ci une apparition insidieuse et un déclin progressif entraînant des TNC même si elles ont des mécanismes et caractéristiques distincts (American Psychiatric Association, 2015 ; France Alzheimer & maladies apparentées, 2021).

3.2. Les différents troubles rencontrés dans la maladie d'Alzheimer

3.2.1 Les troubles mnésiques.

Les premiers symptômes visibles de la MA sont les troubles mnésiques. La mémoire se compose de plusieurs sous-systèmes interconnectés mais indépendants. Deux grands systèmes, la mémoire à court terme (MCT) et la mémoire à long terme (MLT), sont eux-mêmes composés de sous-catégories (Jahn, 2013). La MCT se limite à la mémorisation de quelques informations sur une durée de quelques secondes (Jahn, 2013). Elle comprend la mémoire de travail (MdT) qui permet la manipulation des informations mémorisées en MCT. La MLT, elle, se divise en deux sous-systèmes : la mémoire explicite qui est consciente, et la mémoire implicite qui est inconsciente (Jahn, 2013). Dans la mémoire explicite coexistent la mémoire sémantique (celle des connaissances sur le monde, indépendantes du contexte) et la mémoire épisodique (celle des événements liés à un contexte particulier) (Jahn, 2013). La mémoire implicite intègre la mémoire procédurale (celle des habiletés motrices, perceptivo-motrices et cognitives), le conditionnement classique (réaction face à un stimulus) et l'amorçage (déclenchement préalable d'une activité) (Croisile, 2009 ; Eustache & Desgranges, 2017 ; Jahn, 2013). Dans la MA, la perte des souvenirs suit un gradient temporel : les souvenirs récents sont perdus avant les souvenirs anciens (Croisile, 2009). Selon Jahn (2013), dans la MA, les déficits en mémoire sémantique peuvent survenir plusieurs années avant que le diagnostic ne soit posé. Ceux-ci impactent le langage, notamment la fluidité verbale et la dénomination. Il ajoute, qu'au contraire, la mémoire procédurale est préservée bien plus longtemps.

3.2.2 Les troubles des fonctions exécutives.

Même si dans un premier temps la MA se caractérise principalement par un trouble mnésique, d'autres déficits cognitifs sont généralement présents (American Psychiatric Association, 2015). Ainsi, selon différentes études, l'atteinte des fonctions exécutives (FE) serait également présente dès les premiers stades de la maladie, avant même que le diagnostic ne soit posé (Martyr & Clare, 2012). Selon Diamond (2013), les FE représentent des processus cognitifs de haut niveau qui permettent de contrôler les comportements, pensées et actions pour s'adapter à des situations nouvelles et résoudre des problèmes quand les stratégies connues ne suffisent pas. Les quatre FE de base sont l'inhibition, le contrôle des interférences, la mémoire de travail et la flexibilité mentale. A partir de ces FE de base, d'autres fonctions de haut niveau telles que le raisonnement, la résolution de problèmes et la planification sont

construites. Dans la MA, l'altération des FE engendre des comportements inadaptés (Jahn, 2013).

3.2.3 Les troubles psychologiques et comportementaux.

Selon David (2014), la présence d'au moins un Symptôme Psychologique et Comportemental dans la Démence (SPCD) est très fréquente chez les patients atteints de la MA. Les SPCD augmentent au cours de l'évolution de la maladie mais sont observables dès les premiers stades. Ils se traduisent par des modifications anormales du comportement du malade. Une étude réalisée par l'European Alzheimer's Disease Consortium (EADC) a permis de classer les SPCD en quatre sous-catégories : l'hyperactivité (agitation, agressivité, désinhibition, irritabilité, euphorie, comportements moteurs aberrants et cris), la psychose (délires, hallucinations et trouble du sommeil), l'affectif (dépression et anxiété) et l'apathie (incluant également les troubles de l'appétit) (Amieva et al., 2007). Il arrive que les SPCD fluctuent durant l'évolution de la maladie, ils peuvent même disparaître complètement, puis réapparaître (Abraha et al., 2017). Les auteurs s'accordent sur le fait que l'apathie, ainsi que les troubles affectifs et l'agitation sont généralement les SPCD les plus présents dans la MA. Au contraire, les crises d'euphorie sont plus rarement observées. Enfin, certains SPCD tels que les délires et hallucinations sont peu présents en début de maladie mais fréquents au stade sévère (Aalten et al., 2007 ; David, 2014).

3.2.4 Les troubles du langage et de la communication.

Les troubles du langage et de la communication sont également majeurs dans la MA et s'accroissent avec l'avancée de la maladie. Ils se traduisent par une multitude de symptômes sur les versants réceptif (compréhension) et expressif (production) dus à l'atteinte des aires du langage, mais aussi par des symptômes pragmatiques dus à d'autres atteintes neurologiques diffuses. Les troubles mnésiques, exécutifs et comportementaux ont également des répercussions sur les capacités communicationnelles, et donc les relations du patient avec son entourage (Rousseau, 2009). Le discours du malade perd progressivement de sa cohérence (continuité thématique) et de sa cohésion (utilisation d'outils linguistiques) : il devient grammaticalement moins structuré et globalement moins informatif (Barkat-Defradas et al., 2008 ; Rousseau, 2009). Ceci a des conséquences sur la communication paraverbale : absence d'intonation et débit ralenti en lien avec des difficultés de modélisation du discours, pauses asémantiques liées à la recherche de mots. En revanche, la communication non-verbale (mimiques, gestes, regards), la

compréhension et l'écrit sont préservés plus longtemps et représentent ainsi des moyens de maintenir la communication (Barkat-Defradas et al., 2008 ; Rousseau, 2009). Globalement, au stade léger, les symptômes se caractérisent par des difficultés d'expression et une anomie (Barkat-Defradas et al., 2008 ; Tran, 2012). Les capacités syntaxiques et phonologiques sont mieux préservées que les capacités lexicales et sémantiques (Tran, 2012). Le patient se retrouve en difficulté surtout dans des conversations à plusieurs interlocuteurs et dans des situations non familières, mais il a encore la capacité de mettre en place lui-même des stratégies palliatives. Au stade modéré, la communication devient de plus en plus difficile et restreinte. Le patient exprime difficilement ses besoins et son discours devient confus. Au stade sévère, le malade est généralement mutique et ne comprend plus aucune parole (Rousseau, 2009).

3.3. Les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses dans la prise en soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Actuellement, aucun traitement ne permet de guérir la MA. En revanche, différentes interventions médicamenteuses (IM) et non médicamenteuses (INM) permettent de ralentir son évolution et de limiter ses symptômes (Higuet, 2017). Généralement, les INM sont introduites préférentiellement car elles ne comportent pas d'effets indésirables contrairement aux IM (Carrion et al., 2018 ; Engasser et al., 2015 ; Zucchella et al., 2018). Les traitements médicamenteux sont des inhibiteurs de cholinestérase et un antiglutamate (HAS, 2011). Les INM, elles, ont été classées par l'American Psychiatric Association (APA) en quatre catégories selon leur champ d'action : cognition, émotions, comportement (Carrion et al., 2018) et stimulation (Higuet, 2017). Ainsi, des prises en soin globales impliquant plusieurs soignants sont mises en place autour du malade et de son entourage pour maintenir au mieux ses capacités et améliorer sa qualité de vie : orthophonie, neuropsychologie, psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, etc. (HAS, 2012 ; Zucchella et al., 2018). C'est dans ce cadre que des méthodes non conventionnelles complémentaires comme la musicothérapie (Moumdijan et al., 2017 ; Van der Steen et al., 2018 ; Zucchella et al., 2018), l'aromathérapie (Zucchella et al., 2018), la stimulation multisensorielle type « Snoezelen » (Engasser et al., 2015 ; Orain, 2008 ; Vanimpe, 2017) , la thérapie de réminiscence (Zucchella et al., 2018), la thérapie d'orientation de la réalité (Zucchella et al., 2018) ou encore la thérapie assistée par l'animal (Cevizci

et al., 2013 ; Charry-Sánchez et al., 2018) sont mises en place afin de renforcer les effets des interventions (HAS, 2012).

4 La thérapie assistée par le chien auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer

4.1. Le choix du chien

En TAA, de nombreux animaux sont retrouvés : chevaux, chats, dauphins, oiseaux, rongeurs, etc. (De Villers, 2019 ; Grandgeorge & Hausberger, 2011). Cependant, chercheurs et cliniciens s'accordent sur le fait qu'un animal en TAA doit être « contrôlable, fiable, prévisible et extrêmement sociable » (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017, p. 71). Le chien reste alors l'animal privilégié du fait de ses qualités de « grand communicant », de l'attention qu'il porte aux comportements humains, et de son adaptation face aux différentes situations et personnes qu'il rencontre (Grandgeorge & Hausberger, 2011 ; Le Floc'h Soye, 2019 ; Winkle et al., 2014). Comme nous l'avons vu précédemment, les patients atteints de la MA ont généralement des troubles des fonctions exécutives, de la communication et/ou du comportement. Le chien semble alors être le partenaire idéal pour ces patients car il cherche et initie le contact, instaure une communication non verbale, anticipe et s'adapte à leurs comportements. (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017 ; Cevizci et al., 2013 ; Shen et al., 2018). Néanmoins, tous les chiens ne sont pas faits pour être intégrés dans des plans de soins (De Villers, 2016). Il incombe au thérapeute de choisir son animal (provenance, race, histoire) afin que celui-ci soit adapté au projet thérapeutique ciblé (Fine et al., 2019).

4.2. Les objectifs de la thérapie assistée par le chien dans la prise en soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer

4.2.1 La relation thérapeutique.

La présence du chien en situation de soin crée une triangulation qui favorise et simplifie les relations thérapeutiques (Le Floc'h Soye, 2019 ; Servais, 2007). Shen et al. (2018) et Servais (2007) expliquent que, par sa présence et son regard bienveillant, le chien apaise et rassure le patient et le thérapeute, et qu'ainsi il favorise la communication entre les deux. Il offre également au patient un lieu sécurisé où celui-ci ne se sent pas jugé. Il structure les interactions sur un plan spatiotemporel en permettant le développement d'une attention conjointe. Il instaure une communication non verbale dans laquelle le patient est compétent. Enfin, il apporte une dimension plus souple et

agréable à la prise en soin. Globalement, il simplifie les modalités de communication et ouvre alors de nouvelles perspectives positives dans la prise en soin du patient.

4.2.2 Les apports sur les plans interactionnels et communicationnels.

Au-delà de la relation thérapeutique, différentes études ont montré que la présence du chien facilite l'engagement et les interactions sociales des patients atteints de la MA (Ambrosi et al., 2019 ; Berry et al., 2012 ; Cevizci et al., 2013 ; Filan & Llewellyn-Jones, 2006 ; Peluso et al., 2018 ; Quibel et al., 2017 ; Rodrigo-Claverol et al., 2020 ; Wesenberg et al., 2019 ; Yakimicki et al., 2019). Plus particulièrement, Cevizci et al. (2013), Quibel et al. (2013) et Wesenberg et al. (2019) notent une augmentation significative de certains comportements sociaux non verbaux (sourires, rires, regards et contacts). Quibel et al. (2017) rapportent également une diminution des comportements agressifs et une meilleure dynamique coopérative dans les activités en groupe. Rodrigo-Claverol et al. (2020) soulignent l'augmentation de l'humour et de la spontanéité dans les échanges. Enfin, Cevizci et al. (2013) mettent en évidence l'augmentation des interactions verbales en présence du chien, alors que la communication verbale est généralement atteinte précocement dans la MA. Au contraire, Lai et al. (2019) dans leur méta-analyse, affirment qu'à ce jour, aucun résultat ne permet d'affirmer la présence d'effets significativement positifs de la TAA sur les comportements sociaux.

4.2.3 Les apports sur les plans psychologiques et comportementaux.

Au niveau des syndromes psychologiques et comportementaux dans la démence (SPCD), de nombreuses études rapportent des effets significativement positifs de la TAA sur les patients. Tout d'abord, la TAA permet de diminuer significativement les symptômes dépressifs et l'anhédonie des malades (Ambrosi et al., 2019 ; Cevizci et al., 2013 ; Hu et al., 2018 ; Menna et al., 2016 ; Moretti et al., 2010 ; Quibel et al., 2017 ; Santaniello et al., 2020). Elle réduit également considérablement leur anxiété, leur agressivité et leur agitation (Bernabei et al., 2013 ; Cevizci et al., 2013 ; Charry-Sánchez et al., 2018 ; Filan & Llewellyn-Jones, 2006 ; Hu et al., 2018 ; Klimova et al., 2019 ; Majić et al., 2013 ; Peluso et al. 2018 ; Shen et al., 2018 ; Yakimicki et al., 2019). Elle augmente leur motivation et diminue leur sentiment de solitude (Cevizci et al., 2013 ; Klimova et al., 2019). Enfin, selon Shen et al. (2018), la TAA améliore l'estime de soi et favorise le sentiment de normalité chez les malades. Charry-Sánchez et al. (2018) ajoutent que cette diminution des SPCD est bénéfique pour le patient lui-même, mais également pour son entourage et ses soignants. Au contraire, la méta-analyse

de Zafra-Tanaka et al. (2019) et celle de Lai et al. (2019) concluent que, même s'il semble y avoir un léger effet de la TAA sur les symptômes dépressifs et l'apathie, les résultats obtenus dans les études actuelles sont de trop faible certitude pour conclure clairement sur les avantages de la TAA auprès des patients atteints de la MA.

4.2.4 Les apports sur le plan cognitif.

Les apports de la TAA sur le plan cognitif font débat dans la littérature. Certains auteurs écrivent que la TAA est efficace chez les patients ayant des troubles cognitifs (Cevizci et al., 2013 ; Charry-Sanchez et al., 2018 ; Menna et al., 2016 ; Moretti et al., 2010 ; Santaniello et al., 2020). Les bénéfices se retrouvent notamment au niveau de l'orientation spatiotemporelle, de l'attention et de la mémoire (Croisile, 2009 ; Kawamura et al., 2007 ; Quibel et al., 2017). Croisile (2009) et Swall et al. (2015) expliquent que les apports mnésiques de la TAA sont liés aux émotions que celle-ci procure. En effet, du fait de la proximité qu'il y a entre les structures anatomiques liées aux émotions et les voies neuronales de la mémoire, celles-ci sont très liées (Observatoire B2V des Mémoires, 2021). Ainsi, en passant du temps avec un chien, le patient se remémore des souvenirs et sentiments heureux vécus dans le passé avec son propre animal de compagnie (Swall et al., 2015). D'autres auteurs, au contraire, affirment que les résultats actuels sont insuffisants et que donc ils ne permettent pas de conclure à un réel effet bénéfique (Bernabei et al., 2013 ; Hu et al., 2018). Ils indiquent que d'autres recherches devront être menées afin d'obtenir des données significatives.

Comme cela vient d'être décrit, la TAA est de plus en plus pratiquée dans le soin. Cependant, la littérature manque encore de données fiables et ciblées. Ainsi, comment la thérapie assistée par le chien est-elle pratiquée actuellement en orthophonie en France auprès des patients atteints de la MA ? Quels sont les bénéfices observés par les orthophonistes qui l'ont mise en place ? Ces bénéfices sont-ils ressentis par les patients ? La première hypothèse est que les orthophonistes pratiquant la TAA répondent à la définition de l'IAHAIO, à savoir qu'ils mettent en place la TAA avec un objectif thérapeutique ciblé, qu'ils se forment et évaluent leur pratique de la TAA. La seconde hypothèse est que, selon les orthophonistes, la TAA apporte des bénéfices aux prises en soin des patients atteints de la MA à différents niveaux : thérapeutique, communicationnel, psychologique, comportemental et cognitif. La troisième hypothèse est que les patients bénéficiant de la TAA expriment une plus grande motivation et un mieux-être que les patients suivis sans TAA.

II. Méthode

1 Population

L'objectif de ce mémoire était, à la fois, de réaliser un état des lieux de la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients atteints de la MA et d'observer ses apports pour les patients. Pour cela il était nécessaire de constituer trois groupes de sujets différents.

Tout d'abord, pour réaliser un état des lieux le plus représentatif possible, les informations ont été recueillies directement auprès d'orthophonistes qui pratiquent la thérapie assistée par le chien avec au moins un patient atteint de la MA. Les critères d'inclusion pour ce groupe étaient : être orthophoniste certifié, pratiquer en France en libéral, salariat ou mixte, et de manière régulière avec au moins un chien, prendre actuellement en charge au moins un patient atteint de la MA (ou maladie apparentée). L'objectif était d'avoir au moins 30 réponses et 29 ont été obtenues au total. Cependant, dans ces 29 participations, six personnes ont répondu « Non » à la question « Pratiquez-vous la thérapie assistée par le chien dans le cadre de prises en soin de patients atteints d'une pathologie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée) ? », un participant a répondu deux fois et un participant a indiqué ne pas posséder le Certificat de Capacité d'Orthophonie. Ainsi, après avoir retiré les réponses de ces participants ne rentrant pas dans les critères d'inclusion, l'effectif final s'élevait à 21 personnes.

Pour évaluer les ressentis des patients et constater d'éventuelles différences entre les patients qui bénéficient de la TAA et ceux qui n'en bénéficient pas, deux groupes de patients ont été comparés. Le premier groupe (G1) comprenait des patients atteints de la MA (ou maladie apparentée) suivis en orthophonie avec la présence d'un chien durant leurs séances. Le deuxième groupe (G2) rassemblait des patients atteints de la MA (ou maladie apparentée) suivis en orthophonie sans la présence d'un chien durant leurs séances. Pour les deux groupes, les critères d'inclusion étaient : avoir un diagnostic posé de MA ou maladie apparentée, avoir des troubles neurocognitifs (TNC) mineurs (autonomie préservée), être suivi en orthophonie (avec ou sans le chien selon le groupe) depuis au moins un mois, ne bénéficier d'aucune méthode non conventionnelle complémentaire (musicothérapie, hypnose, etc.) dans le cadre du suivi orthophonique (exceptée la TAA pour le G1) et pouvoir remplir le questionnaire de manière autonome ou avec l'aide d'un aidant (autre que l'orthophoniste). L'objectif était d'obtenir au moins 10 réponses dans chaque groupe. Finalement 11 réponses

ont été obtenues pour le G1 et 14 réponses pour le G2. Cependant, trois répondants du G2 ayant des troubles neurocognitifs majeurs, il n'était pas possible de prendre en compte leurs réponses dans l'analyse. Ainsi, les deux groupes finaux comprenaient 11 patients chacun.

2 Matériel

Afin d'obtenir un nombre de réponses suffisamment important pour représenter la pratique de la thérapie assistée par le chien en orthophonie en France et le ressenti des patients, l'utilisation de questionnaires a été retenue pour les trois groupes de sujets. L'outil questionnaire a permis d'obtenir des données qualitatives et quantitatives permettant donc un traitement statistique de certaines réponses.

Le questionnaire à destination des orthophonistes, visible en Annexe A, a été créé en ligne. La disponibilité du questionnaire sur internet permettait sa large diffusion car tout orthophoniste disposant du lien d'accès pouvait répondre aux questions directement depuis son ordinateur. Le questionnaire se compose de 39 questions au maximum (certaines réponses engendrent des sauts de questions) réparties dans différentes sections, avec une majorité de questions fermées (choix dichotomiques, choix multiples ou échelles de mesure). Il demandait 10 minutes maximum pour être rempli. Les questionnaires pour les patients des G1 et G2, disponibles en Annexes B et C, ont été construits au format papier. Même si le support papier rendait la diffusion des questionnaires plus compliquée qu'avec un lien numérique, ce format semblait plus adapté à l'échantillon de population qui maîtrise généralement difficilement l'outil informatique. Les questionnaires se divisent en deux parties. La première partie, à compléter par l'orthophoniste du patient pour renseigner ses données médicales, se compose de quatre questions. La deuxième partie, à remplir par le patient lui-même, comprend 20 questions au maximum pour le G1 et 18 questions au maximum pour le G2. Pour une lecture plus aisée, les questions sont organisées dans différentes sections, elles sont majoritairement fermées. Le questionnaire pouvait être complété par le participant en moins de 10 minutes.

3 Procédure

La passation des questionnaires pour chaque groupe était individuelle, autoadministrée et anonyme. Afin de ne pas fausser les résultats, il a été demandé aux participants de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Pour cibler au mieux la population recherchée, le lien du questionnaire à destination des orthophonistes pratiquant la thérapie assistée par le chien auprès de patients

atteints de la MA a été publié dans les groupes « Orthophonie et médiation animale », « Un chien chez l'ortho », et sur la page de notre directrice de mémoire Sarah Jeannin (docteure en éthologie) du réseau social Facebook. Il a également été envoyé par mail à la responsable de l'organisme de formations professionnelles Dys'Kate Formation qui l'a transféré aux 326 orthophonistes ayant participé à la formation en médiation animale. Par ailleurs, nous avons contacté l'Institut de Formation en Zoothérapie (IFZ), la Fondation Adrienne et Pierre Sommer et l'Association Licorne et Phénix (membre de l'IAHAIO) pour leur demander de diffuser le questionnaire à leurs contacts. Enfin, notre directrice de mémoire Sylvie Jacquet (orthophoniste et zoothérapeute) l'a adressé par mail aux participants des formations qu'elle a menées dernièrement.

Pour obtenir des réponses de patients suivis en orthophonie et bénéficiant de la thérapie assistée par le chien (G1), il était proposé aux orthophonistes ayant répondu à leur questionnaire de transmettre un questionnaire à un ou plusieurs de leurs patients correspondant aux critères d'inclusion. Pour ce faire, les orthophonistes pouvaient récupérer le document au format PDF en nous contactant par mail ou en suivant un lien Google Drive. La procédure leur était alors expliquée : imprimer le questionnaire, remplir les quatre premières questions (renseignements médicaux du patient), donner ensuite le questionnaire aux patients pour que ceux-ci le remplissent chez-eux (avec ou sans aidant) et nous renvoyer les questionnaires remplis par mail ou courrier.

Pour obtenir des réponses de patients suivis en orthophonie sans thérapie assistée par le chien (G2), nous-même et nos directrices de mémoire avons fait appel à nos réseaux. Nous avons contacté des collègues, des camarades, d'anciens maîtres de stages et diffusé des annonces sur différents réseaux sociaux pour trouver des orthophonistes ne pratiquant pas la thérapie assistée par le chien et acceptant de proposer un questionnaire à un ou plusieurs de leurs patients atteints de la MA. La procédure pour les questionnaires du G2 était alors la même que pour le G1.

Les trois questionnaires ont également été transmis au SDORRA (Syndicat des Orthophonistes de la Région Rhône-Alpes) afin qu'il le diffuse à ses adhérents.

Aux questionnaires étaient toujours jointes les notices d'information, disponibles en annexes D et E, expliquant les grands objectifs du projet et rappelant leurs droits aux participants. Cependant, pour éviter d'influencer les réponses des patients, la notice d'information qui leur était destinée n'annonçait pas le véritable sujet du mémoire. Celui-ci n'était révélé qu'à la fin du questionnaire et les répondants devaient alors

explicitement donner leur accord pour que leurs précédentes réponses soient utilisées à cette fin. Il était également demandé aux patients de ne pas remplir le questionnaire en présence de leur orthophoniste pour éviter toute influence dans leurs réponses, notamment celles concernant leur prise en soin.

III. Résultats

Cette partie comporte tout d'abord la description et l'analyse des résultats des questionnaires adressés aux orthophonistes, puis celles des questionnaires adressés aux patients. Tous les résultats ont été recodés dans le logiciel Microsoft Excel pour être ensuite analysés statistiquement. Ainsi, les données nominales obtenues aux échelles de Thurstone (1928) ont été codées comme suit : « pas du tout » = 1 ; « plutôt non » = 2 ; « plutôt oui » = 3 et « oui tout à fait » = 4. L'analyse statistique descriptive des deux groupes de patients a été réalisée sur le logiciel JASP (JASP Team, 2018) et les statistiques inférentielles sur le logiciel R-Project (2019). Le test de Cramér-Von-Mises a d'abord été appliqué pour évaluer la forme des distributions. Ce test révélant que les échantillons ne suivaient pas une loi normale (courbe de Gauss), aucun test paramétrique n'a pu être utilisé. Le test non paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon permettant de comparer la distribution de deux échantillons indépendants a, par conséquent, été appliqué.

1 Questionnaire orthophonistes

1.1. Profil de l'échantillon : orthophonistes

Dans l'échantillon de 21 orthophonistes, 20 exerçaient en libéral et un seul pratiquait en exercice mixte. Aucun n'exerçait uniquement en salariat.

Toutes les régions de France métropolitaine, exceptées la Bourgogne-Franche-Comté et la Corse, étaient représentées.

Dans l'échantillon, aucun orthophoniste ne pratiquait la TAA uniquement auprès de patients atteints de pathologies neurodégénératives. Les 21 participants mettaient également en place la TAA dans la prise en soin des troubles de la communication et du langage dans le champ du handicap, 20 dans la prise en soin des troubles du langage oral, 18 dans la prise en soin des troubles du langage écrit, huit dans la prise en soin des troubles de la cognition mathématique, sept dans la prise en soin des troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, six dans la prise en soin des troubles de la fluence, deux dans la prise en soin de l'aphasie (post AVC), un dans la prise en soin de la voix et un dans la prise en soin de la surdité.

Neuf des orthophonistes interrogés avaient connu la TAA de manière fortuite en emmenant leur chien sur le lieu de travail, cinq à travers les réseaux sociaux, trois par l'intermédiaire d'un(e) collègue qui pratique lui-même la TAA. Ensuite, un participant a dit avoir connu l'existence de la TAA en lisant un article scientifique, un au cours de sa formation initiale, un par l'intermédiaire d'un patient ayant déjà bénéficié par ailleurs de la TAA et un via un site internet.

Pour 11 orthophonistes, la motivation initiale à la mise en place de la TAA était l'envie d'être avec leur chien sur leur lieu de travail. Six souhaitaient apporter un changement, une nouveauté à leur pratique. Trois l'ont mise en place après avoir lu les données de la littérature rapportant les bienfaits de la TAA. Enfin, un participant a commencé à la pratiquer à la suite des retours positifs d'un collègue faisant de la TAA.

Par ailleurs, 20 répondants ont indiqué être formés à la TAA. Sur ces 20 répondants, sept s'étaient formés avant et après avoir commencé à pratiquer la TAA pour voir différentes approches et faire évoluer leur pratique, sept s'étaient formés seulement après avoir commencé à pratiquer la TAA pour perfectionner leur pratique, six s'étaient formés uniquement avant de commencer à pratiquer la TAA dont un pour découvrir la TAA (ne sachant pas encore s'il allait la mettre en place ensuite) et cinq pour s'informer sur la TAA (sachant déjà qu'ils la mettraient en place par la suite). Seize orthophonistes ont indiqué avoir fait la formation « Un chien chez l'ortho » (menée par Sylvie Jacquet) et quatre celle de l'IFZ. De nombreuses autres formations ont été citées : les Clés de la Médiation Animale, « Médiation animale et communication » (menée par Nicole Denni-Krichel), celles proposées par la Fondation Adrienne et Pierre Sommer, Handi'chiens, et celles qui permettent l'obtention de l'Acaced ou le DU Rama.

1.2. Les chiens représentés

Parmi les 21 orthophonistes répondants, quatre pratiquaient avec deux chiens. Ainsi, le nombre de chiens représentés dans l'échantillon s'élevait à 25. Sur ces 25 chiens, 12 provenaient d'un élevage, huit avaient été élevés chez un particulier, trois étaient issus d'un refuge (SPA ou autre) et deux venaient d'une association.

Les races les plus représentées étaient les goldens retrievers (quatre). Venaient ensuite les bergers australiens (deux) et les bouledogues français (deux). Dans l'échantillon, il y avait neuf chiens de petit gabarit, 13 chiens de gabarit moyen et deux chiens de grand gabarit. Par ailleurs, il est à noter que, pour 11 des participants, le choix du chien était lié à une attirance personnelle pour la race. Onze l'avaient choisi pour ses qualités relationnelles et communicationnelles, neuf l'avaient sélectionné

pour son gabarit, trois n'avaient pas choisi leur chien spécifiquement (opportunité d'acquisition), un orthophoniste l'avait choisi pour ses qualités d'apprentissage et un pour l'image véhiculée par la race (golden retriever).

Enfin, concernant la formation des chiens, seulement neuf d'entre eux ont été formés. Cinq avaient suivi une éducation non spécifique à la TAA (éducateur canin, cours collectifs, tutoriels de dressage), et quatre avaient été formés spécifiquement à la TAA ou au moins à l'assistance humaine (IFZ, Handi'chiens, Mira).

1.3. Cadre pratique des séances

Concernant le rôle attribué au chien en séance, trois orthophonistes ont indiqué que leur chien était actif, c'est-à-dire que celui-ci était mis à contribution dans les activités rééducatives proposées. Dix orthophonistes pratiquaient avec leur chien de manière semi-active : parfois le chien était présent mais n'intervenait pas directement et parfois celui-ci participait aux activités rééducatives. Enfin huit orthophonistes ont déclaré que leur chien était passif lors des séances, que celui-ci était présent en tant qu'élément observable et qu'il pouvait entrer en interaction avec les patients mais que le praticien ne l'incluait pas spécifiquement dans les activités rééducatives.

Pour les 10 orthophonistes ayant indiqué avoir un chien semi-actif, quatre le faisaient participer à la majorité des séances de la journée, deux à environ la moitié des séances et un seul à moins de la moitié des séances. Trois orthophonistes le faisaient participer à toutes leurs séances mais pas sur la totalité de la séance, en fonction des activités proposées et/ou de l'état du patient.

Enfin, au niveau de l'évaluation des interventions, sept orthophonistes ont déclaré évaluer leur pratique de la TAA. Sur ces sept répondants, cinq prenaient en compte les retours du patient et de son entourage pour évaluer l'efficacité de la TAA, quatre se fiaient à leur expertise professionnelle et un seul utilisait des lignes de base avant, pendant et après intervention avec le chien (suivant la démarche de la Practice-Based Evidence (PBE)).

1.4. Axes de travail et apports pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Sur les 19 orthophonistes n'ayant pas toujours pratiqué la TAA, tous ont ressenti des changements positifs, notamment au niveau émotionnel, depuis la mise en place de celle-ci dans leur pratique. Deux orthophonistes ont rapporté des changements positifs surtout pour leurs patients et la majorité (17) notait des bénéfices à la fois pour leurs patients et pour eux-mêmes.

Selon les orthophonistes de notre échantillon, les premières réactions des patients à l'annonce de la présence du chien en séance étaient toujours positives. Pour neuf répondants, les patients étaient tout d'abord intéressés et curieux de découvrir la TAA. Pour 10 répondants, les patients ressentaient ensuite du plaisir à travailler avec le chien et sept répondants ont rapporté un sentiment de joie manifesté par les patients. Dans la prise en soin des patients atteints de maladies neurodégénératives, différents axes de travail sont abordés avec la TAA. La totalité de l'échantillon a intégré la TAA pour développer la stimulation sensorielle, 20 orthophonistes pour enrichir la communication verbale, 14 pour maintenir la communication non verbale, 11 pour améliorer l'évocation lexicale, 10 pour réaliser un travail mnésique, six pour aborder les fonctions exécutives et deux pour travailler les repères visuo-spatiaux.

Au-delà des axes de travail menés avec la TAA, les orthophonistes ont rapporté des bienfaits de la présence du chien au niveau comportemental des patients. Quinze d'entre eux ont exprimé une augmentation des comportements sociaux, 11 ont noté une favorisation des échanges, neuf un accroissement de la motivation, sept une amélioration au niveau de l'alliance thérapeutique et quatre un regain de confiance en soi. Par ailleurs, huit orthophonistes ont souligné une diminution de l'anxiété, cinq une réduction des comportements perturbateurs et quatre une baisse de l'apathie.

2 Questionnaires patients

2.1. Profil de l'échantillon : les patients

Pour pouvoir effectuer des comparaisons entre les deux groupes de patients, les critères de diagnostic médical et de sévérité des troubles ont été retenus. Ainsi, le diagnostic de MA à un stade léger (troubles neurocognitifs mineurs) avait été posé pour les patients des deux échantillons. Le G1 se composait de 10 femmes et un homme alors que le G2 se composait de neuf femmes et deux hommes. La moyenne d'âge des patients du G1 était de 77 ans (de 61 ans à 85 ans) et celle du G2 était de 82 ans (de 73 ans à 88 ans). Dix patients dans chaque groupe avaient déjà possédé, ou possédaient actuellement, un animal de compagnie. Pour neuf patients dans le G1 et six dans le G2 cet animal était un chien.

2.1. Prise en soin orthophonique des patients

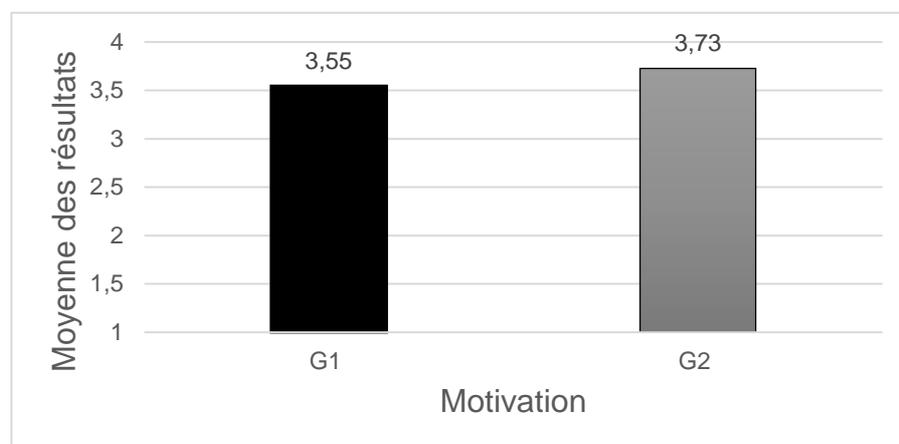
2.1.1 Motivation des patients.

Pour rappel, les réponses des patients aux échelles de Thurstone (1928) ont été codées de 1 (= pas du tout) à 4 (= oui tout à fait) pour pouvoir appliquer des tests statistiques. Comme le montrent les résultats repris dans la Figure 1, les patients des

deux groupes avaient globalement envie de se rendre à leurs séances d'orthophonie. Dans le G1, six patients ont indiqué avoir toujours envie et cinq avoir plutôt envie de s'y rendre ($M=3,5$; $ET=0,5$). Dans le G2, huit patients avaient toujours envie et trois avaient plutôt envie ($M=3,7$; $ET=0,5$). Aucun patient n'a dit manquer de motivation pour se rendre à ses séances orthophoniques. Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon ($W=71,5$; $p=0,41$) ne permet pas de rejeter l'hypothèse nulle (H_0) selon laquelle les échantillons sont identiquement positionnés. Ainsi, il semblerait que la TAA n'ait pas d'effet significatif sur la motivation des patients.

Figure 1

Effet de la Thérapie Assistée par le Chien sur la Motivation des Patients



Les raisons motivationnelles évoquées étaient le contact humain et la relation avec l'orthophoniste (quatre patients dans le G1 et le G2), le bien-être apporté (quatre patients dans le G1 et deux dans le G2), les apports cognitifs ressentis (quatre dans le G1 et cinq dans le G2), le travail proposé en séance (un patient dans chaque groupe) et le fait d'avoir une occupation dans la semaine (un patient dans le G2). Aucune motivation liée à la présence de l'animal n'a été relevée dans le G1.

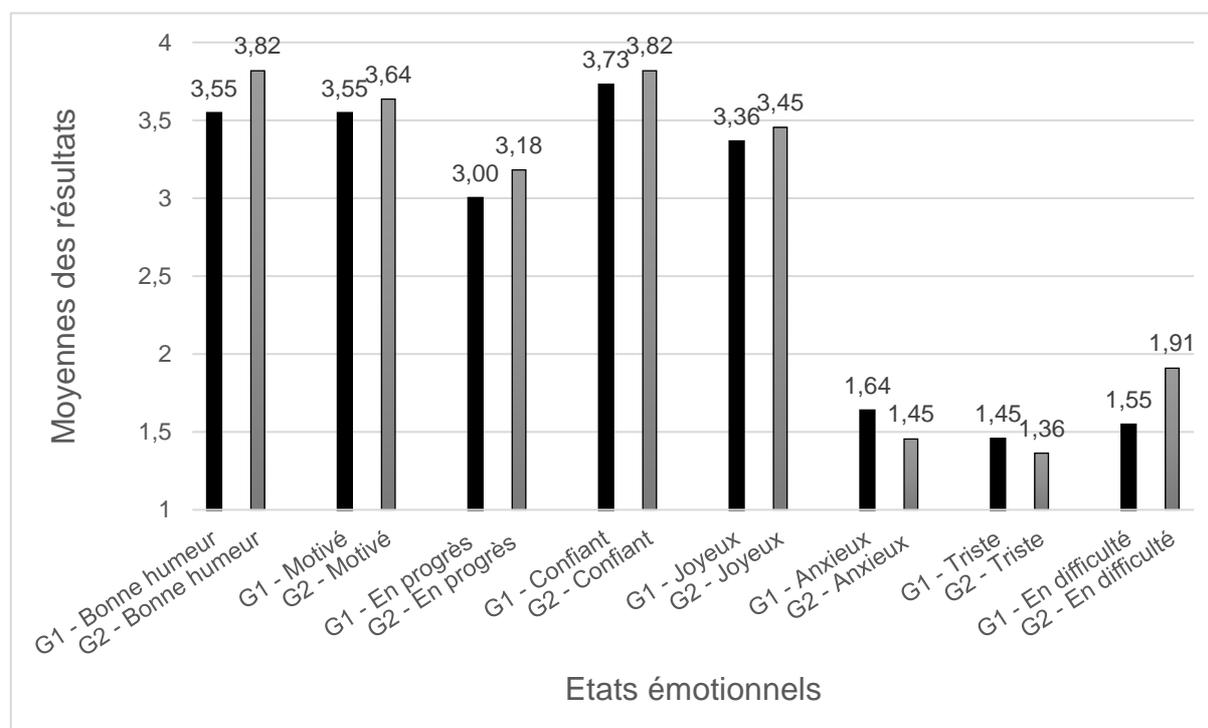
2.1.2 Etats émotionnels des patients en séance.

Concernant leurs états émotionnels ressentis lors des séances d'orthophonie, les patients du G1 se sentaient globalement de bonne humeur ($M=3,5$; $ET=0,5$) et motivés ($M=3,5$; $ET=0,5$). La majorité des patients se sentaient également en progrès ($M=3$; $ET=0,6$), confiants ($M=3,7$; $ET=0,6$) et joyeux ($M=3,4$; $ET=0,7$). Peu d'entre eux se sentaient anxieux ($M=1,6$; $ET=0,8$), tristes ($M=1,5$; $ET=0,7$) ou en difficulté ($M=1,5$; $ET=0,7$). Des résultats similaires ont été retrouvés dans le G2 : les patients se sentaient globalement tous de bonne humeur ($M=3,8$; $ET=0,4$), motivés ($M=3,6$; $ET=0,5$) et confiants ($M=3,8$; $ET=0,4$). La majorité d'entre eux se sentaient également

en progrès ($M=3,5$; $ET=0,5$) et joyeux ($M=3,5$; $ET=0,7$). Enfin, peu de patients se sentaient anxieux ($M=1,5$; $ET=0,7$), tristes ($M=1,4$; $ET=0,7$) ou en difficulté ($M=1,9$; $ET=0,7$). Pour une visualisation plus claire des résultats, ceux-ci sont repris dans la Figure 2.

Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon ne permet de rejeter H_0 sur aucun des critères : bonne humeur ($W=77$; $p=0,19$), motivation ($W=66$; $p=0,70$), progression ($W=69,5$; $p=0,51$), confiance ($W=61,5$; $p=0,96$), joie ($W=65,5$; $p=0,74$), anxiété ($W=53,5$; $p=0,63$), tristesse ($W=55,5$; $p=0,72$) et difficultés ($W=78$; $p=0,22$). Ainsi, il semblerait que les états émotionnels ressentis en séances par les patients ne soient pas significativement liés à la présence du chien.

Figure 2
Effet de la Thérapie Assistée par le Chien sur les Ressentis des Patients



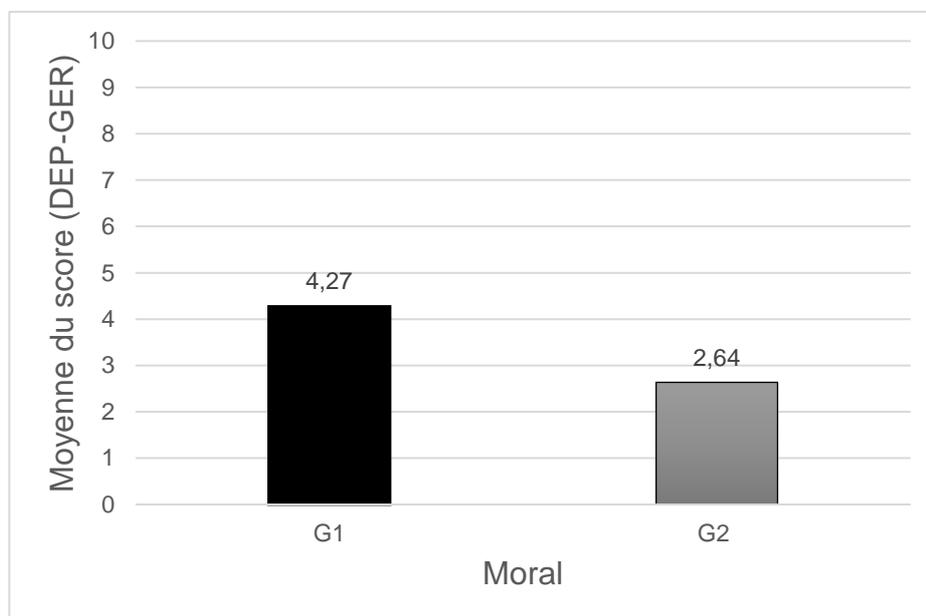
2.1.3 Moral des patients.

Pour évaluer le moral des patients, un questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (DEP-GER) (Vetel et al., 2003) avait été intégré aux questionnaires des deux groupes. Cette auto-évaluation, validée scientifiquement pour des sujets âgés ayant une atteinte cognitive légère ou modérée, se compose de 10 questions auxquelles le patient doit répondre par « oui » ou par « non ». Chaque réponse positive correspond à 1 point pour la cotation. Un score total entre 0 et 3 indique un

état dépressif peu probable, un score égal à 4 implique un risque modéré de dépression et un score entre 5 et 10 équivaut à un risque élevé de dépression. Ainsi, plus le score est haut, plus les risques d'être en état dépressif sont élevés. Les résultats ont indiqué que dans le G1, six personnes ont obtenu un score entre 0 et 3, et cinq personnes un score entre 5 et 9. Dans le G2, huit personnes ont obtenu un score entre 0 et 3, deux personnes ont un score de 4 et une personne a obtenu un score de 9. Comme repris dans la Figure 3, en moyenne le moral des patients du G1 ($M=4,3$; $ET=3,3$) semble moins bon que celui des patients du G2 ($M=2,6$; $ET=2,6$). Le test de Mann-Whitney-Wilcoxon ($W=44$; $p=0,29$) ne permet pas de rejeter H_0 . Ainsi, il semblerait que la TAA n'ait pas d'effet significatif sur le moral des patients.

Figure 3

Effet de la Thérapie Assistée par le Chien sur le Moral des Patients



2.2. Avis sur la thérapie assistée par le chien

Lorsque leur orthophoniste leur a annoncé qu'il pratiquait la TAA, tous les patients du G1 ont eu une première réaction positive. Sept d'entre eux ont ressenti de la joie ou du plaisir, trois ont été surpris et un était intéressé et curieux. Il a été demandé au G2 d'imaginer leur réaction si leur orthophoniste leur annonçait qu'il allait pratiquer la TAA. Six patients ont pensé qu'ils ressentiraient de la joie ou du plaisir, trois qu'ils seraient amusés, un qu'il serait intéressé et un qu'il n'y trouverait pas d'intérêt.

Enfin, 10 patients du G1 trouvaient que la TAA apportait un bénéfice à leur prise en soin orthophonique. Les termes les plus retrouvés étaient le plaisir, la détente, le bonheur, la motivation, la gentillesse de l'animal et la tranquillité. Une seule patiente a

indiqué que, selon elle, la TAA n'apporterait aucun bénéfice à sa prise en soin orthophonique, cependant cette réponse est à nuancer car dans le cadre réservé à l'expression libre, cette même patiente avait écrit « ça m'apporte beaucoup de plaisir, le petit chien est amusant ». Dans le G2, six patients pensaient que la TAA pourrait leur être bénéfique (et donc cinq pensaient que la TAA n'apporterait aucun bénéfice à leur PES). Ces patients ont évoqué le plaisir de caresser l'animal, le divertissement et le courage que la présence de l'animal pouvait apporter aux malades. Cependant, deux de ces patients ont précisé que, pour eux, la TAA ne serait bénéfique que pour certaines personnes (celles n'ayant pas peur des animaux).

IV. Discussion

1 Re-contextualisation

Pour rappel, cette étude avait pour objectifs de faire un état des lieux de la pratique de la thérapie assistée par le chien en orthophonie auprès des patients atteints de la MA et de voir s'il y avait des effets positifs sur la prise en soin des patients. Trois hypothèses avaient alors été formulées. La première hypothèse était que les orthophonistes pratiquant la TAA en France se formaient, qu'ils la mettaient en place dans un but thérapeutique précis et qu'ils évaluaient leur intervention (définition de la TAA selon l'IAHAIO). La seconde hypothèse était que, selon les orthophonistes, la TAA permettait d'apporter des bénéfices à différents niveaux dans la prise en soin des patients atteints de la MA. Enfin, la troisième hypothèse était que les patients bénéficiant de la TAA exprimaient globalement une plus grande motivation et un mieux-être lors de leurs séances d'orthophonie que les patients suivis sans TAA. Pour répondre à ces hypothèses, trois questionnaires ont été diffusés : un à destination d'orthophonistes pratiquant la thérapie assistée par le chien auprès de patients atteints de la MA, un à destination de patients atteints de la MA suivis en orthophonie avec de la TAA et un à destination de patients atteints de la MA suivis en orthophonie sans TAA.

2 Le profil des orthophonistes qui pratiquent la thérapie assistée par le chien

2.1. Représentativité de l'échantillon

Tout d'abord il est à noter que dans l'échantillon aucun orthophoniste ne travaillait uniquement en salariat : 20 pratiquaient en libéral et un était en exercice mixte. Ainsi, les éléments recueillis reflètent la pratique de la TAA auprès de patients atteints de la MA en libéral et auraient été probablement différents dans un cadre institutionnel. Ceci

explique aussi certainement le fait que la totalité de notre échantillon a dit mettre en place la TAA avec plusieurs pathologies et pas seulement auprès de patients atteints de maladies neurodégénératives : la patientèle est plus variée en cabinet libéral qu'en institut spécialisé. En revanche, la multiplicité des centres de formation d'origine et des lieux d'exercice actuels recueillis laissent à penser que l'échantillon est représentatif de la pratique orthophonique en France métropolitaine.

2.2. Formation des orthophonistes et des chiens

La mise en place de TAA nécessite que le thérapeute connaisse à la fois les chiens de manière générale, leur fonctionnement et leur langage corporel, mais aussi et surtout son animal particulièrement (Kerulo et al., 2020). Il doit être en mesure de reconnaître tout signe d'inconfort ou de stress de celui-ci afin d'éviter un risque de blessure (IAHAIO, 2018 ; Winkle et al., 2020) et garantir le bien-être de l'animal et du patient (Fine et al., 2019 ; Kerulo et al., 2020). Au-delà des connaissances sur l'animal, le thérapeute doit acquérir et comprendre le fonctionnement de la TAA afin d'être le plus efficace possible et maximiser les bénéfices d'une telle thérapie (Kerulo et al., 2020). Toutes ces compétences ne peuvent s'acquérir uniquement par la théorie, elles doivent faire l'objet d'expériences pratiques. C'est pourquoi, l'AAll (2019) recommande au thérapeute d'entreprendre une formation spécifique à la TAA avant même de commencer à la pratiquer, mais également de poursuivre un programme de formation continue au moins une fois par an. Vingt orthophonistes de l'échantillon déclaraient être formés à la TAA, mais seulement sept d'entre eux s'étaient formés avant et pendant leur pratique de la TAA. Six s'étaient formés uniquement avant de la mettre en place et sept uniquement après avoir commencé à la pratiquer. Les orthophonistes étaient donc une grande majorité à se former mais peu s'étaient formés autant que ne le recommande l'AAll (2019). Leurs motivations étaient diverses : découvrir ou s'informer sur la TAA, connaître différentes approches, faire évoluer ou perfectionner leur pratique. Cependant, il est à noter que ces chiffres sont à nuancer car le recrutement des orthophonistes de l'échantillon s'étant fait, en partie, via des organismes de formation à la TAA, le nombre d'orthophonistes formés est possiblement surévalué par rapport à la population.

La multiplicité des formations disponibles en TAA évoquée par Kerulo et al. (2020) ressort également dans les réponses des orthophonistes puisque 13 formations différentes ont été citées. Cette grande variété de formations laisse à penser qu'il pourrait y avoir actuellement une grande hétérogénéité dans l'acquisition des principes

de la TAA. Ces différences d'acquisition se ressentent au niveau clinique et constituent une limite supplémentaire à la reconnaissance de la TAA en tant que pratique complémentaire standardisée (Kerulo et al., 2020).

Par ailleurs, Andryushchenko-Basquin et Chelly (2017, p. 72) rappellent qu'un chien médiateur doit être « fiable, prévisible et contrôlable ». Ainsi, il semblerait pertinent que les chiens médiateurs suivent également une formation spécifique à la pratique de la TAA afin qu'ils acquièrent et se familiarisent avec les spécificités liées à cette pratique. Or, sur les 25 chiens de l'échantillon, neuf chiens avaient suivi une formation et seulement quatre avaient été formés spécifiquement pour la TAA. Ces chiffres peuvent éventuellement être expliqués par le fait que, comme développé plus tard dans ce mémoire, la plupart des chiens de l'échantillon sont avant tout les animaux de compagnie des orthophonistes et n'avaient initialement pas été sélectionnés à des fins thérapeutiques.

2.3. Interventions planifiées et structurées

Selon l'IAHAIO (2018) et l'AAll (2019), la mise en place de TAA dans le cadre d'une activité de soin doit répondre à un projet thérapeutique ciblé et être axée sur des objectifs bien précis. Dans l'échantillon, 11 répondants, soit plus de la moitié, ont indiqué avoir mis en place la TAA pour répondre à une envie personnelle d'être avec leur animal de compagnie sur leur lieu de travail et six orthophonistes ont déclaré avoir voulu apporter une nouveauté à leur pratique. Seuls trois orthophonistes ont annoncé avoir commencé à pratiquer la TAA après avoir lu des données scientifiques rapportant les bienfaits de la TAA dans le soin. Par ailleurs, neuf orthophonistes ont dit avoir connu la TAA de manière fortuite en emmenant leur chien sur leur lieu d'exercice et cinq l'avait découverte via les réseaux sociaux. Ces résultats semblent révéler que la motivation initiale à la mise en place de la TAA relève plus d'un désir personnel de l'orthophoniste que d'un projet thérapeutique ciblé.

La provenance et la race du chien médiateur sont également des données qui doivent être prises en compte pour la mise en place de TAA car « tous les chiens ne présentent pas les mêmes aptitudes sociales » (De Villers, 2016, p. 1) et ceux-ci doivent être sélectionnés pour répondre à des objectifs thérapeutiques établis (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017 ; Fine et al., 2019). La majorité des chiens de notre échantillon (12) provenaient d'un élevage, huit venaient de chez un particulier et deux d'une association (Handi'chiens). Seuls trois étaient issus d'un refuge. Cela laisse penser que les orthophonistes préfèrent travailler avec un chien dont ils connaissent l'origine

et l'histoire afin d'éviter tout trouble comportemental lié à un traumatisme. Les goldens retrievers étaient les chiens les plus représentés dans l'échantillon. Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où cette race de chien est reconnue pour ses habiletés d'assistance (De Villers, 2016). Onze orthophonistes ont d'ailleurs répondu avoir choisi leur chien pour ses qualités relationnelles et communicationnelles. Onze répondants également ont indiqué avoir fait leur choix par attirance personnelle pour la race uniquement. Par ailleurs, neuf orthophonistes ont dit avoir sélectionné leur chien pour son gabarit. Les petits et moyens gabarits étaient d'ailleurs majoritaires dans notre échantillon. Ce résultat pourrait être expliqué par le besoin de répondre aux particularités de la pratique de la TAA auprès de personnes âgées : les petits chiens sont généralement plus familiers, plus manipulables et moins impressionnants. Mais il pourrait également être expliqué simplement par le fait que, comme dans le reste de la population, les chiens de petit ou moyen gabarit sont plus représentés car plus adaptés au foyer et à la vie familiale.

Enfin, le rôle spécifique du chien doit également être établi dans le projet thérapeutique. L'AAII (2019) rappelle que les activités proposées en TAA, bien qu'elles soient liées à la réalisation d'objectifs thérapeutiques précis, n'impliquent pas forcément toujours un contact direct entre le chien et le patient. Dans l'échantillon, seulement trois orthophonistes rendaient leur chien actif dans toutes les activités proposées. Dix proposaient une intervention semi-active de leur chien et huit avaient un chien passif. Le questionnaire a également révélé que la majorité des chiens ne participaient pas à toutes les séances et pas dans leur totalité.

Ainsi, même si le profil des chiens semble compatible avec un projet de TAA, le choix initial des orthophonistes a été fait par désir personnel et non pour répondre à des objectifs thérapeutiques ciblés. C'est finalement l'acquisition du chien de famille qui donne envie aux l'orthophonistes de mettre en place de la TAA.

2.4. Evaluation de la pratique

L'évaluation de la pratique fait également partie des critères qui définissent la TAA selon l'IAHAIO (2018). L'AAII (2019, p. 22) ajoute que les progrès des patients doivent être « mesurés et documentés » précisément afin d'établir les impacts positifs engendrés par la TAA et garantir l'efficacité de cette thérapie complémentaire. L'évaluation doit être la plus objective possible et avoir lieu au minimum une fois par an ou à chaque changement d'environnement ou de type d'activité (Winkle et al., 2020). Au-delà de la mesure des bénéfices apportés par la TAA, cette évaluation

permet au thérapeute de réajuster, si besoin, ses objectifs thérapeutiques, ses domaines d'intervention et son approche selon l'évolution du patient. Les réponses au questionnaire ont révélé que seulement sept orthophonistes évaluaient leur intervention en TAA. Parmi eux, cinq l'évaluaient en prenant en compte les retours du patient et de son entourage et quatre en se fiant à leur expérience clinique. Finalement, un seul orthophoniste a dit mettre en place des lignes de base avant, pendant et après son intervention afin d'observer l'impact de la TAA de manière objective. Ainsi, le peu d'orthophonistes qui évaluent les bénéfices de la TAA utilisent une « grande variété de techniques de documentation et de mesure » (Kerulo et al., 2020, p. 9). Cette absence d'évaluation pourrait s'expliquer par le fait que, comme décrit précédemment, la présence du chien est plus liée au plaisir personnel des orthophonistes qu'à des fins thérapeutiques donc ceux-ci ne verraient pas l'intérêt d'évaluer l'intervention. L'absence d'outils d'évaluation intégrant la pratique de la TAA pourrait également être un facteur explicatif à ces résultats particulièrement bas et hétérogènes.

Ainsi, les réponses obtenues ne permettent pas de confirmer la première hypothèse : les orthophonistes qui travaillent avec leur chien ne semblent pas pratiquer la TAA définie par l'IAHAIO (2018). Tout d'abord, ceux-ci ne se formeraient pas aussi régulièrement que préconisé. Par ailleurs, le choix du chien relèverait plus d'un désir personnel que d'un projet thérapeutique envisagé. Enfin, l'évaluation de la pratique de la TAA serait peu courante et subjective. Nous pourrions supposer que les orthophonistes sont conscients qu'ils ne pratiquent pas véritablement la TAA et que cela expliquerait le manque de participation à cette étude.

3 Les bénéfices de la thérapie assistée par le chien auprès des patients atteints de la maladie d'Alzheimer observés par les orthophonistes

« La TAA est conçue pour promouvoir l'amélioration du fonctionnement physique, social, émotionnel et cognitif de l'humain » (Andryushchenko-Basquin & Chelly, 2017, p. 71). Dans l'échantillon, 19 orthophonistes n'avaient pas toujours été accompagnés par un chien dans leur pratique : ils ont alors dit avoir observé des changements positifs depuis qu'ils avaient mis en place la TAA, et 17 d'entre eux ont précisé que ces bénéfices concernaient les patients mais également eux-mêmes. Par ailleurs, la totalité de l'échantillon a indiqué que les premières réactions de leurs patients à l'annonce de la présence d'un chien lors des séances étaient toujours positives : ils notaient généralement de l'intérêt, puis du plaisir et de la joie.

3.1. Bénéfices aux niveaux communicationnel et interactionnel

Tout comme l'avaient décrit Cevizci et al. (2013), 15 orthophonistes ont rapporté une augmentation des comportements sociaux de leurs patients. Onze répondants ont constaté une favorisation des échanges, ce qui rejoint les données de Quibel et al. (2017). Tout comme l'avaient écrit De Villers (2016) et Le Floc'h Soye (2019), sept orthophonistes ont également ressenti une amélioration dans l'alliance thérapeutique grâce à la présence de l'animal. Au niveau du travail cognitivo-linguistique, 20 orthophonistes ont dit intégrer le chien pour travailler l'enrichissement de la communication verbale et 14 pour maintenir la communication non verbale. Ces résultats étaient également cohérents avec l'étude de Cevizci et al. (2013) qui soutenaient que la présence du chien augmente les situations communicationnelles. Ainsi, selon les orthophonistes, la TAA permettrait donc bien de développer les aspects communicationnels et interactionnels lors des séances avec leurs patients.

3.2. Bénéfices aux niveaux psychologique et comportemental

Les études sur les apports de la TAA au niveau des syndromes psychologiques et comportementaux dans la démence (SPCD) sont les plus développées dans la littérature et sont celles qui rapportent généralement le plus d'effets sur les patients. Ici, les bénéfices sur les SPCD sont évoqués par moins de la moitié des orthophonistes. Neuf orthophonistes ont noté une hausse de la motivation de leurs patients. Cet effet motivationnel avait déjà été rapporté Cevizci et al. (2013). Huit orthophonistes ont par ailleurs souligné une diminution de l'anxiété et ont ainsi rejoint les conclusions de la revue de littérature de Charry-Sánchez et al. (2018). Ainsi, même si les résultats sont plus mitigés, certains orthophonistes notent un effet positif de la TAA sur les SPCD de leurs patients.

3.3. Bénéfices au niveau cognitif

La prise en soin orthophonique des patients atteints de la MA est multiple car les symptômes cognitivo-linguistiques liés à cette maladie sont nombreux (HAS, 2011). Malheureusement, à ce jour, aucun article scientifique n'a décrit la place donnée à la TAA dans les différents champs d'intervention orthophoniques réalisés avec les patients atteints de la MA. Cependant, selon les réponses des orthophonistes au questionnaire, les axes de travail abordés avec la TAA sont nombreux. La totalité de l'échantillon a dit pratiquer la TAA pour stimuler la sensorialité de leurs patients ce qui leur permet entre autres, selon Lehotkay et al. (2012), de les ouvrir au monde extérieur. Plusieurs orthophonistes ont également rapporté intégrer le chien dans le travail de

l'évocation lexicale, le travail mnésique, le travail des fonctions exécutives et celui des repères visuo-spatiaux. Tous ces champs d'intervention énoncés rejoignent l'idée de certains auteurs qui affirment que la TAA est efficace sur le plan cognitif des patients (Charry-Sanchez et al., 2018 ; Quibel et al., 2017 ; Swall et al., 2015). Ainsi, selon les orthophonistes, la TAA semble donc pouvoir s'intégrer à l'ensemble des axes de travail cognitivo-linguistiques mis en place dans la prise en soin des patients atteints de la MA. Ces résultats laissent supposer que la TAA stimule la créativité des orthophonistes.

Les réponses des orthophonistes vont donc dans le sens de notre seconde hypothèse en disant que la TAA apporte des bénéfices à différents niveaux de la prise en soin des patients atteints de la MA : relationnel, communicationnel, comportemental et cognitif. Mais ces résultats subjectifs sont finalement le reflet des données disponibles dans la littérature : les apports, bien qu'observés en clinique, sont difficiles à prouver.

4 La motivation et le mieux-être ressentis par les patients

Comme vu précédemment, même si les orthophonistes qui pratiquent la TAA disent observer de nombreux apports dans la prise en soin des patients atteints de la MA, ceux-ci sont encore difficiles à démontrer. Fine et al. (2019, p. 2) écrivent même que « les scientifiques et les praticiens doivent être plus tempérés et réalistes dans leurs explications sur l'efficacité de la TAA ». Dans ce contexte, il semblait important de s'intéresser au ressenti des patients et de voir s'il existe réellement des différences entre les patients qui bénéficient de la TAA et ceux qui n'en bénéficient pas dans leur prise en soin orthophonique.

4.1. La motivation

Tout d'abord, la motivation des patients ne semble pas être influencée par la présence du chien comme l'avaient pourtant rapporté les orthophonistes. En effet, les résultats obtenus à l'échelle de Thurstone (1928) permettant d'évaluer la motivation des patients à se rendre en séance, ne différaient pas d'un groupe à l'autre. Les patients du G1 comme ceux du G2, ont indiqué avoir envie de se rendre à leurs séances d'orthophonie. De plus, quand il a été demandé à chaque groupe d'explicitier leurs motivations, aucun patient du G1 n'a évoqué la présence de l'animal. Là encore, les réponses majoritaires des deux groupes étaient similaires : le contact humain, le bien-être apporté et les apports cognitifs ressentis. Ainsi, il se pourrait que les orthophonistes, eux-mêmes plus motivés par la présence de leur chien, projettent cette motivation sur leurs patients.

4.2. Le mieux-être

Les patients du G1 ont tous indiqué avoir eu un premier sentiment positif quand ils ont appris la présence d'un chien lors de leurs séances. Ce résultat confirme l'appréciation des orthophonistes qui décrivaient déjà le plaisir des patients à l'annonce de la mise en place de TAA. La disposition du patient à rencontrer l'animal et le premier contact sont un critère essentiel pour la mise en place de la TAA (Machová et al., 2019).

Par ailleurs, tout comme l'évoquaient les orthophonistes, les patients du G1 ont indiqué en grand majorité que, selon eux, la TAA apporte des bénéfices à leur prise en soin. Au regard de leurs réponses, ces bénéfices se rapportent exclusivement à leur état psychologique : ils ont exprimé un sentiment de bien-être, de plaisir, de bonheur, de calme. Cet effet anti-stress de l'animal avait déjà été montré par Lehotkay et al. (2012) dans leur étude. Les patients du G2, même s'ils n'étaient pas réticents à la pratique de la TAA, semblaient plus mitigés quant aux éventuels bénéfices que pourrait leur apporter celle-ci.

Cependant, concernant les états émotionnels éprouvés en séance, les résultats obtenus dans les deux groupes étaient très proches. Les patients du G1 comme du G2 ont exprimé de forts sentiments positifs : bonne humeur, motivation, progression, confiance et joie ; et peu de sentiments négatifs : anxiété, tristesse et difficultés. Ainsi la présence du chien ne semble pas avoir d'impact sur l'état émotionnel des patients en séance.

Enfin, concernant le moral des patients de manière générale, là encore, les scores obtenus au questionnaire de dépistage de dépression des sujets très âgés (DEP-GER) (Vetel et al., 2003) n'ont pas permis d'avancer quelque apport de la TAA sur les patients du G1. Leur moral semblait même légèrement moins bon que celui des patients du G2.

Ainsi, même si patients et orthophonistes ont exprimé sans conteste éprouver des bénéfices liés à la TAA, les résultats obtenus en comparant les ressentis des deux groupes de patients sur leur prise en soin orthophonique ne permettent pas de faire ressortir les bénéfices psychologiques et motivationnels évoqués. La troisième hypothèse énonçant que les patients atteints de la MA suivis avec la TAA auraient une plus grande motivation et un mieux-être ressenti ne peut donc être validée. Cette absence de différence de ressentis entre les deux groupes ne peut être imputée à l'intérêt des patients pour les animaux puisque 10 patients dans chaque groupe avaient possédé ou possédaient un animal de compagnie. Cependant, d'autres

facteurs pourraient expliquer ces résultats. Tout d'abord, les résultats pourraient être biaisés par la présence d'un « effet de plafond » : les ressentis des deux groupes étant déjà très favorables, aucune amélioration liée à la présence du chien ne peut être constatée (Koran Jr. & Ellis, 1994, p. 65). Par ailleurs, comme vu précédemment, les orthophonistes ne pratiqueraient pas la TAA définie par l'IAHAIO. Le manque de formation des orthophonistes et des chiens, et l'absence de standardisation des pratiques pourraient alors expliquer le fait qu'il n'y ait pas de différence significative entre les groupes. La présence du chien pourrait finalement être plus bénéfique aux orthophonistes qu'aux patients et leur sentiment vis-à-vis des apports pour les patients serait alors biaisé par leur propre motivation et mieux-être ressentis. Cette dernière hypothèse laisse également imaginer que sans la présence du chien, les orthophonistes qui pratiquent la TAA auraient été moins motivés et que ce manque de motivation aurait impacté le moral de leurs patients : leurs résultats auraient alors été encore plus bas.

5 Limites et perspectives

5.1. Limites et biais à l'étude

Les résultats obtenus et les conclusions tirées dans ce travail sont à nuancer car différentes limites ont été relevées et plusieurs biais n'ont pu être contrôlés.

La première limite à cette étude était la petite taille des échantillons. Les 21 réponses retenues pour le questionnaire adressé aux orthophonistes et les 11 réponses obtenues pour chaque groupe de patients n'ont pas permis de recueillir des données suffisantes pour être significatives. Le pourcentage réduit de participation par rapport au nombre d'orthophonistes contactés directement (326) ou via les réseaux sociaux (plus de 2200) pourrait s'expliquer par le fait que les orthophonistes savaient qu'ils ne faisaient pas réellement de la TAA et ne se sentaient alors pas légitimes pour répondre.

Par ailleurs, même si les patients des deux groupes avaient le même niveau de troubles neurocognitifs (léger) et le même intérêt pour les animaux, le petit nombre de participants n'a pas permis de créer des groupes appariés en âge et en sexe. D'autres recherches sur des groupes appariés ou des études longitudinales de plus grande envergure seraient donc nécessaires.

Le recrutement des orthophonistes a également constitué un biais à l'étude. En effet, celui-ci ayant, en partie, été réalisé via des organismes de formation à la TAA, il a pu fausser les résultats à certaines questions, notamment celles portant sur la formation

des orthophonistes et des chiens. Ne pas recruter via les organismes de formation aurait permis de contrôler ce biais mais aurait réduit encore plus le nombre de participants.

Enfin, l'utilisation de l'outil questionnaire a engendré plusieurs limites. L'auto-administration s'est avérée peu adaptée à la collecte de certaines données, notamment auprès des patients. Ceux-ci ayant des troubles neurocognitifs (même légers) liés à leur maladie, le remplissage du questionnaire s'est révélé parfois compliqué et donc imprécis. Il aurait été intéressant de poursuivre l'étude avec des entretiens individuels afin de compléter et d'approfondir certaines réponses apportées dans le questionnaire. De plus, les réponses obtenues aux questionnaires et analysées étaient des données rapportées donc subjectives. Des mesures objectives telles que des mesures physiologiques (taux de cortisol, rythme cardiaque), physiques (analyse de comportements) ou des évaluations de performances (tâches cognitives) auraient permis d'obtenir des données plus probantes.

5.2. Perspectives

Ce travail n'ayant pas permis d'obtenir des résultats significatifs, d'autres études plus approfondies, à grande échelle et avec des mesures objectives seraient nécessaires. Néanmoins l'état des lieux réalisé dans ce travail a permis de mettre en exergue certains freins à la reconnaissance de la pratique de la TAA, notamment l'absence d'évaluation de celle-ci. Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'outils appropriés, et il serait donc nécessaire que d'autres recherches soient menées afin de créer un outil d'évaluation adapté à la pratique de la TAA.

Par ailleurs, ce mémoire a ciblé une pathologie (la MA) et une espèce animale (le chien), mais de nombreuses autres applications de la TAA dans le domaine de l'orthophonie restent à explorer.

Cet écrit s'est consacré au ressenti des patients impliqués dans la TAA, mais il serait intéressant d'évaluer également le ressenti des orthophonistes en comparant les états émotionnels et la motivation de ceux qui pratiquent la TAA et ceux qui ne la pratiquent pas. Cela permettrait de voir si la TAA n'aurait finalement pas plus d'effets bénéfiques sur les orthophonistes que sur les patients.

Les effets apportés par le type de chien (gabarit, sexe, âge) et son implication dans la séance (passif, semi-actif ou actif) seraient également des variables intéressantes à étudier dans d'autres travaux qui comprendraient des effectifs plus importants.

Une étude réalisée sur des patients ayant des troubles neurocognitifs plus marqués pourraient également permettre de montrer plus de différences au niveau comportemental entre les patients bénéficiant de la TAA et ceux n'en bénéficiant pas. Enfin, le ressenti des chiens qui sont intégrés à la pratique de la TAA n'est encore que très peu étudié alors qu'il constitue un enjeu majeur au bon déroulement de cette pratique. Il serait alors pertinent que des études sur les signes comportementaux de ces chiens voient le jour.

V. Conclusion

Ce mémoire avait pour objectifs de faire un état des lieux de la thérapie assistée par le chien auprès de patients atteints de la MA et de montrer si celle-ci avait des apports pour les patients. D'après l'IAHAIO (2018), la TAA doit être mise en place par un professionnel qualifié, pour répondre à des objectifs thérapeutiques planifiés et structurés. Le thérapeute doit être suffisamment formé pour assurer le bien-être de l'animal et du patient, et les effets de l'intervention doivent être mesurés et évalués. Les résultats de cette étude révèlent que les orthophonistes pratiquant la TAA ne répondent pas à la définition de l'IAHAIO. En effet, ceux-ci la mettent en place surtout pour répondre à un désir personnel plutôt qu'à des objectifs thérapeutiques ciblés. Leur formation à la TAA, bien qu'existante, est insuffisante et l'évaluation de l'intervention n'est que peu réalisée et généralement pas de manière rigoureuse. En ce qui concerne les apports de la TAA, tout comme dans la littérature, même s'ils sont évoqués par les orthophonistes et les patients, ceux-ci sont difficiles à mettre en évidence objectivement. Orthophonistes et patients s'accordent à dire que les changements apportés par la TAA sont bénéfiques à différents niveaux : relationnel, communicationnel, comportemental et cognitif. Cependant, l'analyse statistique des résultats aux échelles de motivation, de ressentis émotionnels et de moral ne permet pas de montrer de différence significative entre les patients qui sont suivis avec de la TAA et ceux qui ne le sont pas. Il n'y aurait donc pas de plus grande motivation ni de mieux-être chez les patients suivis en orthophonie avec de la TAA. Néanmoins, la potentielle présence « d'effet de plafond » et la petite quantité de participants recrutés pour ce mémoire ne permettent pas de tirer de conclusions incontestables. Cet écrit a vocation à ouvrir un champ d'investigation pour d'autres recherches plus poussées. Pour conclure, même si les apports de la TAA n'ont pas été prouvés dans ce mémoire, le plaisir exprimé par les orthophonistes et les patients à travailler en présence du

chien permet de dire que la pratique de la TAA n'entrave en aucun cas le travail réalisé en séance et, bien au contraire, qu'elle peut tout à fait trouver sa place dans la prise en soin orthophonique des patients atteints de la MA.

VI. Références

- Aalten, P., Verhey, F. R., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., Caputo, M., Collins, D., De Deyn, P. P., Elina, K., Frisoni, G., Girtler, N., Holmes, C., Hurt, C., Marriott, A., Mecocci, P., Nobili, F., Ousset, P. J., Reynish, E., Salmon, E., ... Robert, P. H. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 24(6), 457-463. <https://doi.org/10.1159/000110738>
- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, 7(3), 1-28. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Ambrosi, C., Zaiontz, C., Peragine, G., Sarchi, S., & Bona, F. (2019). Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 19(1), 55-64. <https://doi.org/10.1111/psyq.12367>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Éd., P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. Pull-Erpelding, Trad.). Elsevier Masson
- Amieva, H., Andrieu, S., Berr, C., Buée, L., Checler, F., Clément, S., Dartigues, J-F., Desgranges, B., Dubois, B., Duyckaerts, C., Joel, M-E., Lambert, J-C., Nourhashemi, F., Pasquier, F. & Robert, P. (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570630/file/INSERM_2008_maladie_alzheimer_enjeux.pdf

- Andryushchenko-Basquin, I., & Chelly, S. (2017). Le rôle d'un animal dans le processus thérapeutique : quel « profil » pour quel objectif : Présentation d'un cas clinique atypique. *Psychothérapies*, 37(2), 71-79. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/psys.172.0071>
- Animal-Assisted Intervention International (AAIL). (2019). *AAIL Standards of Practice*. <https://aai-int.org/wp-content/uploads/2019/02/AAIL-Standards-of-Practice.pdf>
- Barkat-Defradas, M., Sophie, M., Rico Duarte, L., & Brouillet, D. (2008, septembre 12). *Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer*. 27^e journée d'études sur la Parole, Avignon, France. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00321233/document>
- Bernabei, V., De Ronchi, D., La Ferla, T., Moretti, F., Tonelli, L., Ferrari, B., Forlani, M., & Atti, A.R. (2013). Animal-Assisted Interventions for Elderly Patients Affected by Dementia or Psychiatric Disorders: A Review. *Journal of Psychiatric Research* 47(6), 762-73. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.12.014>
- Berry, A., Borgi, M., Terranova, L., Chiarotti, F., Alleva, E., & Cirulli, F. (2012). Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 12(3), 143-150. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00393.x>
- Carrion, C., Folkvord, F., Anastasiadou, D., & Aymerich, M. (2018). Cognitive Therapy for Dementia Patients: A Systematic Review. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 46(1-2), 1-26. <https://doi.org/10.1159/000490851>
- Charry-Sánchez, J. D., Pradilla, I., & Talero-Gutiérrez, C. (2018). Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.06.011>

- Cevizci, S., Murat Sen, H., Güneş, F., & Karaahmet. E. (2013). Animal Assisted Therapy and Activities in Alzheimer's Disease. *Understanding Alzheimer's Disease*, 303-325. <http://dx.doi.org/10.5772/54504>
- Croisile, B. (2009). Approche neurocognitive de la mémoire. *Gérontologie et société*, 3(3), 11-29. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/gs.130.0011>
- Dalton, K. R., Waite, K. B., Ruble, K., Carroll, K. C., DeLone, A., Frankenfield, P., Serpell, J. A., Thorpe, R. J., Jr, Morris, D. O., Agnew, J., Rubenstein, R. C., & Davis, M. F. (2020). Risks associated with animal-assisted intervention programs: A literature review. *Complementary therapies in clinical practice*, 39, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101145>
- David, R. (2014). 1 - Prévalence et évolutivité. In *Alzheimer et états comportementaux: Symptômes psychologiques et comportementaux des démences* (p. 3-11). Dunod.
- De Villers, B. (2019). Dire ce que font les animaux dans les soins. *Rhizome*, 72(2), 16.
- De Villers, B. (2016). Choisir un chien : sélection d'un chien pour des activités de médiation animale. In V. Servais (dir.) *La science (humaine) des chiens* (p. 219-248). Le Bord de l'Eau
- De Villers, B., & Servais, V. (2016). La médiation animale comme dispositif technique. In V. Servais (dir.) *La médiation : De la théorie aux terrains* (p. 81-102). De Boeck
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>.
- Engasser, O., Bonnet, A., & Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées: Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, 35(3), 151-158. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/psys.153.0151>

Eustache, F., & Desgranges, B. (2017). Mémoire et ses troubles. *EMC - Neurologie*, 4(14), 1-14.

Filan, S. L., & Llewellyn-Jones, R. H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International psychogeriatrics*, 18(4), 597-611. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003322>

Fine, A. H., Beck, A. M., & Ng, Z. (2019). The State of Animal-Assisted Interventions: Addressing the Contemporary Issues that will Shape the Future. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 1-19. <https://doi.org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3390/ijerph16203997>

France Alzheimer & maladies apparentées. (2021). *Les maladies apparentées*. France Alzheimer & maladies apparentées. <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-maladies-apparentees/>

Grandgeorge, M. (2012). Interventions assistées par l'animal : quelles connaissances et quelles perspectives ? *ANAE – Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 17(24), 139-146.

Grandgeorge, M., & Hausberger, M. (2011). Human-animal relationships: from daily life to animal-assisted therapies. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 47(4), 397-408. https://doi.org/10.4415/ANN_11_04_12

Haute Autorité de Santé. (2011). *Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

Haute Autorité de Santé. (2012). *Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des*

troubles du comportement. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/1.6_alternatives_non_medicamenteuses_-_aide_memoire_ami_alzheimer.pdf

Haute Autorité de Santé. (2018). *Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en EHPAD.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/projet_etablissement_-_accompagnement_personnes_agees.pdf

Helmer C., Grasset L., Pérès K., & Dartigues J.F. (2016). Évolution temporelle des démences : état des lieux en France et à l'international. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (28-29), 467-473.

Higuet, S. (2017). Chapitre 9. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux de la démence. In J.E. Vanderheyden (ed.), *Démence et perte cognitive : Prise en charge du patient et de sa famille* (p. 123-135). De Boeck Supérieur.

Hu, M., Zhang, P., Leng, M., Li, C., & Chen, L. (2018). Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Psychiatry research*, 260, 418-427. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.016>

International Association of Human Animal Interactions Organization. (2018). *IAHAIO White Paper: The IAHAIO definitions for animal assisted intervention and guidelines for wellness of animals involved in AAI.* http://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2019/01/iahaio_wp_updated-2018-19_final.pdf

Institut Français de Zoothérapie. (2021). *Zoothérapie de A à Z.* Institut français de zoothérapie. <https://www.institutfrançaisdezoothérapie.com/zoothérapie-de-a-a-z-1>

- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2019). *Maladie d'Alzheimer*. Inserm. <https://www.inserm.fr/information-ensante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- Jahn H. (2013). Memory loss in Alzheimer's disease. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(4), 445-454. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.4/hjahn>
- JASP Team. (2018). *JASP* (Version 0.14.1) [Logiciel]. <https://jasp-stats.org/>
- Kazdin, A. E. (2015). Methodological standards and strategies for establishing the evidence base of animal-assisted therapies. In A. H. Fine (ed.) *Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions, 4th edition* (p. 378-390). Elsevier
- Kawamura N., Niiyama M., & Niiyama H. (2007). Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. *Psychogeriatrics*, 7(1), 8-13.
- Kerulo, G., Kargas, N., Mills, D. S., Law, G., VanFleet, R., Faa-Thompson, T., & Winkle, M. Y. (2020). Animal-Assisted Interventions: Relationship Between Standards and Qualifications. *People and Animals: The International Journal of Research and Practice*, 3(1), 1-14.
- Klimova, B., Toman, J., & Kuca, K. (2019). Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia - a systematic review. *BMC psychiatry*, 19(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2245-x>
- Koran Jr. J.J., & Ellis J. (1994). La recherche en milieu informel. *Publics et Musées* (4), 47-72. <https://doi.org/10.3406/pumus.1994.1031>
- Lai, N. M., Chang, S., Ng, S. S., Tan, S. L., Chaiyakunapruk, N., & Stanaway, F. (2019). Animal-assisted therapy for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2019(11), 1-70. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013243.pub2>

- Le Floc'h Soye, Y. (2019). L'animal médiateur dans la santé de l'homme. *Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France*, 72, 1-3.
- Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., & Galli Carminati, G. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies*, 2(2), 115-123. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/psys.122.0115>
- Machová, K., Procházková, R., Eretová, P., Svobodová, I., & Kotík, I. (2019). Effect of Animal-Assisted Therapy on Patients in the Department of Long-Term Care: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(8), 1-10. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3390/ijerph16081362>
- Majić, T., Gutzmann, H., Heinz, A., Lang, U. E., & Rapp, M. A. (2013). Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1052-1059. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.004>
- Marcelli, D. (2017). La médiation animale peut-être un complément de soins. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, (3020), 30-31.
- Martyr, A., & Clare, L. (2012). Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 33(2-3), 189-203. <https://doi.org/10.1159/000338233>
- Menna, L. F., Santaniello, A., Gerardi, F., Di Maggio, A., & Milan, G. (2016). Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 16(4), 240-246. <https://doi.org/10.1111/psyg.12145>

- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C., & Atti, A. R. (2010). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 11(2), 125-129. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x>
- Moumdjian, L., Sarkamo, T., Leone, C., Leman, M., & Feys, P. (2017). Effectiveness of music-based interventions on motricity or cognitive functioning in neurological populations: a systematic review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(3), 466-482. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04429-4>
- Observatoire B2V des Mémoires. (2021). *Mémoire et émotions*. Observatoire B2V des Mémoires. <https://www.observatoireb2vdesmemoires.fr/comprendre/memoire-et-emotions>
- Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 126(3), 157-164. <https://doi.org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/g.s.126.0157>
- Peluso, S., De Rosa, A., De Lucia, N., Antenora, A., Illario, M., Esposito, M., & De Michele, G. (2018). Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 31(3), 149-157. <https://doi.org/10.1177/0891988718774634>
- Poirier, N., & Gil, R. (2018). Le diagnostic et les tests. In N. Poirier & R. Gil (Dir.) *Alzheimer : de carpe diem à la neuropsychologie* (p. 51-69). ERES.
- Quibel C. Bonin, M., Bonnet, M., Gaimard, M., Mourey, F. Moesch, I., & Ancet, P. (2017). Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer. *Soins Gérontologie*, 22(125), 35-38.
- R-Project. (2019). *R-Project* (Version 3.6.1) [Logiciel]. <https://www.r-project.org/>

- Rodrigo-Claverol, M., Malla-Clua, B., Marquilles-Bonet, C., Sol, J., Jové-Naval, J., Sole-Pujol, M., & Ortega-Bravo, M. (2020). Animal-Assisted Therapy Improves Communication and Mobility among Institutionalized People with Cognitive Impairment. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165899>
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, 5(5), 429-444. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/bupsy.503.0429>
- Santaniello, A., Garzillo, S., Amato, A., Sansone, M., Di Palma, A., Di Maggio, A., Fioretti, A., & Menna, L. F. (2020). Animal-Assisted Therapy as a Non-Pharmacological Approach in Alzheimer's Disease: A Retrospective Study. *Animals: an open access journal from MDPI*, 10(7), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ani10071142>
- Servais, V. (2007). La relation homme-animal : La relation à l'animal peut-elle devenir significative, donc thérapeutique, dans le traitement des maladies psychiques ? *Enfance et psy*, 2(35), 46-57.
- Shen, R., Xiong, P., Chou, U. I., & Hall, B. J. (2018). "We need them as much as they need us": A systematic review of the qualitative evidence for possible mechanisms of effectiveness of animal-assisted intervention (AAI). *Complementary therapies in medicine*, 41, 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.10.001>
- Snipelisky, D., & Burton, M. C. (2014). Canine-assisted therapy in the inpatient setting. *Southern medical journal*, 107(4), 265-273. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0000000000000090>
- Swall, A., Ebbeskog, B., Lundh Hagelin, C., & Fagerberg, I. (2015). Can therapy dogs evoke awareness of one's past and present life in persons with Alzheimer's

disease? *International journal of older people nursing*, 10(2), 84-93.
<https://doi.org/10.1111/opn.12053>

Thurstone, L.L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociologie* (33), 529-554.

Tran, T.M., Dasse, P., Letellier, L., Lubjinkowic, C., They, J., & Mackowiak, M.A. (2012). *Les troubles du langage inauguraux et démence : étude des troubles lexicaux auprès de 28 patients au stade débutant de la maladie d'Alzheimer*. Congrès Mondial de Linguistique Française. Lille, France.
<https://doi.org/10.1051/shsconf/20120100211>

Van der Steen, J. T., Smaling, H. J., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J., & Vink, A. C. (2018). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), 1-136.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>

Vanimpe, V. (2017). Chapitre 22. Attitude snoezelen dans les gestes au quotidien: Projet de vie en résidence pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. In J. E. Vanderheyden (Ed.) *Démence et perte cognitive: Prise en charge du patient et de sa famille* (p. 285-296). De Boeck Supérieur.

Vetel, J.M., Pellerin, J., Perrin, E., Gourion, D., Goldeberger, C., & Hugonot, L. (2003). Construction et validation d'un questionnaire de dépistage de la dépression (DEP-GER) chez les patients de 75 ans et plus. *La revue de gériatrie* 28(7), 559-566.

Wesenberg, S., Mueller, C., Nestmann, F., & Holthoff-Detto, V. (2019). Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 19(3), 219-227. <https://doi.org/10.1111/psyg.12385>

- Winkle, M. Y., Wilder, A., & Jackson, L. Z. (2014). Dogs as pets, visitors, therapists, and assistants. *Home healthcare nurse*, 32(10), 589-595.
- Winkle, M., Johnson, A., & Mills, D. (2020). Dog Welfare, Well-Being and Behavior: Considerations for Selection, Evaluation and Suitability for Animal-Assisted Therapy. *Animals: an open access journal from MDPI*, 10(11), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ani10112188>
- Yakimicki, M. L., Edwards, N. E., Richards, E., & Beck, A. M. (2019). Animal-Assisted Intervention and Dementia: A Systematic Review. *Clinical nursing research*, 28(1), 9-29. <https://doi.org/10.1177/1054773818756987>
- Zafra-Tanaka, J. H., Pacheco-Barrios, K., Tellez, W. A., & Taype-Rondan, A. (2019). Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 19(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2009-z>
- Zucchella, C., Sinfiorani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S., Casale, R., & Bartolo, M. (2018). The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Frontiers in neurology*, 9, 1-22. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01058>

VII. Annexes

Annexe A : Questionnaire à destination des orthophonistes

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire d'Orthophonie, je réalise une étude sur la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients atteints de démence type Alzheimer.

Alors si vous êtes orthophoniste, que vous prenez en soin un ou plusieurs patient(s) atteint(s) de la maladie d'Alzheimer (ou d'une autre maladie neurodégénérative apparentée) et que vous avez au moins un chien présent dans votre cabinet, votre participation à ce questionnaire me serait d'une très grande aide.

Pour compléter mon étude, je diffuse également un questionnaire auprès des patients eux-mêmes pour connaître leur ressenti sur leur prise en soin. Ainsi, si vous avez un ou plusieurs patient(s) atteint(s) de la maladie d'Alzheimer à un stade léger (troubles neurocognitifs mineurs = patient(s) autonome(s)) qui acceptera(en)t de répondre à un court questionnaire, je vous serais reconnaissante de m'envoyer un mail à solbala@hotmail.com afin que je vous transmette le questionnaire.

Les questionnaires sont anonymes et durent environ 10 minutes. Je vous remercie de n'y répondre qu'une seule fois pour ne pas fausser les résultats.

Pour toute information complémentaire, je vous laisse consulter la notice d'information ci-jointe.

Je reste également à votre disposition par mail pour toute question et vous remercie grandement par avance pour votre contribution à mon étude. Votre participation est très précieuse.

Solène BALANNEC, étudiante en 5ème année d'Orthophonie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 : solbala@hotmail.com

Mémoire encadré par Sylvie JACQUET (orthophoniste et formatrice en zoothérapie) et Sarah JEANNIN (psychologue et docteure en éthologie) : sjacquet.ortho@gmail.com ; sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche à l'Université Lyon 1, Floriane DELPHIN-COMBE et Nicolas PETIT : memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

I. Données administratives

1. Votre pratique :

- Libérale
- Institutionnelle
- Mixte

2. Année de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie (AAAA) :

3. Votre centre de formation en orthophonie :

4. Département d'exercice actuel (ex : 69) :

II. Votre pratique de la thérapie assistée par le chien

1. Pratiquez-vous la thérapie assistée par le chien dans le cadre de prises en charge de patients atteints d'une pathologie neuro-dégénérative (démence type Alzheimer ou maladie apparentée) ? :

- Oui
- Non

2. Pratiquez-vous la thérapie assistée par le chien dans le cadre d'autres types de pathologie ? :

- Oui
- Non

2bis. Si oui, lesquelles ? :

- Troubles du langage oral
- Troubles du langage écrit et/ou du graphisme
- Troubles de la cognition mathématique
- Troubles de la fluence
- Troubles des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité
- Troubles de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques)
- Troubles de la voix
- Autre. Précisez : ...

3. Depuis combien de temps pratiquez-vous avec votre/vos chien(s) ? :

- Moins d'1 an
- Entre 1 an et 2 ans
- Entre 2 ans et 3 ans
- Entre 3 ans et 4 ans
- Entre 4 ans et 5 ans
- Plus de 5 ans
- Plus de 10 ans

4. Avez-vous toujours été accompagné(e) par un chien dans votre pratique clinique ? :

- Oui
- Non

4bis. Si non, constatez-vous des changements depuis que vous travaillez avec un chien ? :

- Oui, je ressens des changements positifs surtout pour moi-même
- Oui, je ressens des changements positifs surtout pour mes patients
- Oui, je ressens des changements positifs pour mes patients et moi-même
- Oui, je ressens des changements négatifs surtout pour moi-même
- Oui, je ressens des changements négatifs surtout pour mes patients
- Oui, je ressens des changements négatifs surtout pour mes patients et moi-même
- Non, je ne ressens pas de changement particulier depuis l'arrivée de mon chien
- Autre. Précisez : ...

5. Comment avez-vous connu l'existence de la thérapie assistée par l'animal en orthophonie ? :

- Site internet
- Article/livre
- Réseau social
- Émission/reportage à la télévision ou à la radio
- Conférence
- Par l'intermédiaire d'un/d'une collègue qui pratique la thérapie assistée par l'animal
- Par l'intermédiaire d'un patient qui avait déjà bénéficié par ailleurs d'une prise en soins avec présence de l'animal
- Seul(e), en emmenant votre animal de compagnie sur votre lieu de travail
- Au cours de votre formation initiale
- Autre. Précisez : ...

**6. Qu'est-ce qui, au départ, vous a motivé(e) à pratiquer avec votre/vos chien(s) ? :
(plusieurs réponses possibles)**

- Les données de la littérature rapportant les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal auprès des patients
- La demande explicite d'un(e) patient(e)
- Les retours positifs d'un(e) collègue pratiquant la thérapie assistée par l'animal
- L'envie d'être avec votre chien sur votre lieu d'exercice (pour avoir une présence rassurante, pour ne pas le laisser seul au domicile, etc.)
- L'envie d'apporter un changement, une nouveauté à votre pratique
- Autre. Précisez : ...

7. Avez-vous suivi une/des formation(s) spécifique(s) à la thérapie assistée par l'animal ?

- Oui
- Non

7bis. Si oui, laquelle/lesquelles ? :

7ter. A quel moment et dans quel but avez-vous suivi cette/ces formation(s) ? :

- Avant de commencer à pratiquer avec votre/vos chien(s) pour découvrir la thérapie assistée par l'animal (ne sachant pas encore si vous alliez pratiquer vous-même avec votre chien)
- Avant de commencer à pratiquer avec votre/vos chien(s) pour vous informer/renseigner sur la thérapie assistée par l'animal (car vous saviez déjà que vous pratiqueriez avec votre chien)
- Après avoir commencé à pratiquer pour vous perfectionner dans votre pratique
- Avant et après avoir commencé à pratiquer pour voir différentes approches et faire évoluer votre pratique
- Autre. Précisez : ...

III. Votre/vos chien(s) :

1. Quel âge a/ont votre/vos chien(s) ? :

2. D'où est/sont issu(s) votre/vos chien(s) ? :

- Animalerie
- Elevage
- Refuge/SPA
- Association (HANDI'CHIENS, CANIDEA, FCAPI, etc.)

- Particulier
- Autre. Précisez : ...

3. Avec quelle(s) race(s) de chien pratiquez-vous ? :

4. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi de travailler avec cette/ces race(s) ? :

(plusieurs réponses possibles)

- Attirance personnelle pour la race
- Pour ses qualités relationnelles et communicationnelles
- Pour son gabarit
- Pas de choix spécifique : opportunité d'acquisition
- Autre. Précisez : ...

5. Votre chien a-t-il suivi une/des formation(s) spécifique(s) ? :

- Oui
- Non

5bis. Si oui, laquelle/lesquelles ? :

IV. La prise en soins des patients neurodégénératifs :

1. Prévenez-vous vos patients de la présence de votre/vos chien(s) lors de la prise du premier rendez-vous ?

- Oui
- Non

2. Laissez-vous la possibilité aux patients de refuser la présence de votre/vos chien(s) durant leur séance ?

- Oui
- Non

3. La plupart du temps, la réaction de vos patients à l'annonce de la présence de votre/vos chien(s) est :

- Très positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Très négative

4. Classez de 1 à 3 les principales réactions que vos patients ont quand vous annoncez la présence de votre/vos chien(s) en séance (1 représente la réaction la plus fréquente) :

- Joie
- Plaisir
- Intérêt / Curiosité
- Surprise
- Amusement
- Désintérêt
- Scepticisme
- Tristesse (ou nostalgie)
- Colère
- Peur / Dégoût

- Autre. Précisez : ...

5. Le plus souvent, quel est le rôle de votre/vos chien(s) lors des séances avec vos patients atteints de pathologie neuro-dégénérative ?

- Passif : il est présent en tant qu'élément observable, il peut entrer en interaction avec le patient, mais n'intervient pas directement dans les activités rééducatives proposées
- Semi-actif : parfois il est présent dans la pièce mais n'intervient pas directement, et parfois il participe activement aux activités rééducatives proposées
- Actif : il est mis à contribution dans les activités rééducatives proposées (rôle interventionnel)
- Autre. Précisez : ...

5bis. Si votre/vos chien(s) est/sont semi-actif(s) ou actif(s), à quelle fréquence le(s) faites-vous intervenir pour un même patient ? :

- A toutes ses séances
- A la majorité de ses séances
- A environ la moitié de ses séances
- Moins de la moitié de ses séances
- De manière occasionnelle
- Autre. Précisez : ...

6. Pour vous, quels sont les 3 principaux apports du chien au niveau comportemental pour vos patients neurodégénératifs ? : (3 réponses possibles)

- Aucun
- Renforcement de l'alliance thérapeutique
- Motivation
- Confiance en soi
- Favorisation des échanges
- Augmentation des comportements sociaux (sourires, regards, rires, etc.)
- Diminution de l'anxiété
- Diminution de l'apathie
- Diminution des comportements perturbateurs (agressivité, agitation, etc.)
- Autre. Précisez : ...

7. Pour quels axes de travail mettez-vous généralement votre/vos chien(s) à contribution ? : (Plusieurs réponses possibles)

- Stimulation de la communication verbale
- Stimulation de la communication non verbale
- Evocation lexicale
- Travail des fonctions exécutives (attention, inhibition, planification, etc.)
- Travail mnésique (réminiscence de souvenirs)
- Travail spatio-temporel
- Travail visuo-spatial
- Intégration sensorielle
- Travail de la motricité fine (graphisme) et/ou globale
- Stimulation sensorielle
- Autre. Précisez : ...

8. Décrivez une ou plusieurs activité(s) que vous avez déjà mise(s) en place avec votre/vos chien(s) dans la prise en soins de patients neurodégénératifs. Pour chaque activité, précisez quel était l'objectif thérapeutique :

9. Évaluez-vous les effets de l'intervention de votre/vos chien(s) ? :

- Oui
- Non

9bis. Si oui, comment évaluez-vous les effets de l'intervention de votre/vos chien(s) ? :

- En remplissant une grille d'évaluation comportant des objectifs prédéfinis
- En utilisant des lignes de base avant et après l'intervention (modèle issu de l'EBP)
- En prenant en compte les retours du patient et/ou de son entourage
- En vous fiant à votre expertise professionnelle (intuition de clinicien)
- Autre. Précisez : ...

V. Les limites :

1. Selon vous, la pratique de la thérapie assistée par le chien auprès de patients neurodégénératifs comporte-elle une ou plusieurs limites ? :

- Oui
- Non

1bis. Si oui, laquelle/lesquelles ? :

2. Un patient neurodégénératif (ou un membre de son entourage) a-t-il déjà refusé la présence de votre/vos chien(s) en séance ? :

- Oui
- Non

2bis. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? :

3. Avez-vous déjà dû abandonner la thérapie assistée par le chien avec un ou plusieurs de vos patients ? :

- Oui
- Non

3bis. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? :

VI. Expression libre :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose en lien avec votre pratique de la thérapie assistée par le chien auprès de vos patients neurodégénératifs que vous n'auriez pas pu exprimer dans ce questionnaire ? :

Ce questionnaire est maintenant terminé !

Je vous remercie encore grandement d'avoir consacré du temps à mon projet de fin d'études. Celui-ci ne pourrait être mené à bien sans votre participation.

Si vous acceptez de continuer à m'aider en proposant un autre questionnaire à un ou plusieurs de vos patient(s) atteint(s) de la maladie d'Alzheimer à un stade léger (troubles neurocognitifs mineurs (patient(s) autonome(s))), je vous laisse me contacter par mail : solbala@hotmail.com.

Je pourrai alors vous transmettre le questionnaire en version PDF ou vous l'envoyer en version papier pour que vous le proposiez à vos patients.

Mille mercis ! Au plaisir de se croiser quand nous serons collègues !

Solène BALANNEC, étudiante en 5ème année d'Orthophonie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 : solbala@hotmail.com

Mémoire encadré par Sylvie JACQUET (orthophoniste et formatrice en zoothérapie) et Sarah JEANNIN (psychologue et docteur en éthologie) : sjacquet.ortho@gmail.com ; sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche à l'Université Lyon 1, Floriane DELPHIN-COMBE et Nicolas PETIT : memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Annexe B : Questionnaire à destination des patients suivis en orthophonie avec thérapie assistée par le chien (Groupe 1)

Bonjour,

Je m'appelle Solène Balannec et je suis étudiante en 5^{ème} année du Certificat de Capacité d'Orthophonie.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un projet sur les différentes pratiques orthophoniques retrouvées dans la prise en soins de patients ayant des troubles neurodégénératifs. Je cherche à connaître le ressenti des patients qui sont suivis en orthophonie dans le cadre de leur maladie.

Pour m'aider à obtenir des données, je vous propose donc de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Celui-ci est anonyme et dure environ 10 minutes.

Déroulement du protocole :

- 1) L'orthophoniste imprime le questionnaire
- 2) L'orthophoniste remplit les 4 premières questions (renseignements médicaux)
- 3) Puis, il donne le questionnaire au patient afin que celui-ci puisse le remplir chez lui (aidé par une personne de son entourage si besoin)
- 4) Le patient redonne le questionnaire rempli à son orthophoniste
- 5) Quand l'orthophoniste a récupéré tous les questionnaires remplis (s'il y en a plusieurs), il me les renvoie :
 - Soit par mail (en les scannant) à **solbala@hotmail.com**
 - Soit par courrier à l'adresse : **Solène BALANNEC, 19 rue Camille Claudel 91600 Savigny sur Orge**

Pour toute information complémentaire, je vous laisse consulter la notice d'information ci-jointe. Vous pouvez également me contacter par mail (solbala@hotmail.com) ou par l'intermédiaire de votre orthophoniste.

Je vous remercie grandement par avance pour votre contribution à mon étude. Votre participation est très précieuse.

Solène BALANNEC, étudiante en 5ème année d'Orthophonie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 : solbala@hotmail.com

Mémoire encadré par Sylvie JACQUET (orthophoniste et formatrice en zoothérapie) et Sarah JEANNIN (psychologue et docteure en éthologie) : sjacquet.ortho@gmail.com ; sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche à l'Université Lyon 1, Floriane DELPHIN-COMBE et Nicolas PETIT : memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

PARTIE A REMPLIR PAR VOTRE ORTHOPHONISTE

1. **Date du diagnostic de la maladie (mois/année) :** . . /

2. **Niveau des troubles neurocognitifs du patient :**

- Troubles neurocognitifs mineurs (patient autonome)
- Troubles neurocognitifs majeurs (patient pas autonome)

3. Date de début de prise en soins orthophonique (mois/année) : . . . /

4. Nombre d'heures que le patient passe avec vous chaque semaine :

.....

PARTIE A REMPLIR PAR VOUS-MÊME (possibilité d'être accompagné(e) par quelqu'un de votre entourage)

I. Données administratives :

1. Vous êtes :

Une femme

Un homme

2. Votre année de naissance :

3. Votre niveau d'étude :

.....

4. Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ou que vous exercez actuellement ? :

.....

.....

5. Quelle est votre résidence principale ? :

Domicile familial

Résidence pour séniors (avec logement indépendant)

EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Autre.

Précisez :

.....

6. Vivez-vous actuellement avec votre conjoint(e)/époux(se) ? :

Oui

Non

II. Votre moral actuel :

Pour toutes les propositions suivantes, entourez « oui » ou « non » :

J'ai mauvais moral	Oui	Non
Je pleure souvent	Oui	Non
Je me sens souvent triste et découragé(e)	Oui	Non

Je n'ai plus plaisir à ce que j'aimais faire avant	Oui	Non
Je me fais tout le temps des reproches	Oui	Non
Je n'arrive pas à prendre des décisions	Oui	Non
J'ai la sensation de tête vide	Oui	Non
Je broie souvent du noir	Oui	Non
Je suis en permanence angoissé(e)	Oui	Non
Je pense que je suis déprimé(e)	Oui	Non

III. Votre prise en charge orthophonique :

1. Comment avez-vous (ou vos proches) trouvé votre orthophoniste ? :

- Par l'intermédiaire de votre médecin traitant ou de votre neurologue
- Par l'intermédiaire d'un membre de votre famille, d'un ami, d'une connaissance
- Sur internet
- Votre orthophoniste travaille pour le centre ou l'hôpital dans lequel vous êtes suivi
- Votre orthophoniste travaille pour l'EHPAD dans lequel vous résidez
- Autre.

Précisez :

.....

2. Lors de vos séances, votre orthophoniste a-t-il parfois recours à une ou plusieurs des méthodes suivantes ? (Pour chaque proposition, entourez « oui » ou « non ») :

La thérapie assistée par l'animal	Oui	Non
L'hypnose	Oui	Non
La sophrologie	Oui	Non
La musicothérapie	Oui	Non
L'aromathérapie	Oui	Non
Le Snoezelen (stimulation multisensorielle)	Oui	Non

3. De manière générale, avez-vous envie de vous rendre à vos séances d'orthophonie ? :

- Non jamais
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui toujours

4. Pour quelle(s) raison(s) ? :

.....

.....

.....
.....

5. Quand vous êtes en séance chez votre orthophoniste, vous vous sentez globalement
(Pour chaque proposition, entourez « Pas du tout » ou « Plutôt non » ou « Plutôt oui » ou
« Oui tout à fait ») :

De bonne humeur	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Motivé(e)	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
En progrès	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Confiant(e)	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Joyeux/se	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Anxieux/se / Stressé(e)	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Triste	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
En difficulté	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait

IV. Vous et les animaux

1. Avez-vous possédé ou possédez-vous actuellement au moins un animal de compagnie ? :

- Oui
- Non

→ Si « oui », passez à la question 2

→ Si « non », passez directement à la question 3

2. Si oui, lequel/lesquels ? (Plusieurs réponses possibles) :

- Chien
- Chat
- Poisson
- Oiseau
- Rongeur (lapin, hamster, cochon d'Inde)
- Autre.

Précisez :
.....

3. Avant de connaître votre orthophoniste, saviez-vous que la thérapie assistée par l'animal pouvait être pratiquée en orthophonie ? :

- Oui
- Non

4. En contactant votre orthophoniste actuel, saviez-vous qu'il pratiquait la thérapie assistée par le chien ? :

- Oui
- Non

→ Si « oui », passez à la question 5

→ Si « non », passez directement à la question 6

5. Si oui, l'avez-vous choisi pour cette raison ? :

- Oui
- Non pas particulièrement

6. Quand vous avez su que votre orthophoniste exerçait avec son/ses chien(s), quelle a été votre première réaction ? (Une seule réponse possible) :

- Joie
- Plaisir
- Intérêt / Curiosité
- Surprise
- Amusement
- Désintérêt
- Scepticisme
- Tristesse (ou nostalgie)
- Colère
- Peur / Dégoût
- Autre.

Précisez :
.....

7. Pensez-vous que la thérapie assistée par le chien vous apporte un ou plusieurs bénéfices dans votre prise en soins ? :

- Oui
- Non

→ Si « oui », passez à la question 8

→ Si « non », passez directement à la partie « Expression libre »

8. Si oui, lequel/lesquels ? :

.....
.....
.....
.....
.....

V. Expression libre :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose en lien avec la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie que vous n'auriez pas pu exprimer dans ce questionnaire ? :

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Fin du questionnaire :

Ce questionnaire est maintenant terminé !

Je vous remercie encore grandement d'avoir consacré du temps à mon projet de fin d'études. Celui-ci ne pourrait être mené à bien sans votre participation.

Cependant, **contrairement à ce qui a été décrit au départ, mon étude ne porte pas sur « les différentes pratiques orthophoniques retrouvées dans la prise en soins de patients ayant des troubles neurodégénératifs » mais sur « la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients ayant des troubles neurodégénératifs ».** Le véritable sujet ne vous a pas été présenté dès le départ pour ne pas influencer vos choix de réponses dans le questionnaire.

Sachant désormais que mon sujet est : « la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients ayant des troubles neurodégénératifs », **êtes-vous toujours d'accord pour que j'utilise vos précédentes réponses dans mon étude ? :**

- OUI
- NON

Pour toute question, je reste à votre disposition par mail (solbala@hotmail.com) ou par l'intermédiaire de votre orthophoniste.

Merci encore et très bonne continuation à vous,

Solène BALANNEC, étudiante en 5ème année d'Orthophonie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 : solbala@hotmail.com

Mémoire encadré par Sylvie JACQUET (orthophoniste et formatrice en zoothérapie) et Sarah JEANNIN (psychologue et docteure en éthologie) : sjacquet.ortho@gmail.com ; sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche à l'Université Lyon 1, Floriane DELPHIN-COMBE et Nicolas PETIT :

memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Annexe C : Questionnaire à destination des patients suivis en orthophonie sans thérapie assistée par le chien (Groupe 2)

Bonjour,

Je m'appelle Solène Balannec et je suis étudiante en 5^{ème} année du Certificat de Capacité d'Orthophonie.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise un projet sur les différentes pratiques orthophoniques retrouvées dans la prise en soins de patients ayant des troubles neurodégénératifs. Je cherche à connaître le ressenti des patients qui sont suivis en orthophonie dans le cadre de leur maladie.

Pour m'aider à obtenir des données, je vous propose donc de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire.

Celui-ci est anonyme et dure environ 10 minutes.

Déroulement du protocole :

- 1) L'orthophoniste imprime le questionnaire
- 2) L'orthophoniste remplit les 4 premières questions (renseignements médicaux)
- 3) Puis, il donne le questionnaire au patient afin que celui-ci puisse le remplir chez lui (aidé par une personne de son entourage si besoin)
- 4) Le patient redonne le questionnaire rempli à son orthophoniste
- 5) Quand l'orthophoniste a récupéré tous les questionnaires remplis (s'il y en a plusieurs), il me les renvoie :
 - Soit par mail (en les scannant) à **solbala@hotmail.com**
 - Soit par courrier à l'adresse : **Solène BALANNEC, 19 rue Camille Claudel 91600 Savigny sur Orge**

Pour toute information complémentaire, je vous laisse consulter la notice d'information ci-jointe. Vous pouvez également me contacter par mail (solbala@hotmail.com) ou par l'intermédiaire de votre orthophoniste.

Je vous remercie grandement par avance pour votre contribution à mon étude. Votre participation est très précieuse.

Solène BALANNEC, étudiante en 5^{ème} année d'Orthophonie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 : solbala@hotmail.com

Mémoire encadré par Sylvie JACQUET (orthophoniste et formatrice en zoothérapie) et Sarah JEANNIN (psychologue et docteure en éthologie) : sjacquet.ortho@gmail.com ; sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche à l'Université Lyon 1, Floriane DELPHIN-COMBE et Nicolas PETIT : memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

PARTIE A REMPLIR PAR VOTRE ORTHOPHONISTE

5. **Date du diagnostic de la maladie (mois/année) :** . . /

6. **Niveau des troubles neurocognitifs du patient :**

- Troubles neurocognitifs mineurs (patient autonome)
- Troubles neurocognitifs majeurs (patient pas autonome)

7. **Date de début de prise en soins orthophonique (mois/année) :** . . /

8. Nombre d'heures que le patient passe avec vous chaque semaine :

.....

PARTIE A REMPLIR PAR VOUS-MÊME (possibilité d'être accompagné(e) par quelqu'un de votre entourage)

VII. Données administratives :

7. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

8. Votre année de naissance :

9. Votre niveau d'étude :

.....

10. Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ou que vous exercez actuellement ? :

.....

11. Quelle est votre résidence principale ? :

- Domicile familial
- Résidence pour séniors (avec logement indépendant)
- EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)
- Autre. Précisez :

12. Vivez-vous actuellement avec votre conjoint(e)/époux(se) ? :

- Oui
- Non

VIII. Votre moral actuel :

Pour toutes les propositions suivantes, entourez « oui » ou « non » :

J'ai mauvais moral	Oui	Non
Je pleure souvent	Oui	Non
Je me sens souvent triste et découragé(e)	Oui	Non
Je n'ai plus plaisir à ce que j'aimais faire avant	Oui	Non
Je me fais tout le temps des reproches	Oui	Non
Je n'arrive pas à prendre des décisions	Oui	Non
J'ai la sensation de tête vide	Oui	Non
Je broie souvent du noir	Oui	Non

Je suis en permanence angoissé(e)	Oui	Non
Je pense que je suis déprimé(e)	Oui	Non

IX. Votre prise en charge orthophonique :

6. Comment avez-vous (ou vos proches) trouvé votre orthophoniste ? :

- Par l'intermédiaire de votre médecin traitant ou de votre neurologue
- Par l'intermédiaire d'un membre de votre famille, d'un ami, d'une connaissance
- Sur internet
- Votre orthophoniste travaille pour le centre ou l'hôpital dans lequel vous êtes suivi
- Votre orthophoniste travaille pour l'EHPAD dans lequel vous résidez
- Autre. Précisez :

7. Lors de vos séances, votre orthophoniste a-t-il parfois recours à une ou plusieurs des méthodes suivantes ? (Pour chaque proposition, entourez « oui » ou « non ») :

La thérapie assistée par l'animal	Oui	Non
L'hypnose	Oui	Non
La sophrologie	Oui	Non
La musicothérapie	Oui	Non
L'aromathérapie	Oui	Non
Le Snoezelen (stimulation multisensorielle)	Oui	Non

8. De manière générale, avez-vous envie de vous rendre à vos séances d'orthophonie ? :

- Non jamais
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui toujours

9. Pour quelle(s) raison(s) ? :

.....

.....

.....

.....

10. Quand vous êtes en séance chez votre orthophoniste, vous vous sentez globalement (Pour chaque proposition, entourez « Pas du tout » ou « Plutôt non » ou « Plutôt oui » ou « Oui tout à fait ») :

De bonne humeur	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Motivé(e)	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait

En progrès	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Confiant(e)	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Joyeux/se	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Anxieux/se / Stressé(e)	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
Triste	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait
En difficulté	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Oui tout à fait

X. Vous et les animaux

9. Avez-vous possédé ou possédez-vous actuellement au moins un animal de compagnie ? :

- Oui
 Non

→ Si « oui », passez à la question 2

→ Si « non », passez directement à la question 3

10. Si oui, lequel/lesquels ? (Plusieurs réponses possibles) :

- Chien
 Chat
 Poisson
 Oiseau
 Rongeur (lapin, hamster, cochon d'Inde)
 Autre. Précisez :

11. Savez-vous que la thérapie assistée par l'animal peut être pratiquée en orthophonie ? :

- Oui
 Non

12. Si votre orthophoniste vous proposait de faire intervenir un chien dans vos séances, quelle serait votre première réaction ? (Une seule réponse possible) :

- Joie
 Plaisir
 Intérêt / Curiosité
 Surprise
 Amusement
 Désintérêt
 Scepticisme
 Tristesse (ou nostalgie)

- Colère
- Peur / Dégoût
- Autre. Précisez :

13. Pensez-vous que la thérapie assistée par le chien pourrait apporter un ou plusieurs bénéfices(s) dans votre prise en soins orthophonique ? :

- Oui
- Non

→ Si « oui », passez à la question 6

→ Si « non », passez directement à la partie « Expression libre »

14. Si oui, lequel/lesquels ? :

.....

.....

.....

.....

.....

XI. Expression libre

Souhaitez-vous ajouter quelque chose en lien avec la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie que vous n'auriez pas pu exprimer dans ce questionnaire ? :

.....

.....

.....

.....

.....

XII. Fin du questionnaire :

Ce questionnaire est maintenant terminé !

Je vous remercie encore grandement d'avoir consacré du temps à mon projet de fin d'études. Celui-ci ne pourrait être mené à bien sans votre participation.

Cependant, **contrairement à ce qui a été décrit au départ, mon étude ne porte pas sur « les différentes pratiques orthophoniques retrouvées dans la prise en soins de patients ayant des troubles neurodégénératifs » mais sur « la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients ayant des troubles neurodégénératifs ».** Le véritable sujet ne vous a pas été présenté dès le départ pour ne pas influencer vos choix de réponses dans le questionnaire.

Sachant désormais que mon sujet est : « la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients ayant des troubles neurodégénératifs », **êtes-vous toujours d'accord pour que j'utilise vos précédentes réponses dans mon étude ? :**

- OUI**
- NON**

Pour toute question, je reste à votre disposition par mail (solbala@hotmail.com) ou par l'intermédiaire de votre orthophoniste.

Merci encore et très bonne continuation à vous,

Solène BALANNEC, étudiante en 5ème année d'Orthophonie à l'Université Claude Bernard Lyon 1 : solbala@hotmail.com

Mémoire encadré par Sylvie JACQUET (orthophoniste et formatrice en zoothérapie) et Sarah JEANNIN (psychologue et docteur en éthologie) : sjacquet.ortho@gmail.com ; sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche à l'Université Lyon 1, Floriane DELPHIN-COMBE et Nicolas PETIT : memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Annexe D : Notice d'information présentée aux orthophonistes

Directrices du mémoire :

JACQUET Sylvie, orthophoniste clinicienne et zoothérapeute :

sjacquet.ortho@gmail.com

JEANNIN Sarah, psychologue clinicienne et docteure en éthologie :

sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche :

DELPHIN-COMBE Floriane, neuropsychologue clinicienne et chercheuse

PETIT Nicolas, orthophoniste clinicien et chercheur

memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Etudiante : BALANNEC Solène, étudiant en Master 2 Orthophonie – Institut des Sciences et

Techniques de Réadaptation, UCBLyon 1 : solbala@hotmail.com. 06 64 67 39 36.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'études d'orthophonie, nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur la thérapie assistée par le chien auprès de patients atteints de démence type Alzheimer à un stade léger.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez également décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle à la responsable de l'étude (la Directrice de Mémoire, Sylvie Jacquet) ou à la personne recueillant les données (l'étudiante, Solène Balannec).

Buts de l'étude :

Cette étude prévoit de faire un état des lieux de la thérapie assistée par le chien pratiquée en orthophonie auprès de patients atteints de démence type Alzheimer à un stade léger. En effet, de nombreux orthophonistes recourent à la thérapie assistée par le chien dans le cadre de la prise en soins de patients neurodégénératifs et nous souhaiterions rendre compte de leurs différentes pratiques : motivations, objectifs thérapeutiques, axes de travail, activités proposées, rôles des animaux dans les prises en charge.

Déroulement de l'étude :

Diffusion de questionnaires sur Google Forms (passation de 10 minutes). Lien :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSci-ZSvPuWSUfyBg-x1PzXP67TtDwMv8fhWbzheRkjF771a6Q/viewform?usp=sf_link

Frais : Votre collaboration à cette étude n'entraînera pas de participation financière.

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 bénéficierez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable de l'étude (Sylvie Jacquet, la Directrice du Mémoire). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé(e) des résultats globaux de ce mémoire en juin 2021, en contactant par mail l'étudiante (solbala@hotmail.com). Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Bénéfices potentiels : Cette étude permettra de mieux cerner l'état actuel de la pratique de la thérapie assistée par le chien en orthophonie auprès de patients atteints de démence type Alzheimer à un stade léger. Elle fera le lien entre les données présentes dans la littérature et la réalité clinique.

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

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information et pour votre précieuse participation à cette étude !

Nous vous remercions également de ne répondre qu'une seule fois à ce questionnaire pour ne pas fausser les données recueillies.

Annexe E : Notice d'information présentée aux patients

Directrices du mémoire :

JACQUET Sylvie, orthophoniste clinicienne et zoothérapeute :

sjacquet.ortho@gmail.com

JEANNIN Sarah, psychologue clinicienne et docteure en éthologie :

sarah.jeannin@gmail.com

Responsables recherche :

DELPHIN-COMBE Floriane, neuropsychologue clinicienne et chercheuse

PETIT Nicolas, orthophoniste clinicien et chercheur

memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Etudiante : BALANNEC Solène, étudiant en Master 2 Orthophonie – Institut des Sciences et

Techniques de Réadaptation, UCBLyon 1 : solbala@hotmail.com. 06 64 67 39 36.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'études d'orthophonie, nous vous proposons de participer de façon volontaire à un recueil de données sur les différentes pratiques orthophoniques retrouvées dans la prise en charge de patients atteints de démence type Alzheimer.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez également décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre toutes les informations présentées ici, réfléchir à votre participation, et poser toute question éventuelle à la responsable de l'étude (la Directrice de Mémoire, Sylvie Jacquet) ou à la personne recueillant les données (l'étudiante, Solène Balannec).

Buts de l'étude :

Cette étude prévoit de faire un état des lieux des différentes pratiques orthophoniques retrouvées dans la prise en soins de patients atteints de démence type Alzheimer.

Déroulement de l'étude :

Diffusion de questionnaires papiers. Pour chaque patient, il faudrait que l'orthophoniste

:

- 1) Imprime le questionnaire
- 2) Remplisse lui-même les 4 premières questions (renseignements médicaux)
- 3) Puis, donne le questionnaire au patient afin que celui-ci puisse le remplir chez lui (aidé par une personne de son entourage si besoin)
- 4) Lui demande de lui ramener le questionnaire au cabinet une fois celui-ci rempli
- 5) Quand l'orthophoniste aura récupéré tous les questionnaires remplis (s'il y en a plusieurs), il peut me les renvoyer :

- Soit par mail (en les scannant) à solbala@hotmail.com

- Soit par courrier à l'adresse : **Solène BALANNEC, 19 rue Camille Claudel 91600 Savigny sur Orge**

Frais : Votre collaboration à cette étude n'entraînera pas de participation financière.

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 bénéficierez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès du responsable de l'étude (Sylvie Jacquet, la Directrice du Mémoire). La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »).

Vous pouvez formuler la demande d'être informé(e) des résultats globaux de ce mémoire en juin 2021, en contactant par mail l'étudiante (solbala@hotmail.com).

Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

Bénéfices potentiels : Cette étude permettra de mieux cerner l'état actuel de la pratique orthophonique auprès de patients atteints de démence type Alzheimer. Elle fera le lien entre les données présentes dans la littérature et la réalité clinique.

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

Nous vous remercions pour la lecture de cette notice d'information et pour votre précieuse participation à cette étude !

Nous vous remercions également de ne répondre qu'une seule fois à ce questionnaire pour ne pas fausser les données recueillies.