

I) Introduction générale

II) Première partie : recherches théoriques

1- UNE HISTOIRE DE RELATIONS	5
<i>1.1 L'Homme et l'animal</i>	5
<i>1.2 L'Homme et le chien</i>	6
<i>1.3 Communiquer pour cohabiter</i>	7
<i>1.4 Le média du jeu</i>	9
<i>1.5 L'animal et l'enfant</i>	10
2- L'ANIMAL DANS LE SOIN	10
<i>2.1. Histoire</i>	10
<i>2.2. Questions de terminologie</i>	11
<i>2.3. Les formations</i>	13
<i>2.4. Les thérapeutes pouvant utiliser un animal médiateur</i>	14
<i>2.5. Espèce choisie</i>	17
<i>2.6. Les pathologies</i>	19
<i>2.7. Les lieux de pratique</i>	19
3- APPORTS DE LA MEDIATION PAR L'ANIMAL DANS LA THERAPIE LOGOPEDIQUE	21
<i>3. 1. L'intelligence naturaliste</i>	21
<i>3. 2. Médiation active / médiation passive</i>	22
<i>3. 3. Canaux de communication à exploiter en rééducation logopédique</i>	23
<i>3. 4. Relation triangulaire</i>	24
<i>3. 5. Le chien, stimulateur oculaire</i>	26
<i>3. 6. Le chien, objet d'inattention ?</i>	26
<i>3. 7. Distributeur de bien être...</i>	27
4-DEMENCES TYPE ALZHEIMER (DTA), LOGOPEDIE ET MEDIATION ANIMALE	27
<i>4.1. Les démences</i>	27
<i>4.2. La maladie d'Alzheimer et les DTA</i>	28
<i>4.3. Les atteintes relatives à la DTA</i>	29
<i>4.4. Les méthodes « classiques » de prise en charge</i>	35
<i>4.5. Apports de la médiation animale sur le patient présentant une DTA</i>	37

5- LIMITES DE LA MEDIATION ANIMALE	40
---	-----------

<i>5.1. Pour l'animal</i>	40
---------------------------	-----------

<i>5.2. Pour les patients</i>	41
-------------------------------	-----------

III) Seconde partie: expérimentation pratique

1- PRESENTATION DU PROJET	43
----------------------------------	-----------

<i>1.1. L'institution</i>	43
---------------------------	-----------

<i>1.2. Le chien médiateur</i>	44
--------------------------------	-----------

<i>1.3. Présentation du projet</i>	46
------------------------------------	-----------

2- EXPERIMENTATION	48
---------------------------	-----------

<i>2.1. Protocole</i>	48
-----------------------	-----------

<i>2.2. Les patients</i>	52
--------------------------	-----------

<i>2.3. Grilles d'observation</i>	54
-----------------------------------	-----------

<i>2.4. Résultats de l'étude</i>	58
----------------------------------	-----------

3- OBSERVATION ET CAS CLINIQUE	63
---------------------------------------	-----------

<i>3.1. Cas clinique de Madame V.</i>	64
---------------------------------------	-----------

<i>3.2. Organisation des séances</i>	67
--------------------------------------	-----------

<i>3.3. Création de matériel et axes thérapeutiques</i>	68
---	-----------

4- DISCUSSION ET CONCLUSION.	72
-------------------------------------	-----------

IV) Conclusion générale

V) Bibliographie

VI) Annexes

I) Introduction générale

Compagnons, confidents, et auxiliaires sont des rôles que portent les chiens auprès des hommes depuis le début de l'humanité. Ayant toujours vécu au contact d'animaux et en particulier de chiens, j'ai au fil du temps pu prendre conscience des bienfaits de leur présence dans ma vie. Travailler à leurs côtés était un véritable rêve d'enfant. C'est en voyant se multiplier les expériences de médiation animale, que l'idée d'utiliser un chien dans ma pratique de la logopédie et de l'expérimenter dans le cadre de ce travail de fin d'études a pris naissance.

Ainsi, après avoir rencontré de belles opportunités, ce mémoire s'est progressivement mis en place et centré autour d'une question principale : quelles étaient les conséquences de la présence d'un chien médiateur sur la communication de patients atteints de démence type Alzheimer à un stade sévère.

Il s'agissait d'une population particulièrement adaptée à ce type de sujet, dans la mesure où les participants présentaient de fortes altérations communicationnelles mais pour lesquels d'importantes ressources étaient encore espérées par les équipes pluridisciplinaires. Cela représentait donc un défi logopédique mais aussi plus largement 'humain', face à une pathologie de plus en plus présente dans nos sociétés et nécessitant une prise en charge la plus adaptée possible.

Nous avons comme hypothèse que le chien, par sa présence bienveillante déliait la parole et plus généralement la communication de ces personnes, souvent bien isolées. Dans le but d'objectiver cela, deux expériences ont été organisées, l'une sans chien, l'autre avec chien, afin de proposer une étude comparative portant sur vingt-quatre critères communicationnels sélectionnés.

Nous présenterons dans une première partie l'état actuel des recherches en médiation animale et les grandes théories rencontrées dans la littérature concernant l'histoire commune à l'homme et au chien, l'animal dans le soin, les possibilités de la médiation animale en logopédie, les applications de médiation dans les démences type Alzheimer et enfin les limites de cette pratique. Dans une seconde partie, nous développerons l'expérimentation menée dans

ce travail, en détaillant le choix des patients, de la méthodologie, le profil d'Oscar chien médiateur et les résultats obtenus.

Nous vous souhaitons autant de plaisir à lire ce travail que ce que nous en avons vécu à le réaliser.



Un extraordinaire moment dans la triangulation thérapeutique, et de grande tendresse.

II) Première partie : recherches théoriques

1- UNE HISTOIRE DE RELATIONS

1.1 L'Homme et l'animal

Dès la préhistoire, l'animal occupe une place capitale dans la vie des premiers hommes. Les gros animaux, chassés et consommés, représentent des proies dont dépend la vie des chasseurs cueilleurs. Très rapidement ces animaux, capturés et élevés, permettent la sédentarisation de l'homme. L'histoire de la domestication est donc étroitement liée à celle de l'humanité. Ces animaux, « domestiques » en ce qu'ils étaient proches du « domus » (maison) sont pour la plupart aujourd'hui devenus animaux « de compagnie ».

Les rapports aux animaux, très variables entre les différentes civilisations, sont fortement transformés par les modifications sociales actuelles. Selon André Micoud, cité par Jérôme Michalon (2010), « dans nos sociétés industrialisées, l'opposition symbolique sauvage/domestique est en train de voler en éclats. [...] A l'ancienne (et toujours persistante) représentation qui distribue les animaux selon une opposition spatiale : sauvage (de la forêt) et domestique (de la maison), est en train de se superposer une autre opposition structurante [...] qui n'est pas spatiale mais biologique et elle distribue les animaux selon que le « vivant » qui est en eux, est/soit considéré comme de la matière (pôle « vivant-matière »), soit quelque chose qu'ils ont en commun avec les humains, la sensibilité, l'individualité, le fait qu'ils soient des organismes vivants disposant d'une relative autonomie, etc., (pôle vivant-personne »). (Voir annexe 1). Alors que ces catégories étaient autrefois bien distinctes, leurs frontières sont aujourd'hui fragiles. En effet, une même espèce peut désormais appartenir à plusieurs catégories, comme par exemple le lapin ou la souris. C'est ici aux animaux du pôle « vivant-personne » que nous nous intéresserons, dans la mesure où ils entretiennent avec l'homme des relations privilégiées.

Ces animaux de compagnie représentent une catégorie en pleine mutation. Leur statut juridique de « bien meuble » établi en France avec le Code Pénal a été modifié en 2014 au

profit de celui d' « être vivant doué de sensibilité ». Cette même problématique continue de soulever un débat houleux en Belgique. Cela va de pair avec le fait que les animaux occupent une place sociale et économique très importante : en Belgique en 2008, un ménage sur cinq est propriétaire d'au moins un chien et un sur quatre d'au moins un chat (ce qui a engendré plus de 950 millions d'euros dépensés au total sur cette seule année) (Belgian Federal Government, 2010) ; deux foyers français sur trois possédaient également un animal en 2013 (Ministère français de l'agriculture, 2013). D'autre part, s'y rattachent des espèces de plus en plus variées, comme le montre par exemple le phénomène des « NACS » (Nouveaux Animaux de Compagnie) qui regroupe des espèces telles que les fennecs, les pythons, les geckos ou encore les escargots de Bourgogne... ! L'homme ressent donc le besoin de faire entrer dans son environnement proche des espèces nouvelles, considérées jusqu'alors comme sauvages, voire dangereuses. Ces dernières ont rapidement été associées à des connotations particulières et certains groupes sociaux ont pu s'en servir de figure de proue, montrant ainsi la valeur culturelle associée aux animaux : c'est ce que l'on retrouve par exemple dans les expressions idiomatiques du « punk à chien » ou du « chien-chien à mémère ».

1.2 L'Homme et le chien

Le chien est le plus ancien animal domestique, dont les premiers spécimens auraient été domestiqués dès le néolithique : les scientifiques s'accordent généralement pour parler de -17 000 ans en Eurasie, mais des recherches récentes parlent de -30 000 ans en Sibérie (Vigne, 2013). Alors que nous pouvons supposer que ces chiens se contentaient au départ de se nourrir des restes de chasse, l'homme repère rapidement que ceux-ci peuvent devenir précieux auxiliaires de chasse, protecteurs de campement ou gardiens de troupeaux. Nous pouvons donc noter que dès sa domestication, le chien devient un auxiliaire de l'homme avec lequel il parvient à entretenir une communication réciproque.

Dans les différentes sociétés antiques, le statut de chien varie : chiens de compagnie en Egypte ancienne, chiens dressés et capables d'obéir aux ordres d'un homme en Grèce antique ou encore chiens vénérés et utilisés au combat comme de véritables gladiateurs à Rome. Nous pouvons noter que déjà dans les sociétés sumériennes (-3 000 ans) l'homme réalise des sélections de races pour répondre à ses besoins : dans les textes cunéiformes, on trouve le type

« mâtin » pour la défense et le type « lévrier » pour la chasse (Chiens passion, Hachette, 1996).

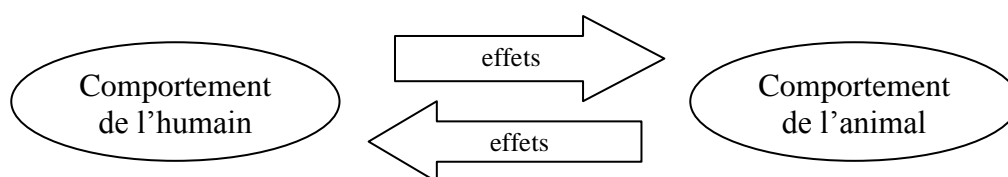
L'évolution du chien au fil du temps est tout d'abord « quantitative » : pour la seule année 2013, nous ne comptons pas moins de 156 799 chiens recensés en Belgique et le nombre de propriétaires s'étend à 16 053 037 personnes en Europe (Fédération Cynophile Internationale, 2009). Elle est aussi « qualitative » puisqu'il s'agit majoritairement de chiens de compagnie autour desquels se créent de plus en plus d'activités comme le montre la multiplication croissante du nombre de clubs canins et d'écoles du chiot ; de nouvelles disciplines voient le jour : agility, obéissance, obérythmée, flyball ou encore canicross. Le désir d'éduquer son chien est de plus en plus présent et s'accompagne d'une importante médiatisation des clubs mais aussi des éducateurs canins, vétérinaires comportementalistes et autres blogs de dressage.

D'autre part, le chien a toujours connu une place privilégiée tant comme compagnon, tel que nous l'avons vu précédemment, que comme auxiliaire de l'Homme. Alors que les progrès technologiques pourraient rendre désuète l'utilisation du chien, elle reste encore très répandue dans différents domaines. Le chien est employé en recherche utilitaire en montagne, en sauvetage en mer, pour le déminage, comme auxiliaire de police, recherche de drogue ou encore garde de troupeaux... A ces disciplines ancestrales, s'en ajoutent de nouvelles comme la médiation animale, sujet que nous allons développer dans ce mémoire.

1.3 Communiquer pour cohabiter

Si nous pouvons entretenir avec le chien une telle complicité, qui s'explique d'ailleurs pour certains auteurs comme un moyen de combler « le recul des liens sociaux traditionnels, la fragilisation des liens professionnels, l'effacement des rôles familiaux qui font que les humains modernes attachent de plus en plus de valeur à la fidélité d'un chien » (Cyrulnik, Digard, Matignon & Picq, 2004, P141), c'est grâce à la communication réciproque et multicanale que nous pouvons établir. Cette communication est aussi privilégiée dans la mesure où elle répond à une « forme communicationnelle simplifiée ». Elle se base en grande partie sur des structures élémentaires comme la joie, la peur, le stress, l'approche ou le retrait

(voir plus loin concernant les signaux d'apaisement). Cela permet donc à l'humain de pouvoir percevoir directement l'impact de son comportement sur celui de l'animal : fondements du lien social. Le squelette des interactions homme/animal est le même que celui des interactions inter humains, sans qu'il soit « obscurci » par le langage et la quantité d'informations, parfois non-significatives pour la relation (Servais, 2004). Nous pouvons alors nous concentrer sur « ce qui compte ». Cette notion représente un point central de la prise en charge logopédique avec médiation par l'animal auprès de personne présentant une DTA.



Le lien social.

Il semble évident qu'une partie de cette communication s'établit de façon spontanée dans la mesure où le chien, tout comme l'homme, est un animal social qui recherche un contact.

Mais cette communication « intuitive » peut être travaillée. Faire « éduquer », « dresser » nos animaux, comme nous en parlons ci-dessus, témoigne justement d'une envie croissante de pouvoir communiquer avec eux, même si cela peut être vu comme une humanisation de l'animal. En effet, l'homme pousse le chien à comprendre sa communication verbale et non-verbale et à savoir y répondre adéquatement. C'est ce qu'explique Cyrulnik (2004, p.211) en énonçant le fait que les animaux domestiques se transforment au contact de l'homme, y compris au niveau communicationnel. Il remarque que « les chiens aboient et les chats miaulent et ronronnent beaucoup plus en milieu humain que dans la nature ... parce qu'ils ont compris que la bouche est un canal de communication sonore que privilégient les humains ». Ainsi, c'est l'envie de communiquer du chien, sa capacité de réagir à nos signaux verbaux mais aussi non verbaux les plus subtils, que nous utiliserons lors des séances de médiation canine.

Parallèlement à cela, l'homme désire comprendre son chien et la théorie des signaux d'apaisement se fait de mieux en mieux connaître par les propriétaires. Il s'agit de

comportements communicationnels (comme se lécher le nez, détourner le regard ou cligner des yeux, voir annexes 2) que le chien adresse à ses compagnons afin de calmer les situations angoissantes pour lui. Il est intéressant de noter que le chien adresse également ces signaux à l'homme afin de lui transmettre ces mêmes informations. Il est alors primordial que le thérapeute puisse interpréter ces signaux, utilisés par son chien dans les moments d'inconfort ou de fatigue pour réagir adéquatement. Il en va aussi de la sécurité des patients, puisque ces signaux constituent la base de la prévention des morsures.

La question du langage animal reste un débat majeur. Selon Boris Cyrulnik, même si le langage en tant que double articulation n'a aucun sens chez l'animal, il est capable d'en percevoir et interpréter l'intonation. De plus, même s'il ne possède pas de langage articulé, nous savons que le chien est capable de penser et d'anticiper, par exemple lorsqu'il se rend devant la porte pour demander à sortir. Cela laisse supposer qu'il possède des représentations mentales et montre donc que la communication que nous pouvons établir n'est pas si superficielle que le prétendent certains.

1.4 Le média du jeu

Nous n'avons pas jusque là abordé la question du jeu. Il s'agit pourtant de l'une des caractéristiques essentielles des relations que nous entretenons avec les chiens. En effet, tout comme chez l'enfant, le jeu est un facteur éducatif primordial chez le chiot et qui perdure chez les individus adultes. Le jeu est donc un vecteur d'apprentissage tant dans les compétences (compter, lire chez l'enfant, chasser chez le chiot) que dans les règles sociales.

Il est marquant de voir que des jeux se mettent également en place entre l'homme et le chien. Certains d'entre eux sont élaborés, dans la mesure où ils nécessitent la mise en place d'une symbolique commune. C'est le cas par exemple du « jeu de bagarre ». Dans ce cas, les deux partis se mettent d'accord implicitement pour se « battre » sans toutefois se blesser. Il s'agit de mettre en place un jeu de « faire semblant », exemple extraordinaire d'une parfaite complicité homme-chien. C'est sur ces idées de communication réciproque, d'intelligence, de complicité et de sensibilité que se basera tout le travail de médiation.

1.5 L'animal et l'enfant

Nous entendons souvent à quel point la présence d'un animal est bénéfique aux enfants. Compagnon de jeux, confident, ami fidèle, nous pouvons également souligner l'intérêt éducatif et social que porte l'animal... En effet, avoir un animal permet très souvent à l'enfant d'intégrer puis d'extérioriser et de « pratiquer » des règles sociales qui lui sont généralement imposées. Dans ce sens nous pouvons dire que l'animal permet à l'enfant une métaréflexion (par exemple apprendre qu'il ne faut pas manger n'importe quoi, n'importe quand et pourquoi, la rigueur des sorties...). Les apprentissages, souvent imposés peuvent alors être vécus et ré expérimentés.

2- L'ANIMAL DANS LE SOIN.

Alors que peu d'ouvrages scientifiques existent dans les pays européens francophones, de plus amples études ont été entreprises en Angleterre et au Canada. D'autre part, les témoignages de professionnels mais aussi de bénévoles et un nombre croissant de mémoires d'études attestent d'un essor nouveau de la pratique !

2.1. Histoire

Très tôt dans l'histoire, des « soignants » auraient remarqué que des personnes handicapées s'apaisaient en s'occupant des animaux d'une ferme. Des expériences se retrouvent en Angleterre au dix huitième siècle, mais la littérature atteste d'observations plus anciennes.

Tandis que les expériences précédentes se concentraient sur des animaux de la ferme que les patients entretenaient, soignaient, nourrissaient, nous trouvons dans les écrits de Gabriel Viaud (1895), vétérinaire, l'utilisation des animaux de compagnie (chiens et chats) comme véritables béquilles. « Un médecin de Genève cite le cas démonstratif d'un Languedocien qui se soulageait de ses rhumatismes en les faisant passer dans les muscles de ses chiens, dont la plupart mourraient du mal qu'ils avaient soutiré à leur maître. Le fait était si connu et si frappant, que cet ingénieux malade avait été surnommé dans le pays *lou crebo tchi* (le crève chien) ». Entre croyances et témoignages, son ouvrage relate les anecdotes de patients dont la présence d'animaux a fait disparaître de nombreux maux. L'auteur nous donne une vision

idéalisée (et socialement très répandue) de l'animal, prêt à se sacrifier par amour pour son maître.

Plus tard, l'histoire célèbre de l'utilisation de chiens pour soigner les blessés de la première guerre mondiale aux Etats Unis montre l'introduction de l'animal de compagnie en milieu hospitalier. La pratique du « chien visiteur » était en marche et venait s'ajouter à celle de la « ferme thérapeutique ». Ces deux branches se retrouvent encore aujourd'hui.

Au milieu du vingtième siècle deux figures importantes de la médecine témoignent des bienfaits du chien sur leurs patients : Sigmund Freud et Boris Levinson. Le premier, amène sa chienne Jofi lors de ses consultations. Il ne tarde pas à en remarquer les effets bénéfiques sur ses patients, ainsi que sur lui-même (alors épuisé par un cancer très agressif). Lors des séances de psychanalyse, la chienne est allongée à la vue des patients, contrairement au psychanalyste. Freud a alors remarqué que cette présence sécurisait les patients, favorisait l'expression spontanée et le procédé de la libre association (*Les Chiens et leurs Humains*). Cela montre que de façon consciente ou inconsciente, le chien est perçu comme partenaire possible à l'échange et offre une oreille sécurisée grâce à son absence de jugement et son secret absolu ; c'est ce que nous utiliserons en logopédie auprès de patients DTA afin de stimuler leur communication parfois réduite jusqu'au mutisme. Le second, pédopsychiatre américain, a commencé à utiliser son chien après une découverte fortuite. Il recevait à son domicile Johnny, un jeune enfant autiste plongé dans un profond mutisme. Ce dernier, est alors reniflé par Jingles, le chien de Levinson. Un contact se crée et l'enfant se met à le caresser puis à lui parler. C'est une immense victoire et Levinson comprend que le chien peut être utilisé comme médiateur thérapeutique (*Le chien visiteur*, par J. O., 2012).

Ces différentes découvertes ont ouvert la voie à la médiation animale telle qu'elle se développe aujourd'hui.

2.2. Questions de terminologie

Le lexique concernant les activités utilisant l'animal est encore souvent sujet à discordes entre les différents auteurs, ainsi qu'entre les pays. Il est surprenant de noter que dans une importante majorité des dictionnaires, des termes comme zoothérapie ne sont pas répertoriés.

La **Zoothérapie** (de zoo- animal en latin et –thérapie traitement en grec). Alors qu'elle désignait dans sa première acception la « médecine vétérinaire », elle renvoie aujourd'hui à une « méthode thérapeutique qui utilise les animaux ou des substances d'origine animale comme médicaments » (Trésor de la Langue Française Informatisé). De cette base commune, se décline un certain nombre de termes spécifiques à l'espèce employée, comme par exemple :

- Canithérapie (de canis signifiant chien en latin) ou cynothérapie (cyno- de kunos signifiant chien en grec ancien) (Larousse, 2000).
- Equithérapie (d'equus signifiant cheval en latin) ou hippothérapie (de hippos signifiant cheval en grec ancien) (Larousse, 2000).
- Delphinothérapie (du latin delphinus signifiant dauphin) (Larousse, 2000).

Ces dénominations font débat puisque, en effet, une personne ayant suivi une formation en zoothérapie pourra accéder au titre de zoothérapeute, sans toutefois être thérapeute de profession. Les confusions sont aisées et il faudra viser la plus grande rigueur.

Les **AAA** : Activités Associant l'Animal. Cette terminologie, très largement utilisée est généralement préférée à celle de zoothérapie. Elle est définie par le GRETFA [Groupe de REcherche sur la Thérapie Facilitée par l'Animal] comme : « associée à une intentionnalité : celle d'associer l'animal à un projet professionnel et/ou une compétence spécifique. Cette intentionnalité va s'accompagner d'un projet, de garanties de formation, d'une méthode (...) ». Les AAA se divisent en différents sous-groupes :

- Animation : AAA-A (par exemple visites en maison de repos, promenades avec un chien visiteur).
- Education : AAA-E (par exemple interventions de prévention contre les morsures dans les écoles).
- Social : AAA-S (par exemple visites dans les prisons et projets de réinsertion sociale).
- Thérapie : AAA-T et recherche AAA-R. Autrefois appelée « thérapie assistée par l'animal » (TAA) ou « thérapie facilitée par l'animal » (TFA), elle consiste à utiliser l'animal comme médiateur dans la prise en charge de patients. Elle est définie par l'AFIRAC (cité par Trivellin, 2003) comme « l'intervention contrôlée de l'animal dans l'accompagnement de différentes pathologies et l'intégration de la relation homme-animal dans un programme thérapeutique ». C'est à ce dernier

aspect que nous nous intéresserons dans ce travail, en ciblant la prise en charge sur la logopédie.

Enfin, le terme de « **médiation animale** », plus récent, est souvent utilisé pour désigner les AAA telles que nous venons de les définir.

Toutes ces notions sont reprises dans l'expression IAA « **interventions assistées par l'animal** » (voir annexes 3).

2.3. Les formations

Il semble primordial pour la sécurité des patients mais aussi des animaux et des différents intervenants que les activités se déroulent dans un cadre adapté. Pour ce faire l'intervenant en médiation animale doit être formé. Les formations, diverses et variées, dépendent du type de projet et de la forme d'IAA envisagés.

Deux types de formation y donnent principalement accès :

- Les formations dispensées par des organismes spécialisés, tels que l'association Activ'Dog à Genval ou encore l'Institut Français de Zoothérapie. Ces formations s'adressent tant à des professionnels de la santé (qui seront thérapeutes avec utilisation d'un chien médiateur dans leur pratique), de l'éducation (qui seront animateur en AAA) qu'à des bénévoles qui réaliseront cela en dehors de toute activité professionnelle. Ce type de parcours permet généralement la formation de l'intervenant, la pratique de stages encadrés mais également un test comportemental du chien.
- Les Diplômes Universitaires, tels que le DU RAMA (Diplôme Universitaire en Relation d'Aide par la Médiation Animale proposé par la faculté de médecine de Clermont-Ferrand en France). La formation, ouverte aux personnes ayant déjà une expérience dans les domaines médical, social ou vétérinaire, donne un titre d'intervenant en médiation animale

Quelle que soit la formation choisie, une bonne connaissance du comportement animal est indispensable. Posséder son monitorat canin est un avantage indéniable pour utiliser le chien comme animal médiateur.

En ce qui concerne les AAA-T, faisant l'objet de ce mémoire, l'intervenant en médiation animale est un thérapeute. Il a donc déjà un métier, généralement appartenant aux secteurs médical, paramédical ou social.

Afin de proposer des interventions de qualité dans le cadre de notre expérimentation, une formation en médiation canine a été suivie auprès de l'ASBL Activ'Dog en août 2014 afin de compléter le parcours en logopédie.

2.4. Les thérapeutes pouvant utiliser un animal médiateur

Comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation d'un chien médiateur peut s'adresser à différents secteurs d'activités. Nous ne détaillerons ici que les personnels soignants. Bien que ce mémoire se centre sur la logopédie assistée par animal, il semble intéressant d'élargir le sujet aux professionnels de la santé avec lesquels le logopède peut être amené à travailler en équipe.

- Les infirmiers

Ils ont fait partie des premiers soignants à utiliser le chien et à l'introduire dans des hôpitaux ou structures de soins. Florence Nightingale est une pionnière de la pratique (Le Clos de Ganou, 2008). Durant la guerre de Crimée (milieu du XIX^{ème} siècle), cette infirmière se rend compte que la présence d'animaux en milieu hospitalier favorise la récupération des patients et diminue leur anxiété suite à quoi elle décide d'introduire une tortue-résidente.

En France, la pratique a connu un large essor, grâce à des mesures comme la modification de la loi sur l'introduction de l'animal en milieu hospitalier. En effet, le 21 mai 2003, l'article 47 du décret n°74-27 datant du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et interdisant la présence des animaux dans l'enceinte des structures hospitalières est abrogé, sans fixer de nouvelle réglementation. Il en va de

même en Belgique où aucune loi ne précise le statut de l'animal en milieu de soins. Cette fausse ouverture (puisque sans être interdit, l'animal n'est pas officiellement autorisé !) a pourtant favorisé les projets et nous trouvons à l'heure actuelle de plus en plus de témoignages d'infirmiers utilisant l'animal dans leur pratique. La visite de l'infirmier, souvent associée à une souffrance physique ou psychologique est mieux acceptée en présence du chien comme en témoignent dans leurs écrits Eric Trivellin ou Caroline Gaultier, infirmiers utilisant leurs chiens dans leur pratique thérapeutique.

D'autre part, différentes études affirment les bienfaits de l'animal sur la santé humaine :

- ✓ Les problèmes de santé mineurs seraient réduits de 50% chez les possesseurs d'animaux, étude du docteur Serpeil- Université de Cambridge (cité par Trivellin, 2013).
- ✓ Une diminution de la pression sanguine et du rythme cardiaque auraient été observées chez les personnes contemplant un animal, étude menée par les Docteurs A. Katcher, H. Segal et A. Beck (cités par Trivellin, 2013).
- ✓ Enfin, des études ont montré une diminution des taux de cholestérol, des triglycérides et de la pression artérielle chez des individus au contact de l'animal, d'après Australie, 1995 (cité par Trivellin, 2013).

- **Les psychiatres et psychologues.**

L'utilisation de l'animal dans les soins psychiatriques a été lancée, comme nous l'avons vu précédemment, par Sigmund Freud et Boris Levinson.

Depuis, de nombreux cliniciens y ont eu recours dans les thérapies, en particulier dans les traitements de l'autisme, des troubles envahissants du développement, des troubles du comportement, des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité ou encore des troubles de l'attachement. Peu de documentation scientifique est disponible, mais, la revue spécialisée ANAE a publié en 2012 un article intitulé « La médiation équine en psychiatrie infantile-juvénile. D'un état des lieux à une étude d'évaluation clinique » (Ansorge & Sudres, 2012, pp. 147 à 154). Les auteurs y relatent les bénéfices observés sur 23 enfants français accueillis en hôpitaux de jour, après un, deux ou trois ans de médiation équine. Sur les 50 objectifs (stéréotypies, angoisse, équilibre, latéralité, acquisitions nouvelles, motivation...) de

l'intervention, seuls 3 n'ont pas fait l'objet d'une amélioration, 11 n'ont pas fait l'objet d'amélioration significative et 36 ont été significativement améliorés, illustrant donc de belles possibilités.

D'autre part, il a été prouvé dans différentes études que la présence d'un animal aidait à réduire le stress quotidien, d'après le professeur Reynhold Bergier- université de Bonn et jouait également un rôle d'antidépresseur naturel, étude menée par le Docteur Karen Allen de l'Université de l'Etat de New York (cités par Trivellin, 2013).

- **Les kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes**

C'est peut-être au niveau de la rééducation psychomotrice que les bienfaits de l'utilisation d'un animal sont les plus évidents. Il convient alors bien sûr de distinguer les séances de thérapie des séances de sport ou de loisir.

Cette thérapie avec médiation animale s'adresse généralement aux personnes présentant un handicap moteur, associé ou non à une déficience intellectuelle (personnes IMC ou autistes par exemple), lors des prises en charge d'AVC ou encore auprès de personnes âgées dans le maintien des aptitudes motrices.

Le cheval est l'animal le plus utilisé en rééducation psychomotrice. La monte permettrait de réaliser de façon passive de nombreux mouvements, y compris relatifs à la marche, que les patients ne parviendraient pas à réaliser activement. Les muscles seraient alors stimulés sans toutefois demander un effort trop important au patient ni le mettre en difficulté. Les chiens, principalement de grande taille peuvent également être utilisés. La mise en place d'un harnais à poignée (type harnais pour chien guide) permet par exemple au patient de s'exercer à la marche tout en se tenant au chien. Le patient sera alors sécurisé par la présence de l'animal. Il est évident que dans ce cas, le chien doit être parfaitement dressé pour ne pas blesser ou faire tomber le patient.

Les exemples d'exercices sont nombreux (tirés du site PEA- Zoothérapie) :

- ✓ Parcours psychomoteur en tenant un animal
- ✓ Différents exercices de visée

- ✓ Motricité fine : laver et brosser le chien
- ✓ Stimulation plantaire
- ✓ Relaxation avec le chien
- ✓ Activités en groupe avec un ballon.

- **Les logopèdes**

Ce sujet étant le centre du travail, il sera développé en détail dans la partie suivante.

2.5. *Espèce choisie*

Il est évident que si l'animal devient médiateur indispensable des TAA, il n'en est, en aucune façon, thérapeute. Pour citer François Beiger, fondateur de l'Institut Français de Zoothérapie : « J'attire l'attention sur un point extrêmement important ... l'animal n'est pas un médicament, l'animal n'est pas un thérapeute, l'animal est un médiateur ». Les espèces utilisées sont diverses et il faut sélectionner celle la mieux adaptée au projet (voir Annexe 4).

- **Les chiens**

Comme vu en première partie, le chien est un animal très proche de l'homme et extrêmement présent dans nos foyers. Il est donc particulièrement bienvenu de l'utiliser dans les TAA puisqu'une grande majorité des patients en ont possédé ou côtoyé durant leur vie. C'est un point important de la prise en charge logopédique assistée par l'animal puisque cela favorisera et facilitera les réminiscences, la mémoire affective et la communication autour de souvenirs. Il pourra être choisi des chiens de différentes tailles. Les petits chiens (par exemple le caniche, le cavalier king Charles, le Shetland ou le teckel) sont plus légers et peuvent être mis sur les genoux des patients ou sur les lits des personnes alitées. Les grands chiens (avec le labrador et le golden retriever comme icônes du chien médiateur, mais aussi le leonberg ou le Terre Neuve) offrent généralement une image sécurisante par leur calme et leur douceur. Ils peuvent toutefois impressionner certains patients. Dans le cadre de ce travail, la partie pratique traitera de l'utilisation d'un jeune berger des Shetland dans un service pour personnes DTA.

- Les chevaux

Majoritairement utilisés pour les rééducations psychomotrices, les effets auprès de personnes autistes se sont également montrés très positifs. Le titre d' « équicien » a même été reconnu en France, en janvier 2014 par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle (CNCP). Il est défini par Isabelle Claude (présidente de la fédération Handi Cheval) comme « un métier transdisciplinaire qui rassemble sous une seule identité professionnelle des compétences médico-sociales et équines et qui répond à un prescripteur (...) issu du soin » (citée dans le Blog de la Médiation Animale). Ces initiatives marquent l'ampleur croissante des pratiques et le désir d'institutionnaliser.

- Les chats

Ils sont moins souvent employés en raison de leur caractère plus indépendant. Cependant il arrive que des chats, sélectionnés, soient très coopératifs. Le magazine 30 Millions d'Amis avait même relaté (il y a plusieurs années) le cas d'un chat résident d'hôpital accompagnant les personnes dans leurs derniers moments de vie.

- Les dauphins

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, des expériences ont été menées avec l'utilisation de dauphins. Ces situations, couteuses et difficiles à mettre en place de par la nécessité d'importantes structures (delphinarium) sont peu développées. Les ultrasons produits par les dauphins procureraient de nombreux bénéfices sur la santé humaine tels que la diminution du stress et l'amélioration de la disponibilité et de la motivation face aux apprentissages. Birch rédige en 1996 un modèle neurophysiologique de la delphinothérapie. Cependant ces hypothèses sont largement controversées et la documentation scientifique reste rare.

- Les NACS

Seront principalement utilisés en médiation les rongeurs (rat, furet, lapin, gerbille ou cochon d'Inde) et les oiseaux (perroquet et perruche). Ils offrent certains avantages dans la mesure où ils sont généralement de petite taille et sont faciles à transporter, porter et manipuler. Ils restent cependant moins dociles, sont plus allergènes et les phobies à leur égard sont plus répandues. Ils font de parfaits animaux « communautaires », c'est-à-dire des animaux vivant dans l'institution (en cage) et dont les résidents doivent s'occuper. Le fait de nourrir et soigner les animaux responsabilise et revalorise les résidents. Cela permet, si les

personnes le souhaitent, de rétablir un ordre socialement valorisé : celui d'être actif. En effet, le soin, devenu passif pour les patients dans leur quotidien redevient actif auprès des animaux. Les personnes peuvent ainsi se réapproprier les situations vécues.

2.6. Les pathologies

La médiation animale est une méthode alternative, pouvant parfaitement venir compléter les thérapies classiques. Ne sont ici présentées que les pathologies relatives à une prise en charge logopédique et pour lesquelles des animaux ont déjà été utilisés.

- Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA- TDAH)
- Dysphasie
- Surdité
- Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et troubles envahissants du développement
- Déficience intellectuelle (personnes IMC, syndrome de Down)
- Démences type Alzheimer (DTA)
- Aphasie

2.7. Les lieux de pratique

Les lieux dans lesquels les IAA peuvent se pratiquer sont nombreux : **les écoles** et **centres de loisirs**, où le chien est au cœur d'activités ludiques et sportives ; des interventions de préventions contre les morsures peuvent aussi être proposées, bien que les formalités administratives soient complexes et nombreuses. **En milieu carcéral** où le chien est outil vers la revalorisation de l'individu et sa réinsertion sociale. Comme en témoigne alors Emmanuel Doumalin, animateur, dans un reportage diffusé sur France 3 en 2011 « l'animal permet de délier la parole, de s'exprimer (...) et c'est aussi un moment d'émotion fort ». Le projet mené dans cette prison avait pour objectif de sortir les détenus de l'isolement et selon le directeur adjoint de l'établissement, « les retours sont extrêmement positifs ». Mais nous pouvons également rencontrer des animaux visiteurs pratiquant des IAA dans **les centres de soins**.

Les TAA auxquelles nous nous intéressons ici, se réalisent dans les milieux soignants dans la mesure où elles sont « thérapeutiques » et réalisées par un professionnel de la santé. Les principales institutions sont **les hôpitaux** (hôpitaux de jour, hôpitaux courts et longs séjours et hôpitaux psychiatriques), **les maisons de repos et maisons de repos et soins** (MR/MRS), **les cabinets indépendants** et **les institutions spécialisées**.

Le chien peut alors posséder différents statuts que nous résumerons comme suit :

- ✓ Chien visiteur : il appartient à une personne extérieure à l'institution et se rend dans celle-ci en présence de son maître.
 - Chien d'un patient ou d'un proche en visite
 - Chien d'un bénévole venant pratiquer une animation assistée par l'animal
 - Chien d'un thérapeute venant pratiquer une thérapie assistée par l'animal

- ✓ Chien résident : il s'agit d'un chien vivant dans l'institution.
 - Chien d'un résident accepté par la structure. En France, la circulaire du 11 mai 1986 précise que « les personnes possédant un animal familier doivent être autorisées à le garder avec elles dans la mesure où il ne créera pas une contrainte anormale pour le personnel et où il ne gênera pas la tranquillité des autres résidents ».
 - Chien appartenant à l'institution. Dans ce cas, certains résidents volontaires peuvent être nommés pour s'occuper de l'animal. Un membre de l'équipe au moins (généralement un soignant) doit également être responsable du projet. Ce chien, en fonction de sa formation et des besoins de l'institution pourra pratiquer des animations ou être utilisé pour les thérapies.

Nous pouvons illustrer ce dernier cas par l'exemple de la maison de repos de la Vertefeuille à Tournai. En 2013, Tosca une jeune westie est devenue pensionnaire de l'institution. L'ergothérapeute, responsable du projet, confie à l'édition en ligne du Nordéclair : « des personnes qui souffrent de démence sont apaisées par sa présence, comme cette dame qui fait des angoisses la nuit. Il faut parfois des heures pour qu'elle s'endorme et s'apaise. Nous avons mis Tosca dans sa chambre et elle s'est calmée... c'est fou ! Cela permet de diminuer aussi la dépendance aux médicaments. C'est un beau projet (...). Cela a même renforcé les liens entre les résidents et les soignants. Aujourd'hui, ils ne parlent plus que de la nourriture ou de leur santé, ils parlent surtout du chien et toujours avec le sourire ! »

3- APPORTS DE LA MEDIATION PAR L'ANIMAL DANS LA THERAPIE LOGOPEDIQUE

Compte tenu des bienfaits de l'animal sur la santé humaine, mais aussi plus largement du potentiel d'attractivité et de motivation qu'offre le chien, il semble être un auxiliaire précieux de la thérapie logopédique. Nous allons ici aborder différentes théories pouvant en expliquer les mécanismes sous-jacents.

3. 1. L'intelligence naturaliste

Selon Howard Gardner, ayant développé la théorie des intelligences multiples, il existerait huit formes d'intelligence, associées à l'ensemble des capacités et compétences humaines. Il présente parmi elles l'intelligence naturaliste. Elle se définit comme la sensibilité face à l'environnement et à la nature. Elle est très développée chez des personnes aimant classer, observer, décrire et protéger leur environnement. Il s'agit de personnes ayant généralement un instinct inné concernant l'attitude à adopter face aux animaux, mais aussi la reconnaissance des différentes catégories minérales, végétales ou animales, capables de développer des moyens de survie en repérant des traces d'animaux ; ce sont des personnes qu'on dit généralement avoir la main verte. Ce sont par exemple les biologistes, les chercheurs, mais aussi les chasseurs ou les agriculteurs.

Les personnes présentant cette intelligence naturaliste aiment souvent s'occuper d'animaux. Réciproquement, prendre soin d'un animal permet d'activer ou réactiver les réseaux relatifs à cette forme d'intelligence. C'est donc dans ce cadre-là que la médiation animale semble s'inscrire.

Alors que l'on dit souvent que s'éloigner de la nature revient à s'éloigner de nos racines, nos origines et favorise le stress et l'anxiété, s'en rapprocher par le biais de l'animal, est un moyen d'apaisement.

3. 2. Médiation active / médiation passive

Nous pouvons définir deux types de médiation par le chien : active ou passive. Dans le cas de la médiation active, le chien possède un véritable rôle d'acteur thérapeutique. En logopédie, il sera l'auxiliaire du logopède dans des exercices de rééducation, auxquels il prendra part. Suivant le type de prise en charge, les exercices pourront concerner différents publics (enfants, adultes ou personnes âgées) et différentes pathologies (troubles des apprentissages, TDA-TDAH, handicap et IMC, autisme, surdité, aphasies ou encore démences-DTA). Le chien pourra alors être simplement caressé ou brossé, permettant des moments de contact privilégiés, mais en fonction de son dressage il pourra également réaliser des exercices sportifs (parcours guidés, lancers de balles ou de frisbees, sauts d'obstacles) ou d'intelligence (friandise cachée à retrouver, boîtes et casse tête, exercices d'obéissance). Dans ce cas, le thérapeute doit s'adapter aux compétences de son animal. Chaque exercice doit être scrupuleusement préparé en incluant le chien au travail logopédique. Se trouve en annexes un fichier d'activités logopédiques utilisant la médiation animale dans le cadre d'une prise en charge.

La médiation peut également être dite « passive ». Elle correspond à la présence d'un chien dans la salle de thérapie, sans que ce dernier n'ait à intervenir activement (les exercices n'étant alors pas particulièrement centrés sur l'animal). Sa seule présence et la possibilité de le caresser de façon informelle apportent de nombreux bénéfices au patient. Cette méthode a déjà montré ses avantages, en particulier auprès d'enfants. En effet, la présence d'un chien calme dans la pièce les sécurise et les apaise. Pour appuyer cela, nous pouvons citer une étude menée en 1983 par Friedmann, Katcher et al. et reprise dans l'ouvrage de Jérôme Michalon, qui cherchait à étudier le lien entre des variables cardiaques (pression sanguine et rythme cardiaque) et la présence d'un chien auprès d'enfants. Ainsi, les auteurs mesuraient « la pression sanguine et le rythme cardiaque de 38 enfants dans diverses situations (repos, discussion et lecture) avec et sans la présence d'un chien inconnu des enfants. Les données physiologiques enregistrées et analysées statistiquement montrent des réductions significatives de la pression sanguine dans les conditions lecture et repos lorsque l'animal est présent. » Nous pouvons penser que ces effets positifs s'étendent aux enfants présentant des troubles de l'attention (TDA-TDAH) comme le confirment certains logopèdes dans leur expérience propre.

Lors d'une même séance, la médiation active et la médiation passive peuvent être complémentaires. En effet, la première permet à l'animal d'être objet d'attention conjointe et

centre des activités thérapeutiques, ce qui demande généralement une importante charge émotionnelle mais aussi cognitive et physique de la part du chien. On admet généralement que cette pratique doit se limiter à une voire deux heures et comporter des pauses régulières et des changements d'activités, suivant la résistance du chien. La seconde, souvent moins prise en compte des patients dans la mesure où le contact avec l'animal est moins direct, permet à ce dernier d'évoluer de manière plus naturelle, sans fournir d'effort soutenu. Cela peut également lui permettre de se reposer ou d'être mis à l'écart dans un moment d'inconfort.

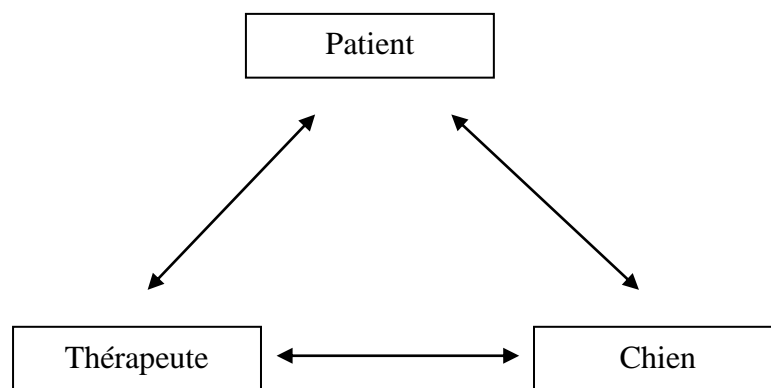
3.3. Canaux de communication à exploiter en rééducation logopédique

Divers aspects de la relation homme-chien sont à utiliser dans la prise en charge logopédique. Il s'agit des nombreux canaux de communication et de leurs spécificités.

- ✓ Le contact, le toucher car nous savons que le besoin de chaleur, de douceur et de contact est indispensable pour « les grands primates » (Servais, 2004) que nous sommes. Cela va de pair avec l'effet relaxant des chiens dont nous avons parlé plus haut.
- ✓ Le regard, qui joue un rôle primordial dans la régulation des interactions sociales. Alors que regarder dans les yeux peut être interprété comme une menace dans les interactions inter chiens, ces derniers ont rapidement compris qu'il s'agissait d'un plaisir pour l'humain et outrepassent bien souvent leur instinct primaire.
- ✓ La structure interactionnelle simplifiée dont nous avons déjà parlé en première partie
- ✓ La communication verbale. Souvent altérée chez les patients suivant une rééducation logopédique, elle reste néanmoins le canal communicationnel préférentiellement utilisé pour l'homme. Un chien, formé spécialement pour la prise en charge, aura appris à répondre adéquatement à la communication verbale.
- ✓ La communication non verbale. Elle existe de la part de l'homme avec les attitudes gestuelles et corporelles que le chien a appris à décoder au fil des siècles mais aussi de la part du chien avec les signaux d'apaisement.

3. 4. Relation triangulaire

Il s'agit d'une ouverture de la relation thérapeutique habituellement duelle. Le terme de « médiateur » vient du latin *mediare*, signifiant à l'origine « s'interposer ». L'acception principale de ce terme est « personne qui sert d'intermédiaire, d'arbitre, de conciliateur » (Larousse, 2000), et c'est ce rôle que nous attribuons alors à l'animal. Il devient figure intermédiaire de la relation, dans la mesure où il aide le patient à accepter plus facilement l'aspect thérapeutique de la prise en charge, ne le portant pas lui-même.



Le triangle thérapeutique.

Dans ce sens, on peut la rapprocher du concept d'objet transitionnel, développé par Donald Winnicott en 1951. Il s'agit d'un objet privilégié choisi par la mère ou l'enfant. C'est par lui que passe l'individualisation de l'enfant puisqu'il reconnaît cet objet comme différent de sa mère et comme objet extérieur, permettant ainsi un cheminement propre. Cet objet représente une interface mère/ enfant et c'est par lui que passe l'acceptation pour l'enfant de perdre son sentiment de toute puissance de façon moins brutale. Cette position permet la création d'un espace transitionnel, propice à l'apaisement psychique (le but premier étant la lutte contre l'angoisse). On peut également noter que cet objet transitionnel est souvent doux au toucher afin de favoriser un sentiment de réconfort. Cette théorie peut être transposée, de manière nuancée, à la présence d'un chien médiateur. En effet, outre la douceur du poil et la chaleur de l'animal, il favorise également une image d'autonomisation du patient. Alors qu'il est bien connu qu'un animal tisse un lien particulier avec son maître, le patient peut prendre part à cet échange et va même être capable d'exercer une forme de « pouvoir » sur un « objet » qui lui est extérieur sans intervention directe du thérapeute. Dans ce sens l'animal permet une

prise de distance patient/thérapeute tout en renforçant la présence de liens. Enfin, tout comme chez le jeune enfant, le patient, lorsqu'il se trouve dans une situation de relation thérapeutique, perd généralement le sentiment de « toute puissance » qu'il peut posséder et son égo peut être blessé. Il est amené à déposer ses troubles et sa souffrance. Ici aussi l'animal, permettant un contexte rassurant et une présence non jugeante (dans le cadre de la DTA : jugements sur le statut de la personne âgée, préjugés sur le manque de curiosité, l'égoïsme, le rejet du « monde des plus jeunes »...) adoucit cette étape.

A partir de l'introduction rédigée du 72^{ème} symposium, « La relation homme/animal : limites et possibilités d'application de ses effets positifs dans le traitement des maladies psychiques » (Servais, 2004) nous pouvons relever certains points:

- ✓ Interagir avec l'animal permet au patient de satisfaire ses besoins émotionnels fondamentaux, sans crainte de complication émotionnelle (créant ainsi une relation sécurisante, nécessaire à toute prise en charge logopédique).
- ✓ Facilitateur social : le chien va faciliter les échanges communicationnels grâce à l'existence de codes spontanés, base de la prise en charge logopédique. Ces codes communicationnels spontanés (verbaux et non verbaux) vont alors pouvoir être pointés et retravaillés lors d'exercices.
- ✓ La présence de l'animal va permettre de travailler à partir des relations élémentaires (peur, confiance, réciprocité,...) et dans le but d'une construction de sens, qui, à partir des réactions de l'animal est infini.
- ✓ La présence de l'animal permet au patient d'évoluer au sein de modalités de communication dans lesquelles il peut être aussi compétent que le thérapeute. Le mode de communication non verbal est la base de l'échange avec l'animal. Celui-ci étant préservé plus longtemps dans la plupart des pathologies, le patient n'est pas placé en situation d'échec et la relation reste significative pour chacun.
- ✓ La présence de l'animal favorise la relation patient-thérapeute et l'ancre dans un cadre spatio-temporel car elle est fondatrice d'une attention conjointe.
- ✓ La présence de l'animal favorise la concentration, comme nous en avons parlé auparavant.
- ✓ L'animal introduit de la souplesse dans des interactions parfois rigides et sérieuses.

3. 5. *Le chien, stimulateur oculaire*

La gymnastique oculaire, pratique qui tend à se développer, a prouvé ses bienfaits à de nombreuses reprises. En effet, réaliser des exercices oculaires permet à la fois une meilleure vision, une détente des globes oculaires mais aussi une meilleure attention concentration dans la mesure où les connexions inter hémisphériques sont activées. Lors de la présence d'un chien dans la salle de rééducation, ce phénomène semble se produire également. En effet, si le chien est en mouvement (se lève, marche, court, se déplace entre le thérapeute et le patient), le patient aura tendance à le suivre des yeux et par là-même il deviendra actif ; son attention se développera. Cette observation se retrouve principalement chez les personnes âgées (comme présenté en partie pratique) qui réalisent des poursuites oculaires, se rattachent au contexte environnant et initient plus l'échange, face à des situations où elles présentent souvent un regard statique et vague.

3. 6. *Le chien, « objet d'inattention » ?*

Certaines recherches en gestion mentale, identifient chez l'humain le recours à un « objet d'inattention ». En effet, il s'agirait d'un moyen utilisé pour se recentrer, se raccrocher à une réalité et au contexte présent en focalisant son attention sur un objet donné. Cela permettant une relance attentionnelle (C. Vanham, communication personnelle, février 2015). C'est le cas par exemple lorsque certaines personnes regardent leur montre ou une horloge sans intentionnalité de savoir l'heure. Il semblerait ici opportun de faire un rapprochement avec les observations effectuées en séance de médiation animale. La présence du chien semblerait améliorer significativement les capacités attentionnelles des patients (attention conjointe et attention soutenue). Les patients, regarderaient très régulièrement l'animal (comme expliqué ci-dessus) sans toutefois que cela découle nécessairement d'une véritable volonté d'observation, suite à quoi ils relancent dans la majorité des cas une interaction, verbale ou non verbale, à l'intention du thérapeute ou de l'animal lui-même (comme nous avons pu l'observer lors des séances pratiques dans le cadre de ce travail). C'est dans ce sens que nous pouvons rapprocher le rôle du chien médiateur de celui d' « objet d'inattention ».

3. 7. Distributeur de bien être...

Le chien est, enfin, une grande source de plaisir. Nous pouvons ici citer David Servan-Shreiber (2003) et sa conception de l'animal dans le cadre de la dépression chez les personnes âgées. « On attendait que je joue mon rôle et que j'ajoute mon « anti » à moi : un antidépresseur (...) prenant mon courage à deux mains, j'inscrivais ma recommandation dans le dossier médical : « pour ce qui est de sa dépression, le plus bénéfique pour ce patient serait de se procurer un chien (un petit chien, cela va de soi, pour minimiser les risques de chute). Si le patient soutient que ce sera trop de travail, un chat fera l'affaire (...) Scientifiquement établie ou non, l'idée que la relation affective est *en soi* une intervention physiologique comparable à un médicament n'a tout simplement pas encore fait son chemin en médecine ».

4-DEMENCES TYPE ALZHEIMER (DTA), LOGOPEDIE ET MEDIATION ANIMALE

4.1. Les démences

La prévalence des pathologies démentielles a très fortement crû ces dernières décennies en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie – l'OMS annonçait en 2012 la présence de 35,6 millions de personnes atteintes de démence dans le monde et 7,7 millions de nouveaux cas recensés chaque année. Il faut toutefois noter que, bien que la démence soit en lien avec le vieillissement de la personne, elle s'inscrit dans un vieillissement pathologique. De très nombreuses recherches actuelles en offrent une meilleure connaissance, mais des interrogations (relatives à l'étiologie ou à l'évolution mais aussi au diagnostic) restent encore sans réponse. La définition de la « démence » évolue également et gagne en précision. L'OMS la définit (en avril 2012) comme : « un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive, plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive. (...) La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde. (...) »

la maladie a des conséquences qui peuvent être physiques, psychologiques, sociales ou économiques (...) ».

Elles sont généralement classifiées comme suit :

- Démences dégénératives (maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale, maladie à corps de Lewy, maladie de Huntington, démence associée à la maladie de Parkinson, paralysie supra nucléaire progressive, atrophies multi systèmes).
- Démences vasculaires
- Démences neurochirurgicales
- Démences toxiques
- Démences infectieuses
- Démences inflammatoires et démyélinisantes
- Démences métaboliques et nutritionnelles
- Démences séquellaires.

C'est aux démences dégénératives et plus particulièrement aux démences du type maladie d'Alzheimer que nous nous intéressons dans ce travail.

4.2. La maladie d'Alzheimer et les DTA

Cette pathologie, nommée d'abord « dégénérescence neurofibrillaire » tire actuellement son nom du psychiatre l'ayant décrite pour la première fois en 1907, Aloïs Alzheimer. Il s'agit d'une pathologie difficile à définir compte tenu de la grande variété interindividuelle. Les tableaux cliniques, contextes d'apparition et évolutions ne sont jamais identiques entre les patients. Elle est définie par R. Gil, (cité par C. Party-Morel, 2006, p. 19) comme : « une seule maladie qui survient exceptionnellement dans le présénium [de « présénescence : période d'involution physiologique », Larousse, 2000] et habituellement après 65 ans et dont les lésions associent une atrophie cérébrale progressive avec une perte neuronale coexistant sur le plan histologique avec une dégénérescence neurofibrillaire et des plaques séniles ». En effet, trois types de lésions sont aujourd'hui identifiées : les plaques séniles extracellulaires (dépôt central de substance amyloïde et des prolongements de fragments de dendrites ; un lien entre la densité

des plaques séniles et l'intensité du déficit cognitif a été mis en évidence), la dégénérescence neurofibrillaire (amas de protéines TAU anormalement phosphorylées ; jouant un rôle fondamental dans la mort neuronale) et la dégénérescence granulo-vacuolaire (concernant les vacuoles claires à granule central situées principalement au niveau de l'hippocampe). Les critères du DSM IV sont généralement utilisés pour la pose d'un diagnostic (CF Annexes 5).

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence et représente 60 à 70% des cas en Europe selon l'OMS.

Nous trouvons dans la littérature l'identification de trois stades de la MA, généralement définis par les scores obtenus au MMSE :

- Stade léger : $MMSE > 20$
- Stade modéré : $10 < MMSE < 20$
- Stade sévère : $MMSE < 10$

Sur le plan étiologique, les principaux facteurs sont :

- la génétique : il existe une forme dite « familiale », marquée par certains antécédents familiaux (anomalies génétiques concernant des mutations situées sur les chromosomes 14, 19 et 21). La seconde forme, largement plus fréquente est dite « sporadique ».
- l'âge : de façon générale, l'augmentation du nombre de cas est exponentielle avec l'âge, 1,5% à l'âge de 65 ans et jusqu'à 30% à l'âge de 80 ans.
- le sexe : les femmes ont deux à trois fois plus de risques de présenter une DTA que les hommes.
- certains facteurs environnementaux et antécédents personnels, tels qu'un faible niveau éducatif, des traumatismes crâniens ou des accidents vasculaires cérébraux (bien que ces données soient parfois controversées).

4.3. Les atteintes relatives à la DTA

Le phénomène normal de vieillissement provoque chez la personne un certain nombre de modifications, au niveau physiologique et psychologique. Dans le cas d'un processus de

vieillesse pathologique, les bouleversements qui apparaissent sont d'autant plus marqués. Ils concernent différents domaines, que Thierry Rousseau (2011) développe comme suit :

- ✓ Mnésique. Cette atteinte est généralement inaugurale et permet souvent la prise de conscience d'une dégénérescence naissante, de la part de la personne ou de son entourage. Le déficit est d'abord léger puis s'accroît au fil de l'évolution de la maladie, jusqu'à ce que toutes les composantes de la mémoire soient touchées dans le dernier stade.

La mémoire explicite, dans laquelle la récupération des données est consciente et active, (par rapport à la mémoire implicite) est la première touchée, particulièrement la mémoire épisodique (mémoire des événements vécus, des épisodes dans leur contexte particulier : date, lieu, émotions). Il s'agit d'une mémoire dans laquelle s'inscrit la constitution de souvenirs et par là-même, l'identité individuelle. De manière générale, les souvenirs anciens sont mieux préservés que les souvenirs récents.

La mémoire sémantique (relative aux connaissances, aux faits et concepts) est également bien préservée dans un premier temps.

La mémoire procédurale (correspondant aux habitudes, automatismes et rituels, y compris verbaux) est la mieux préservée, jusqu'à un stade avancé de la maladie.

La mémoire de travail (qui est un « système à capacité limitée destiné au maintien temporaire et à la manipulation d'une information pendant la durée de la réalisation d'une tâche cognitive » (Rousseau, 2011, p.10)) est généralement atteinte, en lien avec l'atteinte de l'administrateur central (principal composant de la mémoire de travail). C'est le processus d'encodage (« phase de transformation des informations perceptives en représentations mentales susceptibles d'être réactualisées ultérieurement » (Rousseau, 2011, p.10)) qui est le plus fortement endommagé. De manière générale, il semble qu'à un stade très avancé de la maladie, le malade ne « fonctionnera » plus que sur le principe de la mémoire de travail (empan de 5 à 9 items et durant quelques secondes seulement). Il ne parviendra donc à retenir les nouvelles données que quelques secondes.

✓ Organisation spatio-temporelle

La désorientation temporelle est l'un des premiers signes de la maladie d'Alzheimer (par exemple difficultés à retenir la date). Il s'agit pour le patient d'une perte de ses repères temporels. Dans ce cas s'observent très souvent une confusion jour/nuit et des déambulations nocturnes.

La désorientation spatiale est en général plus tardive et porte prioritairement sur les lieux inhabituels (par exemple ne plus pouvoir fixer le nom des nouveaux lieux). Elle s'accroît souvent dans les phases avancées de la maladie et s'étend à l'ensemble des repères. Les patients ont alors tendance à se perdre (à l'extérieur mais également dans leur propre demeure). Le placement en institution marque généralement une accentuation de ce phénomène, à cause d'une modification des habitudes de vie de la personne.

✓ Fonctions exécutives.

De manière générale, les fonctions exécutives sont perturbées assez rapidement chez le patient atteint d'une maladie d'Alzheimer, en particulier lorsque celui-ci doit agir en double tâche ou en présence de distractions.

La flexibilité mentale est la faculté qui permet de passer d'une tâche à une autre ou d'un raisonnement cognitif à un autre. Pour cela elle peut nécessiter l'abandon de l'une pour entreprendre la seconde. Elle est souvent atteinte en cas de DTA dans la mesure où le patient a généralement d'importantes difficultés d'articulation entre les différentes modalités (tendance aux persévérations), en lien avec des difficultés d'abstraction.

L'inhibition (capacité à retenir un comportement) est également réduite, ce qui se manifeste par des troubles dans la capacité à inhiber un comportement automatique au profit d'un comportement volontaire.

La pensée abstraite et les capacités d'abstraction (relatives à l'action de pensée permettant d'isoler une composante et de l'analyser indépendamment, mais aussi permettant l'accès à des représentations symboliques) sont altérées. Les difficultés se manifestent alors au niveau de la résolution de problèmes simples, du jugement de

similitude, d'explication de proverbes, d'histoires absurdes, d'estimations cognitives, mais aussi dans la capacité de mentalisation (représentations mentales).

L'attention-concentration. Les capacités attentionnelles sont réduites et les patients présentent généralement des difficultés à mobiliser leurs ressources attentionnelles, en particulier au niveau de l'attention divisée (car elle requiert une certaine flexibilité mentale et la possibilité de répondre à différents stimuli parallèles, capacités altérées comme mentionné ci-dessus). L'attention soutenue est également atteinte, en lien avec les difficultés mnésiques.

✓ Troubles du comportement.

Ils sont très fréquemment liés à la DTA, et sont généralement corrélés avec des hallucinations (auditives, visuelles) et des délires. Ces troubles du comportement peuvent se manifester par une symptomatologie très large et diversifiée : traits dépressifs, anxiété, troubles émotionnels, agressivité, troubles des conduites alimentaires, incontinence, troubles des conduites sexuelles, déambulation et agitation. Ces différents troubles n'apparaissent pas de façon systématique et peuvent se manifester à des degrés plus ou moins importants. La personnalité antérieure du patient occupe une place importante dans l'évolution de son vieillissement (pathologique ou non). Ces troubles peuvent s'inscrire dans un syndrome crépusculaire. Les manifestations d'anxiété, de désorientation et de confusion sont alors plus marquées à la tombée du jour. Ce syndrome affecterait environ un quart des patients présentant une DTA.

Dans de nombreux cas, un diagnostic différentiel démence / dépression est à pratiquer. En effet, ces deux pathologies étant très largement liées et pouvant se superposer, il sera nécessaire de traiter chacune de manière adéquate. Pour certains auteurs (Léger et Clément, cités par Rousseau, 2011), la dépression peut être vue comme un facteur de risque vers la démence. Au quel cas, la dépression serait première à la démence. Mais il arrive également que la démence provoque chez le patient un état d'anxiété extrême, de détresse et de dépression, souvent amplifié par des moments de conscience de l'état pathologique.

✓ Communication et Langage

Le langage (dans l'ensemble de ses axes) est touché mais c'est plus largement les capacités communicationnelles qui sont altérées dans le cas d'une DTA. Les atteintes dépendront de différents facteurs (sévérité de l'atteinte cognitive, facteurs cognitifs et linguistiques, facteurs psychosociaux ou encore contextuels).

La pragmatique est définie par Reboul et Moeschler (cités par Rousseau, 2011, p.21) comme « l'étude de l'usage du langage, par opposition à l'étude du système linguistique, qui concerne à proprement parler la linguistique ». Elle est par essence liée à la communication puisqu'elle étudie les personnes selon l'attribution de rôles dans la situation de communication (émetteur, récepteur) et s'inscrit dans un contexte donné. La pragmatique est alors étudiée comme acte social. Les capacités pragmatiques sont de ce fait en lien avec l'adéquation du discours (capacité de s'adapter à l'interlocuteur et de proposer des réponses conformes à celles attendues dans une « norme » communicationnelle). Chez les patients atteints de DTA, nous pouvons généralement observer une réduction globale et progressive des actes de langage émis, une augmentation du nombre d'actes inadéquats et une diminution d'actes adéquats, une augmentation des actes non verbaux par rapport aux actes verbaux, une modification qualitative vers une simplification et une réduction de l'élaboration thématique.

Thierry Rousseau note l'importance particulière du choix du thème ainsi que du contexte et plus particulièrement du lieu de vie, de la situation et de l'interlocuteur (dualité ou situation de groupe).

Le langage écrit et plus largement la communication écrite sont affectés par la maladie d'Alzheimer, représentant même selon Thierry Rousseau un « indicateur de sévérité de démence », en lien avec l'atteinte des capacités mnésiques. Il démontre toutefois que le langage écrit peut devenir pour certains patients un moyen de communication compensatoire efficace.

Le langage écrit est fortement marqué par la réduction des capacités mnésiques, particulièrement concernant la mémoire long terme visuelle (comme mentionné dans la

partie précédente). En effet, les atteintes diminuent la possibilité des patients à utiliser les stratégies de reconnaissance adaptées (stratégies de reconnaissance globale des mots).

Dans les premiers stades de la maladie (et parfois même de façon assez tardive), la lecture est bien préservée, souvent grâce à un mécanisme automatique tandis que l'application consciente des mécanismes de décodage est limitée. Il arrive toutefois que la qualité de lecture soit amoindrie (vitesse de lecture ralentie, débit saccadé et qualité de déchiffrement mais l'articulation est souvent bonne). La compréhension écrite est relativement préservée dans le premier stade de la maladie d'Alzheimer, mais elle est généralement atteinte dès le second stade. L'accès au sens est restreint et demande un effort très important, devenant progressivement impossible.

Au niveau de la production d'écrits les troubles se manifestent généralement de façon précoce, altérant la production de mots irréguliers alors régularisés. La sémantique est souvent touchée (avec des phrases redondantes, des répétitions et parfois une incohérence des propos). Enfin, le graphisme est rapidement perturbé (lettres non identifiables, mauvaise gestion de l'espace et de la ponctuation).

Le langage oral et la communication subissent toujours une altération chez les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer. Les atteintes et leur sévérité dépendent toutefois de causes multifactorielles. Tout d'abord au niveau du langage oral : la compréhension est préservée pendant un temps assez important dans l'avancée de la maladie. La compréhension d'énoncés complexes étant la première atteinte, en particulier si le langage abstrait ou métaphorique entre en compte (par exemple compréhension de proverbes). Au niveau productif, l'articulation est préservée jusqu'à des stades très avancés (la répétition est donc généralement bonne, tant que les capacités de mémoire court terme le permettent). L'atteinte lexicale est en revanche l'un des premiers marqueurs de la maladie. Le manque du mot peut au départ être masqué par des circonlocutions, des paraphrasies ou encore l'utilisation de termes génériques, et il se manifeste plus largement sur les noms propres ou les mots peu fréquents. Les mots cibles peuvent également être remplacés par des superordonnants (remplacement des mots par leur catégorie). La morphosyntaxe est préservée, mais comme pour le langage écrit, la sémantique est atteinte avec des phrases redondantes, des répétitions et parfois une incohérence des propos. Ce sont ces mêmes points que nous retrouvons dans le discours.

De manière générale, la fluence verbale est diminuée (anomie, paraphasies sémantiques, paraphasies phonémiques, circonlocutions et approches synonymiques) (Party-Morel, 2006).

Thierry Rousseau explique que, dans la maladie d'Alzheimer, « il s'agit bien d'un trouble de la communication plus qu'un trouble du langage focalisé, comme une aphasie par exemple ». Il utilise pour l'évaluation de cette communication deux axes : la classification des actes de langage et la détermination de l'adéquation du discours. Ses recherches ont abouti à une grille d'évaluation de la communication du patient dément (présentée en annexe 6) qui sera retravaillée et adaptée dans le cadre de ce TEF, en partie pratique. L'analyse proposée ne sera donc pas réalisée à la manière d'un bilan de langage formel, reprenant l'ensemble des mécanismes sous-jacents (comme présentés ci-dessus) mais bien de façon écologique en fonction de la communication globale des patients et de l'utilisation du langage en contexte. La grille se compose ainsi :

- Classification des actes de langage. La taxonomie reprend alors les questions, les réponses, les descriptions, les affirmations, les mécanismes conversationnels, les actes performatifs, une catégorie divers et le non verbal.
- L'adéquation du discours, qui dépend de son ajustement aux règles sociolinguistiques et à l'échange d'informations.

Le logopède doit composer avec ces différentes atteintes dans l'élaboration de son plan thérapeutique

4.4. Les méthodes « classiques » de prise en charge

Les principales pistes thérapeutiques sont généralement médicamenteuses. Il s'agit de traitements médicamenteux spécifiques. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise (à traiter au cas par cas en fonction des patients) :

- Au stade léger : un inhibiteur de la cholinestérase (par exemple Reminyl)
- Au stade modéré : un inhibiteur de la cholinestérase ou un antiglutamate
- Au stade sévère : un antiglutamate (par exemple Ebixa)

Dans des cas très sévères, il arrive parfois que la médication soit interrompue.

Il arrive également fréquemment de proposer au patient, dans le but d'améliorer sa qualité de vie, un traitement relatif aux troubles du comportement, par l'utilisation de psychotropes, d'antidépresseurs, d'antipsychotiques, d'anxiolytiques, d'hypnotiques ou de thymorégulateurs.

Face aux résultats souvent insuffisants apportés par ces traitements et surtout aux effets néfastes qu'ils peuvent provoquer sur la santé des patients, les professionnels de la santé se sont intéressés à de nouvelles méthodes, classiques ou plus alternatives. Gardette, Coley et Andrieu, cités par Guillaume Cano les classent ainsi :

- * Les interventions cognitives, reposant sur la plasticité cérébrale, telles que :
 - L'entraînement cognitif
 - La réadaptation cognitive
 - La stimulation cognitive
 - L'orientation à la réalité
- * Les thérapies psychosociales
 - La réminiscence
 - La validation
 - La thérapie logopédique et communicationnelle
 - La thérapie par présence simulée
 - La médiation animale
- * Les stimulations sensorielles
 - La musicothérapie
 - L'art thérapie
 - La luminothérapie
 - L'aromathérapie
 - Le Snoezelen (ou stimulation multi sensorielle)
- * La thérapie par le mouvement
 - Le massage et toucher thérapeutique
 - La relaxation
- * Les interventions portant sur l'environnement

Ces thérapies intéressent particulièrement le logopède dans la mesure où elles dépassent le champ purement médical et laissent une très grande ouverture dans leur application. C'est le cas de la médiation animale.

4.5. Apports de la médiation animale sur le patient présentant une DTA

En lien avec les atteintes relatives à la DTA, détaillées ci-dessus, la médiation animale va permettre de nombreux bénéfices.

L'objectif premier que nous pouvons présenter est le plaisir. En effet, le désir de partage et l'envie communicationnelle sont très souvent altérés chez les patients présentant une DTA. Cela va de pair avec les troubles comportementaux anxieux, dépressifs et agressifs. La présence du chien permet généralement de calmer, d'apaiser et de sécuriser le patient. Ce dernier se retrouve dans une situation d'échange à l'intérieur de laquelle il n'est pas jugé. En effet, l'animal aura le même comportement face à un patient « malade » que face à une personne « non malade ». Il procure un effet antidépresseur « naturel », diminue le rythme cardiaque, et la première remarque des thérapeutes travaillant avec leur animal est le sourire provoqué chez le bénéficiaire, y compris certains qu'ils n'avaient plus vus sourire depuis plusieurs mois. Le patient redevient actif dans l'échange.

Le second objectif est de favoriser l'attention conjointe. En effet, les patients présentant une DTA démontrent généralement une diminution des capacités attentionnelles et sont souvent sujets aux délires et hallucinations, rendant ainsi l'attention conjointe limitée. La présence de l'animal permet de capter l'attention (« objet » vivant et mobile d'attention, plus attractif que nul autre) de la personne car il marque un changement dans le paysage quotidien (souvent limité à de longs moments de solitude et aux contacts avec le personnel soignant et les autres patients eux aussi désorientés), tout en s'intégrant à ce milieu généralement bien quadrillé (en effet, le respect du cadre de vie habituel des patients est un point essentiel dans la réduction des troubles comportementaux). L'animal, par sa présence physique (chaleur, douceur, mouvements, couleurs) mais aussi la discrétion dont il sait faire preuve offre le juste milieu d'une interaction non intrusive ni violente. L'animal est en ce sens un ancrage dans la réalité et

ouvre des possibilités nouvelles d'interactions pour le thérapeute. Il est, de plus, intéressant de noter, qu'outre ce moment d'attention conjointe, les effets bénéfiques perdurent dans le sens où l'expérience vécue peut être un sujet de prise de contact pour le reste de l'équipe.

Au niveau mnésique, l'intérêt des patients face à l'animal permet un meilleur encodage mais aussi une meilleure récupération mnésique. Bien qu'aucune étude n'apporte de chiffres à ce sujet, nous avons pu observer lors des séances une très bonne réceptivité des patients face à l'animal. En effet, le nom de l'animal était bien mieux retenu (plus longtemps et mieux récupéré à partir d'une ébauche phonologique) que celui du thérapeute. D'autre part, la présence de l'animal donne une place nouvelle au thérapeute face aux patients (puisque'il est mieux reconnu dans les couloirs y compris lorsque le chien est absent). Cela sera développé dans la partie pratique du travail. Enfin, la présence du chien permet les réminiscences. Les patients, au contact de l'animal, en le caressant ou en le promenant, retrouvent généralement des anecdotes ou souvenirs qu'ils ont vécus au cours de leur vie. Certains retrouvent le nom ou la race de leur animal passé, des vacances à la ferme ou bien les activités de leur ancienne profession de toiletteuse. Ils parviennent à remobiliser leurs connaissances en fonction du contexte ce qui est espéré lors d'une prise en charge logopédique.

La plupart des activités de médiation animale peuvent être orientées vers un réinvestissement temporel du patient, puisque elles sont séquencées (l'animal s'assied, puis lui lancer la balle, lui demander d'aller chercher, de ramener et enfin le récompenser) et doivent généralement suivre un schéma toujours identique afin de cadrer l'animal. Cela permet la prise en compte d'indices relatifs au contexte. D'autre part, Smith (cité par Servais, 2004) présente en 1983 un autre aspect de l'interaction sociale simplifiée : la structure spatiale et temporelle. En effet, dans une conversation, même si cela se fait de manière naturelle, les locuteurs doivent réaliser une collaboration afin de maintenir le contexte spatio-temporel de l'échange (temporalité du discours, organisation spatiale des différents locuteurs, gestion des tours de parole, attention), ce qui est parfois complexe pour certains locuteurs, y compris dans le cadre d'une pathologie. Avec un animal, ces structures sont beaucoup plus simples. Le patient peut être déficient dans les interactions inter humains mais être capable de développer des interactions structurées avec un animal. Ce dernier favorise l'attention, aide à structurer les interactions tout en n'accordant aucune importance aux normes sociales humaines.

La mémoire procédurale ainsi que la motricité (fine et globale) sont également favorisées. Le patient va être amené à réaliser un certain nombre de gestes, alors effectués avec plus de plaisir. Certains gestes perdus peuvent être réappropriés sur l'animal puis sur la personne elle-même. Nous avons ainsi pu observer des patients qui ne s'étaient plus coiffés depuis des mois coiffer l'animal puis se coiffer eux-mêmes.

Enfin, l'objectif principal, allant dans le sens de ceux détaillés ci-dessus est l'aide à la communication, la stimulation langagière verbale, non verbale et communicationnelle globale.

Nous avons pu modéliser la problématique comme suit :

- * Interaction patient/thérapeute. Lorsque le patient propose un acte communicationnel inadéquat, s'en suit généralement une rupture pragmatique (relative à l'utilisation du langage en contexte) qui conduit à des difficultés de la part du thérapeute à offrir le feedback attendu par le patient.
- * Interaction patient/animal. Lorsque le patient propose un acte communicationnel inadéquat cela ne provoque pas de rupture pragmatique dans la mesure où le chien ne mesure pas l'inadéquation, ce qui permet le maintien affectif et communicationnel, facteurs de sécurité durant l'échange. La réaction de l'animal n'est donc pas affectée par les difficultés pragmatiques du patient.

Exemple d'application : lors d'une intervention logopédique avec Oscar, chien médiateur auprès d'une patiente présentant une maladie d'Alzheimer de stade modéré. En voyant arriver le chien, la patiente verbalise « oh le beau chat ici ». Le thérapeute reprend alors « c'est vrai qu'il y ressemble, mais regardez bien Madame, avec son grand museau et ses oreilles tombantes c'est un chien ». La patiente répond « Ah... ». En parallèle de cet échange, Oscar est allé voir la patiente, se fait caresser et attend une friandise en remuant la queue, attiré par l'intonation chaleureuse de la dame, peu froissé d'avoir été pris pour un « Grosminet ». Il est à noter ici que le chien valorise ce qu'il y a à valoriser : l'intonation et l'envie de communiquer. Il s'arrête à ce seul fait, sans « corriger » le reste.

Cette situation démontre la complémentarité de cette triangulation de communication comme énoncée auparavant. En effet, l'intervention de reformulation corrective du thérapeute

nécessaire est adoucie et détournée par la validation de l'animal. Le sens global de l'échange suit alors la « relation d'aide » comme présentée par Manoukian (cité par Degand, 2013). Il s'agirait d'essayer de percevoir, de ressentir la tonalité affective dans les productions des patients, même lorsque le contenu en est incompréhensible.

5- LIMITES DE LA MEDIATION ANIMALE

5.1. Pour l'animal

- Bien être « psychique » de l'animal médiateur

Que mettre en place pour que le chien soit bien et pour que l'activité ne lui pèse pas ? Il est important que le chien soit formé au mieux, sociabilisé et se sente le plus à l'aise possible. Ne pas mettre le chien en danger si les patients sont « violents » ou « agressifs » est primordial. Il est nécessaire que le thérapeute puisse le protéger en balisant les interventions.

- Bien être physique de l'animal médiateur

Il est important d'accorder un soin particulier au bien-être du chien utilisé comme médiateur. Comme pour tout chien, il faut veiller à prévoir plusieurs sorties d'hygiène au cours des journées d'intervention pour un maximum de confort de l'animal. D'autre part, il faut impérativement veiller à respecter le rythme de l'animal, lui offrir des moments de calme dans des endroits isolés afin qu'il puisse se reposer après des temps d'activité. Il est par exemple intéressant d'apprendre au chien, dès son jeune âge, à dormir dans une caisse de transport ou de pouvoir lui prévoir un panier dans les salles d'intervention. De même, une gamelle d'eau fraîche doit toujours se trouver à disposition de l'animal. L'âge, la taille, les capacités physiques du chien et son état de santé sont des facteurs que le thérapeute doit prendre en compte lors de la préparation et la mise en place des activités. Il ne peut être demandé au chien que ce qu'il est capable de réaliser.

5.2. Pour les patients

Les risques liés à l'utilisation d'un animal dans le soin sont nombreux. Il faudra donc veiller à suivre un certain nombre de règles pour limiter les dangers potentiels.

- L'attachement des patients

Comme expliqué précédemment, l'animal permet de créer un lien affectif avec le patient et cela procure de nombreux bénéfices dans le soin. Il faudra cependant veiller à ne pas laisser s'introduire de relation d'hyper attachement au chien. Cela pourrait avoir des conséquences négatives si l'expérience est limitée dans le temps, comme c'est le cas de ce mémoire (expérience pratique s'étendant de novembre à avril), mais aussi sur le long terme lors du vieillissement du chien par exemple. Comme expliqué par Madame Vanham de son expérience propre, un chien vieillissant peut avoir des problèmes de peau, sentir fort, ne plus être capable de monter ou descendre les escaliers. De même qu'une chienne gestante ou un chien ayant des problèmes de santé ne pourront plus se rendre dans l'institution. Il est donc important d'inscrire les activités dans une temporalité, même si cela peut s'avérer tâche complexe avec des patients présentant une DTA.

- Phobies et peurs

Les personnes participant aux activités avec chien médiateur ne doivent pas présenter de cynophobie (peur exagérée et pathologique des chiens).

- Allergies

L'allergène principal se trouve dans les squames des chiens (peux mortes), mais on en trouve aussi très largement dans la salive et dans les poils. Les chiens à poils courts auraient tendance à rejeter moins de squames que les chiens à poils longs, mais il a été démontré que deux chiens d'une même race pouvaient ou non déclencher des symptômes chez un individu donné. Par ailleurs l'augmentation du nombre de lavages ainsi qu'un brossage régulier de l'animal (y compris avant les interventions) réduiraient le risque allergique. Le thérapeute doit aussi veiller à limiter les léchages des patients, qui devront se laver les mains à la fin de l'activité. Une hygiène soignée des locaux est aussi un facteur limitant.

- Risque de blessures

Le chien peut physiquement agresser ou blesser les patients : morsures, griffures, déséquilibres et chutes sont des dangers possibles. Dans le cas des AAA, comme précisé auparavant, le chien devra être sélectionné et dressé en conséquence. Il est nécessaire de le faire tester par un comportementaliste spécialisé avant son arrivée dans l'institution. Il est toujours préférable d'utiliser un chien calme et les chiens de petite taille limitent -sans toutefois l'exclure- le risque de blessures graves.

- Les zoonoses

Les zoonoses sont des maladies transmises de l'animal à l'homme. Il en existe deux catégories : infectieuses ou parasitaires. Elles peuvent être dues à des bactéries, des champignons, des parasites, des virus ou des prions (INRS.fr).

Elles peuvent toucher toute personne, mais les personnes âgées y sont particulièrement vulnérables en raison de la baisse de leur système immunitaire. La contamination peut se faire de façon directe (par la salive du chien) ou indirecte (contact de zones souillées). Pour réduire les risques, il est important que l'animal soit, comme nous l'avons vu précédemment, régulièrement déparasité (parasites internes et externes) et soumis à des contrôles vétérinaires fréquents. Le chien devra obligatoirement être à jour dans ses vaccinations.



Exercice de motricité fine : le brossage d'Oscar.

III) Seconde partie : expérimentation pratique

1- PRESENTATION DU PROJET

La partie pratique de ce travail s'organise autour de l'observation des effets d'un chien médiateur sur des personnes âgées démentes, vivant en home. Nous nous intéresserons à l'impact produit sur la communication de résidents en stade de démence avancé, dans le cadre d'une stimulation logopédique. Alors que nous savions intuitivement -comme le pensent de nombreuses personnes- que le chien pouvait être un excellent outil de la prise en charge logopédique, nous avons cherché dans ce travail à en montrer l'impact observable.

1.1. L'institution

Le lieu dans lequel a été mené le projet est une maison de repos et soins, située à Genappe. Les structures sont bien entretenues et souvent rénovées. L'environnement est calme. Le bâtiment dispose d'un petit jardin. Le lieu de vie s'organise sur trois étages, dont le dernier est réservé aux personnes désorientées (l'accès y est sécurisé par un code). Se trouvent dans la résidence 165 lits, répartis en chambres simples ou doubles et divisés entre le statut de MRS (Maison Repos et Soins) et celui de MRPA (Maison de Repos pour Personnes Agées). Un certain nombre de services relatifs aux soins sont également présents : ergothérapie, kinésithérapie, logopédie, revalidation et soins infirmiers (principaux personnels de l'équipe). Trois logopèdes sont présentes dans la structure.

Cette maison de repos a été choisie dans la mesure où la médiation animale y était déjà instituée. En effet, la directrice et l'une des logopèdes avaient suivi une formation en médiation animale (dispensée par l'association Activ'Dog) et la pratiquent depuis. La directrice amène avec elle sa jeune chienne golden retriever de deux ans, Khalan, quasi quotidiennement dans l'institution ce qui comble de joie les résidents et crée une belle cohésion autour de l'animal. La logopède est également accompagnée d'une chienne Sasha, labrador de neuf ans, plusieurs fois par mois. Elle dit être émue par « la tendresse qui se

dégage de son regard et que captent immédiatement les personnes près desquelles elle intervient ». Régulièrement, la directrice et la logopède organisent des activités avec les deux chiennes au profit des résidents. Ces ateliers sont très appréciés par les résidents, de plus en plus nombreux à vouloir y assister.

Certains membres du personnel se greffent également de façon ponctuelle au projet. C'est le cas par exemple de l'animatrice qui a proposé quelques ateliers avec son faucon et d'un kinésithérapeute ayant amené son chihuahua.

Enfin, une bénévole également attachée à l'association Activ'Dog intervient toutes les trois semaines environ, accompagnée par Lohann et Gazou (un cavalier king Charles et un golden retriever). Les activités proposées ont alors lieu auprès des personnes présentant une démence.

L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale semble également impliquée dans le projet. Les animaux présents dans les murs de l'institution sont très souvent source de conversation et sont généralement bien accueillis par les membres du personnel. C'est donc dans ce cadre là, déjà solide et bien établi, que nous avons eu la chance de pouvoir pratiquer la médiation canine en nous joignant à cette dynamique. Le projet de séances logopédiques avec médiation canine a ainsi été intégré à l'organisation globale de l'institution, en toute bienveillance.

1.2. *Le chien médiateur*

Un chien médiateur a donc été sélectionné pour participer au projet. Il s'agit d'Oscar. Plusieurs critères ont été pris en compte, tels que le choix de la race, de l'élevage, du chiot, l'éducation, ou encore la sociabilisation.

Oscar est un berger des Shetland. Cette race a été choisie pour différentes raisons. Premièrement, car le Shetland est défini comme un chien facile à éduquer, jovial et adorant les enfants (« éveillé, doux, intelligent, solide et actif, affectueux et réceptif vis-à-vis du maître » (Shetland Club de France, 2010). Chien de famille par excellence, sa petite taille (le standard est admis de 34 à 40 cm au garrot, pour un poids moyen compris entre six et huit

kilogrammes) permettait des déplacements plus aisés, mais surtout un contact plus facile avec certaines personnes. Tout d'abord concernant les angoisses, un chien de petite taille peut être reconnu comme moins anxiogène. D'autre part, cela permettait de placer l'animal sur les genoux des résidents et dans les lits des personnes alitées. Enfin, le Shetland est un chien de berger, qui partage donc avec cette catégorie, certains traits de caractère : il s'agit généralement de chiens dynamiques, sportifs et intelligents (ils pratiquent très souvent l'agility, l'obéissance, le troupeau, le cavage ou encore la recherche utilitaire). Leur instinct développé et la grande complicité partagée avec leur maître offre la possibilité de nombreux apprentissages (ordres, exercices, jeux...), utiles en médiation canine.

Un élevage a été préféré aux animaleries ou particuliers, permettant de rencontrer un professionnel connaissant de la race et habitué aux différents comportements canins. Il s'agissait d'un petit élevage, dans lequel les chiots ne naissaient pas en box et profitaient d'un contact régulier avec des humains et d'autres animaux. Ces facteurs permettant la première sociabilisation sont indispensables à l'obtention d'un chien équilibré et non craintif. (Un chiot dit «bâtard » peut également très bien convenir au travail de médiation dans la mesure où il aura bénéficié d'une sociabilisation et de conditions d'élevage de qualité).

Le chiot a ensuite été sélectionné. Il s'agit d'un mâle, issu d'une petite portée (composée de deux mâles et une femelle). N'ayant pas eu à se battre pour se nourrir, les petites portées offrent généralement des chiots plus sereins. Les parents et grands parents du chiot ont été rencontrés. Il s'agissait de chiens avenants, indiquant que le chiot bénéficiait donc d'un modèle de « confiance » en l'humain, bon prédicteur de développement. L'éleveuse le présentait comme un chiot très joueur et proche de l'homme. Il s'agissait d'un chiot avide de découvertes et peu craintif qu'elle trouvait parfaitement correspondre au profil d'un futur chien médiateur.

Bien que le test de Campbell (Voir en annexes 7) n'ait pas été pratiqué intégralement, le profil du chiot a été établi en lien avec le travail de l'éleveuse. Il s'agissait d'un chien globalement « soumis et équilibré ». Il acceptait la dominance de l'humain, mais se montrait enjoué et suivait volontiers les personnes qui l'appelaient. Le test de Campbell est un outil utile auquel se référer au moment du choix d'un chiot, en particulier en vue de ce type d'activité.

Oscar a été récupéré à l'âge de huit semaines en respectant ses phases de croissance et de développement. Il s'agit d'un âge situé après le sevrage et avant la neuvième semaine, période de « grandes craintes » du chiot. Cela permettait ainsi une stimulation adaptée entre la neuvième et la onzième semaine, accompagnée par le nouveau maître, en vue d'un renforcement de la relation. Il a aussitôt été confronté à de très nombreuses situations « stressantes » (bruits, transports, animaux, foule...) pour le désensibiliser au mieux et l'habituer aux différents contextes pouvant être rencontrés au quotidien. En parallèle de cela, un certain nombre d'exercices de base en éducation lui ont été enseignés (rappel, positions de base, rapport d'objets, marche au pied...).

Bien évidemment, Oscar a bénéficié d'un suivi vétérinaire rigoureux (vaccins, antiparasitaires pour parasites externes et internes) et d'une hygiène stricte (shampoings réguliers, brossages, coupe des griffes).

C'est à l'âge de six mois, qu'il a pour la première fois, participé à un atelier de médiation canine (auprès de personnes mal voyantes et d'enfants présentant un handicap mental).

1.3. Présentation du projet

Le projet global était celui de pouvoir observer les effets de la présence d'un chien médiateur sur des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une démence type Alzheimer). En effet, ces personnes présentent généralement des compétences de communication très faibles et s'amenuisant au fil de l'avancée de la maladie, rendant complexes les interventions thérapeutiques. Les praticiens, y compris les logopèdes, confrontés à ces situations de communication atypiques (dans le sens où la communication non verbale occupe bien souvent la place première de l'échange et les propos sont parfois délirants) sont bien régulièrement déroutés.

Deux axes ont été sélectionnés pour effectuer ce travail pratique. Dans le premier, nous avons choisi d'expérimenter si l'assistance d'un chien médiateur lors des séances, par sa simple présence (ici donc en médiation passive), permettait une modification dans l'implication communicationnelle des patients.

Nous souhaitons donc vérifier si la présence d'un chien médiateur lors de la rencontre avec ces patients désorientés apportait des bénéfices ; ces potentiels bienfaits, pouvant s'appliquer au patient, mais aussi au thérapeute. En effet, nous pouvons considérer que la présence du chien, préparée par le thérapeute pouvait permettre à celui-ci une meilleure confiance en lui, une plus grande détente et un outil de maintien attentionnel avec le patient (comme exposé dans la partie théorique de ce travail). C'est toutefois sur la prise en charge du patient que se centrera ce mémoire.

Afin de pouvoir objectiver ces observations et dans le but de proposer une expérimentation rigoureuse, une démarche clinique a été établie. Dix minutes de rencontre avec six patients présentant une démence de stade avancé ont été filmées puis analysées à travers une grille d'observation (qui sera présentée plus tard dans le développement). Deux rencontres, l'une avec différents objets relatifs au chien (photo, peluche) et l'autre avec Oscar ont été proposées. Vingt-quatre critères relatifs à la communication (verbale et non verbale) ont été retenus et analysés. L'ensemble des résultats sera présenté dans la partie suivante du travail.

Un important recueil de données qualitatives sera également pris en compte. En effet, les rencontres avec les patients de l'expérimentation mais aussi les déplacements au sein de l'institution et les prises en charge logopédiques ayant offert de magnifiques moments de rencontre et d'échange seront exposés ici. Il en sera de même pour différents ateliers de médiation canine en groupe et des réactions du personnel de l'institution face au projet.

Dans un second temps, afin de pousser plus loin les premières observations, nous avons cherché à inclure véritablement le chien dans un projet de rééducation logopédique. Entre novembre 2014 et mai 2015 des séances de médiation canine en logopédie ont été proposées à Madame V. Ce cas clinique sera donc présenté. Dans le cadre de cette prise en charge a été créé un « fichier d'activités logopédiques à réaliser avec un chien médiateur », afin de proposer des activités claires et ciblées. Cet outil se trouve en annexe.

Ces deux axes constitueront la trame de la partie pratique.

2- EXPERIMENTATION

2.1. *Protocole*

L'expérience menée dans le cadre de ce mémoire avait pour hypothèse que l'utilisation d'un chien médiateur produisait de nombreux bénéfices dans la communication avec les personnes âgées présentant une DTA.

Afin de tester cela, six patients (qui seront présentés dans la partie suivante) ont été sélectionnés. Leur ont alors été proposées deux rencontres l'une sans Oscar, l'autre en sa présence, lors desquelles les marqueurs communicationnels étaient relevés.

Nous avons choisi de rencontrer ces patients premièrement sans Oscar, afin de fausser le moins possible la situation d'observation, dans la mesure où nous postulions que la présence du chien avait un impact sur les personnes rencontrées. Egalement dans le souci de ne pas biaiser les rencontres, l'une des logopèdes de l'institution, en contact régulier avec ces patients était présente lors des rencontres. Cela permettait de limiter l'argument selon lequel les résidents auraient été dans une meilleure dynamique communicationnelle lors de la seconde rencontre, ayant déjà rencontré l'expérimentatrice une première fois. Cet argument était également rendu négligeable dans la mesure où un délai de deux à trois semaines s'écoulait entre les situations, limitant fortement l'impact de la première rencontre chez des patients présentant des troubles mnésiques et cognitifs aussi marqués. Enfin, l'expérimentatrice était également familière des résidents dans la mesure où elle était présente chaque semaine une journée complète dans l'institution et circulait régulièrement dans l'étage.

Les rencontres avaient lieu au sein du troisième étage afin de ne pas désorienter davantage les résidents, souvent perturbés par le changement. La plupart des séances ont pu avoir lieu dans un petit salon, plus calme, afin de diminuer les stimulations extérieures. Il est toutefois à noter que deux rencontres ont eu lieu dans le couloir où étaient installés les résidents dans la mesure où ceux-ci n'ont pas souhaité se déplacer et un entretien s'est déroulé dans la chambre d'une patiente alitée.

Les rencontres duraient dix minutes et étaient filmées afin d'en permettre une analyse plus approfondie. Ce temps d'observation se divisait en cinq phases :

- Présentation au patient
- Trajet jusqu'au lieu d'expérimentation
- Temps d'échange « dirigé » et questions
- Temps de non relance
- Clôture de l'entretien.

Une trame générale d'entretien (identique avec et sans chien) avait été établie préalablement pour réduire l'impact de l'expérimentateur dans les rencontres. En voici le détail :

TRAME UNIQUE (sans / avec chien)

1- CONTACT

- Bonjour Madame / Monsieur
- Je m'appelle Clara et je suis stagiaire en logopédie. Je viens passer un moment avec vous. (AVOIR LE SAC ET LA PELUCHE BIEN EN EVIDENCE/ OSCAR EN LAISSE AVEC MOI)
- Je vous propose de venir avec moi dans le salon pour que l'on puisse discuter au calme, car il y a plus de bruit ici (suivant le patient: venez, je peux vous aider à vous lever si vous voulez, vous pouvez me donner le bras, je vais conduire votre chaise)

2- TRAJET

- TEMPS DE TRAJET+ INSTALLATION

3- QUESTIONNAIRE

- Je vais m'asseoir à côté de vous pour que l'on puisse parler plus facilement.
- Comment vous appelez-vous ?
- Aimez-vous les chiens ?
- Préférez-vous les grands ou les petits ?
- Avez-vous parfois peur des chiens ?
- Avez-vous déjà eu un chien/ dans votre entourage ?
- Comment l'appeliez-vous ?
- Avez-vous eu d'autres animaux ? Ah et lesquels ? (si besoin proposer des réponses : - un chat ? -des animaux de la ferme ? -des poules ?)
- Quel est votre animal préféré ?
- Et parfois ici, voyez vous d'autres chiens ? (Khalane, Sacha, Activ'Dog) ?
- Connaissez-vous certaines races de chiens ?
- Aimez-vous les chiens bruns ? les chiens blancs ?
- Est-ce que vous trouvez que les poils des chiens sont doux ?
- Auriez-vous envie de vous promener dans la campagne ?
- Moi j'ai un chien. Il s'appelle Oscar. C'est un jeune chien, il a seulement 10 mois. Il est très affectueux et joueur. Il m'accompagne parfois dans mon travail de logopède.

4- SPONTANE SANS RELANCE DE LA PART DU THERAPEUTE (3 MINUTES).

5- CLOTURE

- Merci beaucoup Madame/Monsieur d'être venu(e) et d'avoir répondu à mes questions.
- Je vais vous raccompagner (dans le réfectoire/ dans votre chambre/ dans le salon)
- Au revoir

Cette trame a été réorganisée plusieurs fois, sur les conseils des logopèdes travaillant dans l'institution. En effet, elle était au départ trop longue (par exemple avec quelques proverbes à compléter, ce qui semblait être une tâche trop complexe pour les patients).

Les interventions du thérapeute étaient réfléchies pour proposer au patient différents types de stimulations. En effet, ont été introduites des questions ouvertes, des questions fermées, des affirmations, des interventions plus ou moins longues ou encore des choix afin que les potentielles compétences déficitaires ne bloquent pas la totalité de l'échange. L'objectif de cet outil était de laisser le moins de place possible à l'intervention propre de l'expérimentateur et d'offrir la plus grande neutralité possible. Malgré cela, il a été difficile de l'utiliser intégralement sans « couper » la communication et l'échange des patients, but premier de cette expérience. Le cadre strict présenté ici a donc dû être dépassé certaines fois, en fonction de ce que proposait le patient (par exemple patients très fluents ou au contraire mutiques, questions trop longues ou nécessité de proposer une répétition).

Cette problématique s'est à nouveau rencontrée dans le choix de prévoir, à la fin de l'entretien, un moment sans relance ni stimulation de la part du thérapeute, ces relances et stimulations pouvant prendre la forme d'interactions verbales mais aussi non verbales (regard, sourire, mouvement...). Lors de l'expérimentation, il s'est montré impossible pour nous de ne pas relancer, de manière réfléchie ou plus spontanée, en fonction de ce que les patients amenaient à l'échange. Ne pas relancer aurait alors pu s'apparenter à de la maltraitance dans certains cas (patient désorienté et mal à l'aise, en demande d'approbation). Etant tous des êtres de communication, sensibles et empathiques, nous avons parfois dû relancer l'échange. Cette partie de l'expérience ne sera pas alors considérée comme « absence de relance » mais plutôt comme « relances limitées en fonction de la nécessité ».

Enfin, la question d'un objet d'attention potentiel a également été posée. En effet, il semblait logique que si la seconde rencontre avait lieu avec la présence d'un chien, la première devait également proposer un objet d'interactions. Sans cela, il aurait pu sembler évident que le nombre d'interactions soit supérieur lors de la seconde rencontre (dans la mesure où l'expérimentateur introduisait un « objet » nouveau et source d'intérêt probable). Afin de limiter le biais du « thème » (question de l'intelligence naturaliste, comme exposé dans la partie théorique de ce travail), il semblait important de sélectionner un objet se rapportant au « chien ». L'idée d'une photographie avait été retenue, mais a été abandonnée,

sur les conseils des logopèdes du home compte tenu des difficultés gnosiques (gnosies visuelles) des patients ; le choix d'un objet en deux dimensions et de petite taille ne semblait pas adapté. Deux objets ont finalement été préférés à cela : une photographie imprimée sur un sac de toile rempli (plus grande taille, verticalité du support et volume) et une peluche.

Le sac de toile, toujours posé à la vue des patients n'a jamais été source d'interaction.

Concernant la peluche, il s'agissait d'un chien (type beauceron) de taille assez grande (soit environ 60 cm) et d'aspect plutôt réaliste. Le choix de ce support nous a cependant posé problème dans la mesure où il s'agissait d'un objet souvent considéré comme infantilisant. C'est sur les conseils de l'équipe du lieu que nous avons toutefois pris la décision d'utiliser une peluche. Il s'est révélé au cours de l'étude que cette dernière était à l'origine d'échange et surtout d'un plaisir incontestable pour certains des participants. La peluche a permis, par sa neutralité, différentes réactions chez les résidents :

- Voir la peluche mais ne pas en faire cas
- Voir la peluche et s'en servir, en la considérant comme une peluche
- La considérer comme un vrai chien, donnant lieu à d'importants échanges
- La considérer comme son propre chien, source de nombreuses projections.

Bien qu'à limiter avec certains patients, la peluche a pu, pour d'autres, être source d'échanges et de plaisir.

2.2. Les patients

Six résidents de l'institution ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Il s'agit de six personnes vivant au troisième étage du home.

Le choix a été réalisé en concertation avec certains membres de l'équipe (logopède, infirmière chef) travaillant au contact de cette population. Nous avons décidé de sélectionner des personnes présentant une démence de stade modéré à sévère et ne communiquant que très peu, tant avec le personnel qu'avec les autres résidents. Il s'agissait donc de personnes isolées mais pour lesquelles nous supposons qu'il restait de bonnes compétences encore exploitables.

L'objectif était donc de voir si une stimulation et un plaisir plus importants, grâce au chien, permettaient de meilleurs résultats sur le plan de la communication.

Voici une rapide présentation des résidents qui ont participé à l'étude :

- Madame J. D. (Patiente 1)

Elle est née en septembre 1925 (et avait donc 89 ans lors de la rencontre). Elle est diagnostiquée comme présentant une maladie d'Alzheimer.

Elle a obtenu 05/30 au dernier MMS passé dans l'institution (le 29/09/ 2014) et il était fait mention d'une orientation très mauvaise.

C'est une patiente que l'équipe décrit comme très en retrait des échanges. Elle se montre toutefois très collaborante lors des rencontres.

- Madame E. L. (Patiente 2)

Elle est née en juin 1931 (et avait donc 83 ans lors de la rencontre). Elle est diagnostiquée comme présentant une maladie d'Alzheimer de stade sévère.

Elle a obtenu 0/30 au dernier MMS passé dans l'institution (passé le 21/01/2015) au cours duquel elle ne donne aucune réponse.

Son état de communication est décrit comme extrêmement faible. Sur le plan moteur, cette dame doit se déplacer en fauteuil.

Lors de la première rencontre la patiente est alitée. De manière générale, elle réalise des mouvements très lents et réagit peu, rendant parfois la communication compliquée.

- Madame L. E. (Patiente 3)

Elle est née en mars 1932 (et avait donc 82 ans le jour de la rencontre). Elle est également diagnostiquée comme présentant une démence Alzheimer de stade sévère. Elle obtient un score de 0/30 au dernier MMS passé dans l'institution (datant du 12/01/2015).

Elle est décrite par l'équipe comme une patiente présentant parfois un caractère violent. Elle se montre toutefois collaborante durant l'entretien.

- Madame J. H. (Patiente 4)

Elle est née en mars 1934 (et était donc âgée de 81 ans lors de la rencontre). Elle est diagnostiquée comme présentant une maladie d'Alzheimer de stade sévère et une atrophie cortico sous corticale. Elle est décrite comme très faiblement autonome, et faisant preuve d'importants troubles cognitifs et comportementaux.

Elle obtient 0/30 lors du dernier MMS réalisé dans l'institution, le 15/07/2014.

Sur le plan moteur, Madame H. se déplace à l'aide d'un fauteuil.

- Monsieur J. F. (Patient 5)

Il est né en octobre 1929, il avait donc 85 ans lors de la rencontre.

C'est un patient ayant présenté un AVC frontal en 2008. Il est diagnostiqué Alzheimer en 2011 mais présentait déjà, dans une scintigraphie réalisée en 2008 une certaine atrophie cortico sous corticale. Un début de démence fronto-temporale est également suspecté.

C'est un résident présentant une très faible autonomie.

Il obtient un score de 2/30 au dernier MMS réalisé, le 06/10/2014.

Il semble posséder une certaine conscience de ses troubles mnésiques, ce qui le plonge parfois dans une importante anxiété.

- Madame A. W. (Patiente 6)

Elle est née en novembre 1926 et avait donc 88 ans lors de la rencontre.

Il est mentionné dans son dossier médical une maladie d'Alzheimer, de stade sévère.

Lors de son dernier MMS, réalisé le 27/01/2015 elle obtient un score de 7/30.

Il s'agit d'une dame sympathique, appréciée par l'équipe médicale, encore fort en demande de contact physique et qui chante souvent.

2.3. Grilles d'observation

Afin de pouvoir objectiver les observations réalisées et d'offrir un cadre structurant, une grille d'observation a été mise en place.

Elle s'inspirait au départ de la grille de Rousseau (présentée dans la partie théorique) mais a dû être largement modifiée en raison de la très faible communication des patients.

La grille obtenue est un tableau à double entrée ; elle se compose donc d'un axe horizontal (reprenant simplement la fréquence des actes et les observations qualitatives et remarques possibles) et d'un axe vertical (détaillant vingt-quatre actes communicationnels).

Nous avons choisi de prendre en compte vingt-quatre actes communicationnels, répartis en deux grandes catégories : actes verbaux et non-verbaux, elles-mêmes subdivisées. Nous avons choisi des gestes à volonté de communication très fréquents dans les échanges interpersonnels dont nous devons mesurer la présence dans une situation 1 sans chien puis une situation 2 avec chien. Afin d'illustrer la triangulation patient-thérapeute-animal, certains critères étaient directement dirigés vers l'animal ou la peluche (dits « objet » dans la grille), tandis que d'autres étaient ceux adressés au thérapeute.

Au niveau verbal, différents points ont été pris en compte.

- Tout d'abord le « fond » des interventions, relatif au contenu de celles-ci (de quoi parle la personne, est-ce un thème relatif à la rencontre, au thérapeute, à l'objet, à la personne elle-même ou est-ce un thème sans lien avec la situation et enfin émet-elle des propos inintelligibles). Cet axe sera étudié d'un point de vue principalement qualitatif.
- Puis la « forme », en lien avec l'intention communicationnelle (la personne parle-t-elle à l'objet ou au thérapeute, initie-t-elle l'échange ou se contente-t-elle de le maintenir, pose-t-elle des questions ou y répond-elle seulement, enfin donne-t-elle son avis).
- La fluence. Quelle est la longueur des énoncés produits et quel est le temps d'échange verbal produit par le sujet durant la rencontre.

Dans la mesure où un même acte verbal pouvait appartenir à deux catégories parallèlement (au niveau de la forme et du fond, par exemple lorsqu'un sujet initiait l'échange avec des propos inintelligibles, ce même acte était comptabilisé en double), l'aspect relatif au « fond » de l'échange sera analysé de manière indépendante, en dehors des totaux. Nous nous intéresserons alors à la répartition thématique des différentes interventions, en situation 1 et en situation 2. NB, le « fond » des échanges analysé ici ne prend en compte que ceux proposés par les patients en dehors des questions posées.

D'autre part, les trois catégories suivantes ne pouvaient pas véritablement se voir attribuer une fréquence « réelle », dans ce cas, une note comprise entre 0 et 5 a été proposée sur estimation du thérapeute, afin de les prendre en compte le plus valablement possible dans les totaux.

- Longueur d'énoncés (0 correspondant à des énoncés très courts et 5 à des énoncés longs et une importante fluence)
- Attention conjointe (0 correspondant à d'importantes difficultés attentionnelles, rendant l'échange difficile, 5 correspondant à une bonne attention de la part du sujet).
- Temps d'échange verbal. La valeur était comptabilisée en minutes. Le résultat, arrondi à l'unité était ensuite ajouté au reste des valeurs.




Au niveau non verbal, les actes repris ont été :

- Les gestes (intentionnels à volonté de signification, destinés à l'objet (caresses), destinés au thérapeute (recherche de contact physique), les acquiescements et refus et enfin les gestes d'inconfort)
- Les sourires et mimiques faciales
- Les regards (dirigés vers l'objet ou vers le thérapeute)
- L'attention (l'attention conjointe entre le patient et le thérapeute semble-t-elle bonne, l'échange est-il maintenu).

Chaque occurrence de comportement était alors notée dans la grille (lors du visionnage d'un film réalisé durant la séance) jusqu'à l'obtention d'un score verbal, d'un score non-verbal et d'un total de communication. Ce travail, effectué pour chaque participant en situation 1 et en situation 2 a permis une étude comparative.

Voici la grille (figure 1 : grille vierge) ainsi réalisée :

Légende :

-  « fond » au niveau verbal
-  « forme » au niveau verbal
-  « fluence »
- T** Totaux
- / Comportement absent

Patient :	Date :	Situation :
	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet		
Parler du Thérapeute		
Parler du contexte		
Parler du sujet lui-même		
Autre sujet		
Propos inintelligible		
TOTAL 1		
Parler à l'Objet		
Initier l'échange		
Maintenir l'échange		
Poser une question		
Répondre à une question		
Donner son avis		
Longueur d'énoncé		
Temps d'échange verbal		
Sous-total		
NON-VERBAL		
Geste intentionnel		
Geste (caresse) vers l'objet		
Contact physique Thérapeute		
Geste d'inconfort		
Sourire		
Mimique faciale		
Acquiescement/ refus		
Regard vers le chien		
Regard vers le Thérapeute		
Attention conjointe		
Sous-total		
TOTAL 2		

Figure 1 : Grille vierge

2.4. Résultats de l'étude

La grille présentée en page suivante (figure 2 : grille des résultats) reprend l'ensemble des résultats obtenus, pour chaque participant en fonction des différents critères observés.

NB : tous les résultats correspondent aux nombres d'actes réalisés, l'unité utilisée est donc l'occurrence des comportements. Le détail des grilles se trouve en annexe 8.

De manière générale, nous avons pu remarquer une amélioration plutôt significative du nombre d'actes communicationnels de la part de l'ensemble des six patients (les résultats ayant présenté une augmentation se trouvant en vert dans le tableau, ceux pour lesquels s'observe une diminution étant en rouge). Le graphique (figure 3 : résultats totaux) en illustre une synthèse. Outre le fait qu'il y ait plus d'interactions en présence du chien, la répartition de celles-ci varie également (voir figure 4 : répartition des types de production et figure 5: répartition des thèmes communicationnels). Nous allons ici détailler nos observations.

Tout d'abord, nous avons pu remarquer une augmentation moyenne de 38 actes communicationnels entre la situation 1 (avec une peluche) et la situation 2 (avec Oscar). Cela signifie que les patients sont passés de 70,33 à 108 interactions entre les deux situations expérimentales (soit une augmentation de 53,56%), évolution non négligeable chez des personnes dont la communication est réduite en raison de la maladie d'Alzheimer. Nous pouvons conclure que dans le cadre de cette étude, la simple présence du chien accompagnant le thérapeute a permis de créer un contexte propice à la communication et a favorisé les échanges patient/thérapeute.

En analysant cela, nous avons pu nous rendre compte qu'en présence du chien, sur un plan formel, les actes langagiers étaient plus variés. En effet, alors que sans le chien, 54,47% des interactions sont des réponses aux questions du thérapeute (suivi par 20% de maintien de l'échange et seulement un très faible pourcentage concernant les initiations, les avis personnels et les questions posées par le participant), la répartition varie en présence du chien. Les patients ne se contentent plus de répondre aux questions posées (35,07 %), ce qui les plaçait dans un rôle plus passif et limitant, mais ils initient plus l'échange (avec le thérapeute 18,48% et le chien 10,43%). Le pourcentage de maintien de l'échange ne varie pas. Ces observations montrent qu'en présence du chien, les patients ont été plus actifs dans l'échange

et ont dû mobiliser un nombre plus important de ressources (en particulier pour initier l'échange). Même si ces résultats restent assez faibles, l'amélioration n'en est pas moins importante (en particulier en valeur absolue) compte tenu des grandes difficultés présentées par les participants.

Parallèlement à cela, sur le plan du « fond », alors que le nombre d'échanges augmente en présence du chien, les propos inintelligibles diminuent (passant de 64,70% à 55,06% des échanges). Il en va de même pour les sujets n'ayant pas de lien avec la rencontre (ils passent de 10,29% à 1,12%). Le thème du sujet lui-même diminue également, au profit des thèmes de l'objet (le chien) et du contexte. Nous pouvons interpréter cela comme une ouverture vers autrui, une meilleure inscription dans la situation présente au moment de l'échange et une diminution de l'égoïsme. Ces remarques viennent appuyer l'importance de l'utilisation d'un chien médiateur, dans la mesure où les objectifs observés (inscription dans l'espace-temps, lien avec la réalité, prise en compte des détails extérieurs) sont centraux dans la prise en charge logopédique de patients déments

En lien avec cela, nous avons pu observer que même si le nombre d'interventions des patients est plus important en situation 2, le temps d'énonciation (comptabilisé en minutes) est généralement plus faible. Nous pouvons expliquer cela car les patients étaient moins logorrhéiques. Dans la mesure où ils étaient beaucoup plus attentifs à leur interlocuteur et impliqués dans un échange construit, les patients écoutaient mieux l'expérimentateur et répondaient de façon plus adaptée. Par exemple l'une des patiente chantait énormément lors de la situation 1, dans une sorte de plaisir auto-érotique, sans prendre en compte l'attitude de son interlocuteur ni les questions posées. Dans le second cas, en présence du chien, la patiente était beaucoup plus attentive au thérapeute, la pragmatique normalement attendue était bien mieux respectée et la patiente a même posé des questions. Le passage de « paroles » vers une véritable communication, montre une prise de confiance de la part du patient. Il laisse la place libre à son interlocuteur et se « met en potentiel danger » dans l'échange (danger de ne pas comprendre ou de ne pas être compris...). Nous pouvons par ces remarques appuyer l'idée que la présence du chien, bienveillant et non jugeant, favorise cette prise de confiance.






La présence du chien crée un objet commun entre le patient et le thérapeute. Alors même que parler revient à abstraire la réalité, ce sont ces fonctions qui sont déficitaires chez les patients Alzheimer. La présence d'un animal, attractive et concrète semble les replacer dans

une réalité tangible. Les patients sont alors mieux compris par leur interlocuteur (moins de propos inintelligibles dans la mesure où ils partagent avec le thérapeute une réalité commune).

Enfin, l'attention des patients (attention conjointe avec le thérapeute, capacité à se rejoindre dans leur échange) était meilleure en présence du chien. Une note a été attribuée en fonction du nombre d'interactions, de la réaction face aux propos du thérapeute, de la capacité d'écoute, de la longueur et de l'intensité des regards). Le chien, par sa capacité d'attraction semble être un merveilleux auxiliaire de la prise en charge logopédique. La présence d'Oscar offrait une meilleure circulation des regards (plus de regards vers le thérapeute, vers le chien mais aussi un suivi oculaire de l'animal lors de ses déplacements). Comme nous l'avons déjà abordé dans la partie théorique, ce facteur permet une stimulation oculaire. A l'image de la « gymnastique oculaire », cette stimulation favorise l'activité cérébrale. Cela peut certainement être avancé comme l'un des facteurs permettant une meilleure communication générale des participants.

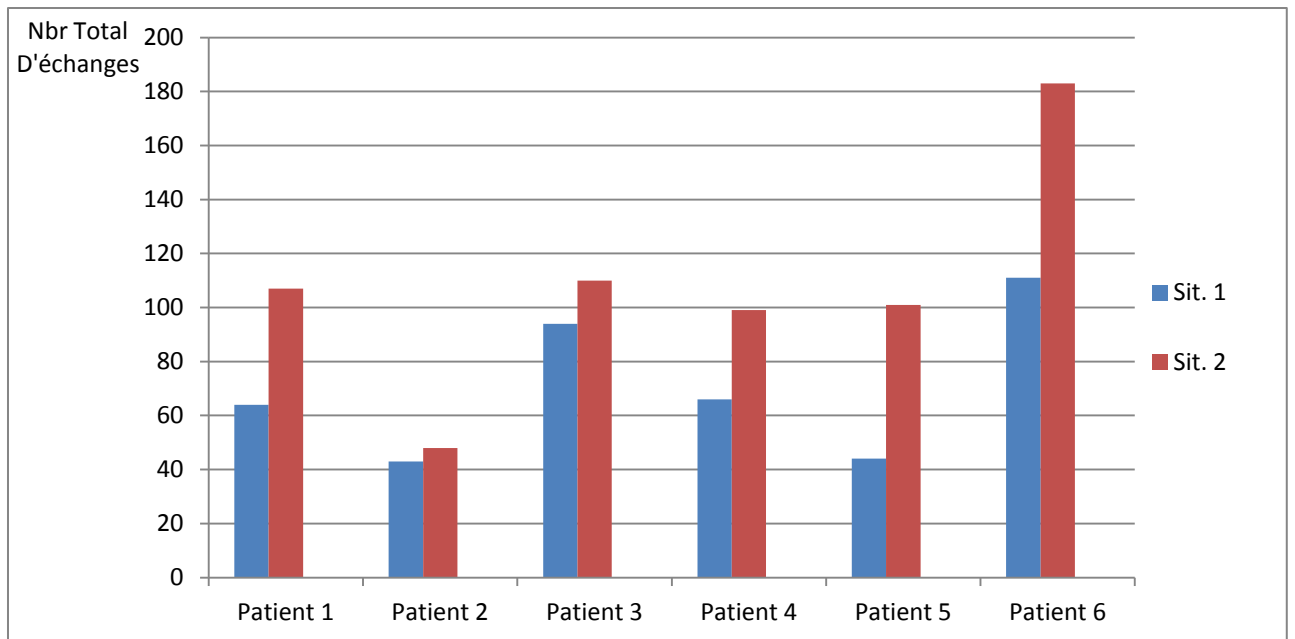
Pour conclure lors de la présence du chien, les participants semblent éprouver plus de plaisir. Ils semblent plus détendus et sourient de plus nombreuses fois (de 27 à 56 pour l'ensemble des patients). Ce plaisir prend toute son importance auprès de patients souvent isolés en raison de leur maladie.

Légende :

-  « fond » au niveau verbal
-  « forme » au niveau verbal
-  « fluence »
- T** Totaux
-  S1 : situation 1 (avec peluche)
-  S2 : situation 2 (avec chien)
- 1** Valeur des fréquences en S1
- 1** Valeur des fréquences ayant augmenté lors de S2
- 1** Valeur des fréquences ayant diminué lors de S2
- 1** Valeur des totaux
- / Comportement absent.

	Patient 1		Patient 2		Patient 3		Patient 4		Patient 5		Patient 6	
	S 1	S 2	S 1	S 2	S 1	S 2	S 1	S 2	S 1	S 2	S 1	S 2
VERBAL												
Parler de l'Objet	1	14	/	2	4	3	/	/	/	6	/	10
Parler du Thérapeute	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1	/	/
Parler du contexte	/	3	/	/	/	3	/	2	/	/	2	3
Parler du sujet lui-même	5	2	/	/	/	/	1	/	/	/	1	/
Autre sujet	5	/	1	/	/	/	/	/	/	1	4	/
Propos inintelligible	4	1	4	3	13	12	13	15	1	2	9	6
TOTAL 1	15	20	5	5	17	18	14	17	1	10	16	19
Parler à l'Objet	2	5	/	/	7	4	/	8	/	2	/	3
Initier l'échange avec th.	1	10	2	1	/	7	/	3	/	6	4	12
Maintenir l'échange	7	11	/	1	7	6	5	5	2	15	4	5
Poser une question	1	4	/	/	/	2	/	/	/	2	6	6
Répondre à une question	18	15	3	8	11	8	8	10	11	15	16	18
Donner son avis	9	7	/	/	/	2	/	/	/	2	/	3
Longueur d'énoncé	5	4	1	2	4	4	1	2	1	4	4	4
Temps d'échange verbal (min.)	5	2,1	0,4	0,5	5,1	2,4	3,2	2,3	0,3	2,2	3	1,5
Sous-total	47	58	7	13	34	36	17	30	14	48	37	51
NON-VERBAL												
Geste intentionnel	1	4	4	/	7	6	13	5	2	4	14	19
Geste (caresse) vers l'objet	/	3	1	/	9	10	1	12	5	3	/	10
Contact physique Thérapeute	/	/	/	/	/	/	3	1	/	/	1	3
Geste d'inconfort	/	/	/	/	/	1	1	/	6	/	3	/
Sourire	2	6	/	/	11	8	3	11	1	11	10	20
Mimique faciale	/	/	1	1	/	4	8	5	/	/	6	1
Acquiescement/ refus	/	7	15	14	3	3	3	3	4	2	19	14
Regard vers l'objet	3	12	4	10	10	21	3	16	5	15	/	22
Regard vers le Thérapeute	9	12	10	8	18	18	10	12	5	14	18	38
Attention conjointe	2	5	1	2	2	3	4	4	2	4	3	5
Sous-total	17	49	36	35	60	74	49	69	30	53	74	132
TOTAL 2	64	107	43	48	94	110	66	99	44	101	111	183

Figure 2 : grille des résultats



Moyenne totale des interactions = 70,33

Moyenne totale des interactions = 108

Figure 3 : résultats totaux du nombre de gestes communicationnels pour chaque patient en S1 et en S2.

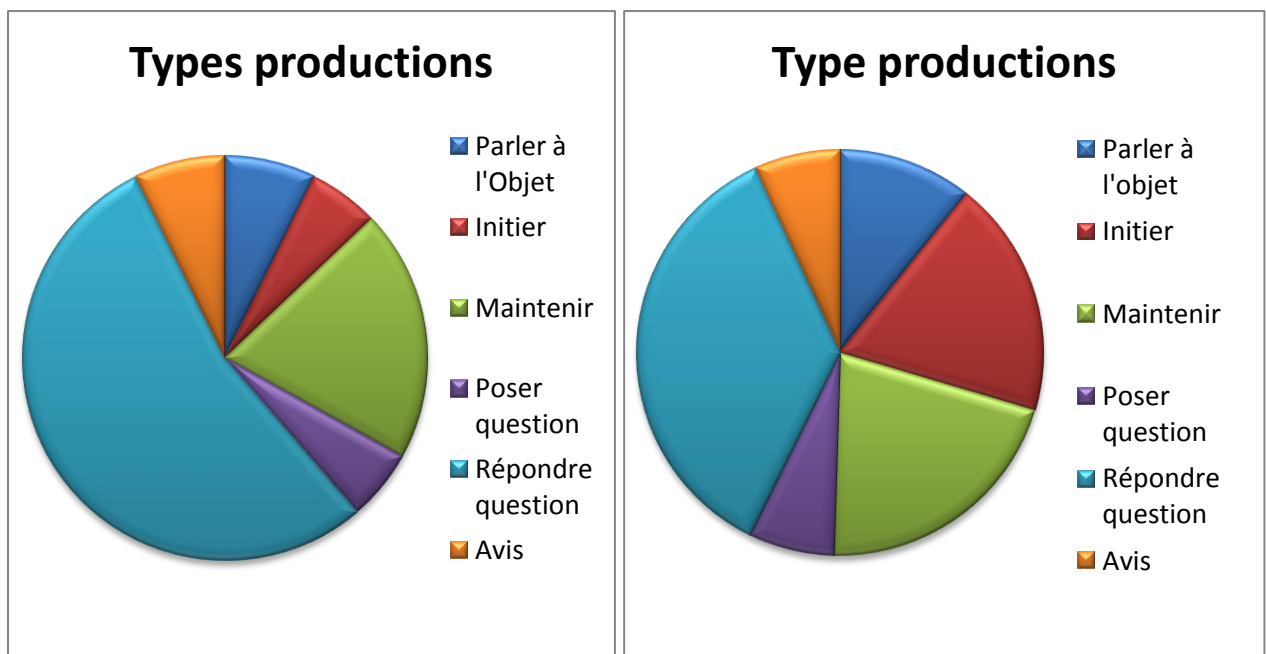
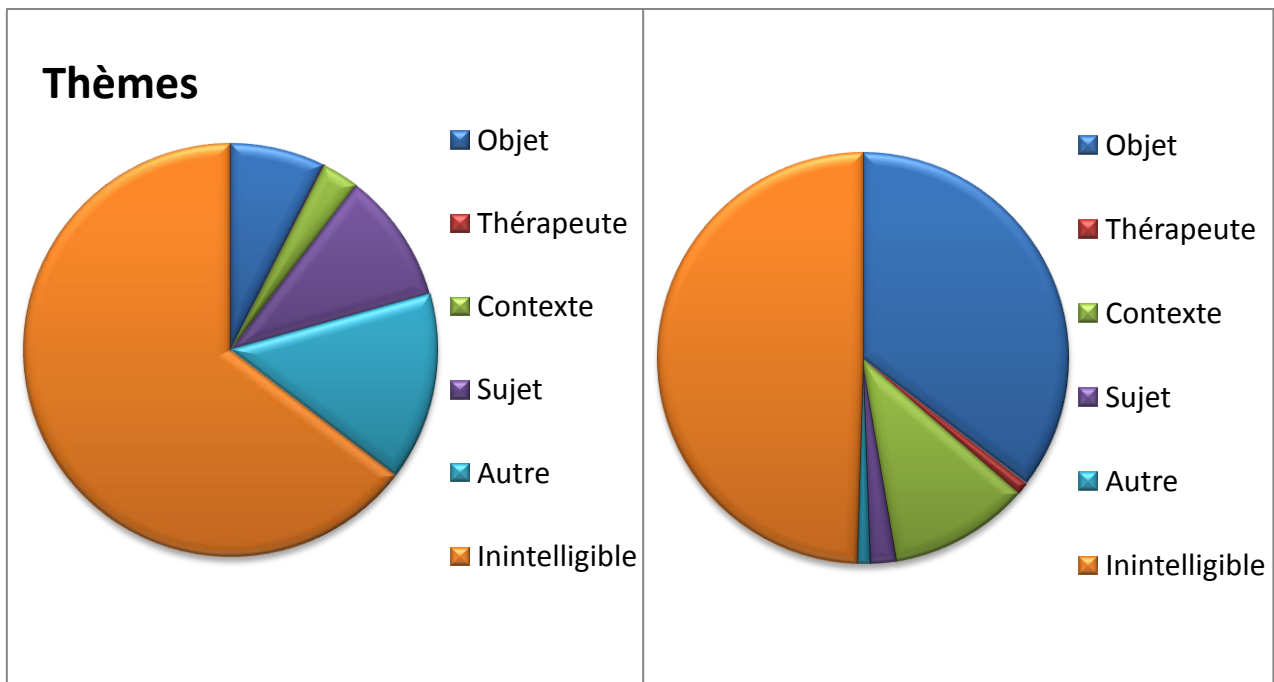


Figure 4 : répartition des types de production.



Situation 1.

Situation 2.

Figure 5 : répartition des thèmes communicationnels.

3- OBSERVATION ET CAS CLINIQUE

En parallèle de l'étude présentée dans la partie précédente, ayant permis de montrer que par sa simple présence le chien avait un impact positif sur la communication de patients Alzheimer, nous nous sommes intéressée à la manière dont le chien pouvait devenir véritable auxiliaire thérapeutique de la prise en charge logopédique, cette fois de manière active dans la thérapie.

Afin d'expérimenter cela, nous avons proposé des séances individuelles et ateliers de groupe de logopédie avec la présence d'un ou plusieurs chiens médiateurs.

3.1. Cas clinique de Madame V.

Madame V. est née en mars 1932 et elle avait donc 82 ans lors de la première rencontre. Elle a été admise dans l'institution le 16 septembre 2014 au troisième étage (étage sécurisé, réservé aux personnes présentant une désorientation) suite à un changement de résidence. Elle est diagnostiquée comme atteinte d'une maladie d'Alzheimer, touchant principalement la mémoire et les fonctions exécutives. Elle possédait un bon niveau socioculturel et intellectuel. Elle est décrite par les infirmières comme quelqu'un de parfois autoritaire avec les autres résidents. Elle suit une médication de neuroleptiques pour réduire les troubles du comportement. Madame V. semble présenter certaines difficultés d'ordre pragmatique. En effet, le tour de rôle est compliqué à maintenir. Elle semble difficilement pouvoir se référer à une structure imposée. Elle montre toutefois une grande envie de communiquer. Le langage apparaît véritablement comme vecteur de communication émotionnelle pour Madame V. qui se livre beaucoup et pleure très souvent. Madame V. semble également aimer le contact physique. Elle est assez tactile et n'hésite pas à prendre les mains des personnes qui l'entourent.

Entre novembre 2014 et mai 2015 des séances logopédiques ont été proposées, avec et sans Oscar à raison d'une fois par semaine (soit une vingtaine de séances sur la période d'expérimentation). La patiente était très enthousiaste en voyant le chien et sa présence semble avoir amené de nombreux bénéfices.

Tout d'abord au niveau mnésique. Il s'agissait de l'une des principales demandes du travail logopédique. La patiente présentait de très importants troubles mnésiques (en particulier concernant la mémoire des faits récents) et semblait incapable d'encoder de nouvelles données. Il s'est toutefois révélé qu'au contact du chien, pour lequel elle présentait un très grand attrait, elle parvenait à mémoriser certaines informations nouvelles. La composante d'une mémoire affective (en lien avec l'idée d'une intelligence émotionnelle) semblait alors rentrer en compte. Tandis qu'elle ne reconnaissait pas la thérapeute lors des sept premières séances sans chien, l'arrivée d'Oscar a montré que la patiente était capable de resituer la thérapeute et le chien (en voyant arriver la thérapeute seule, elle a prononcé le mot « chien ») et parvenait à retrouver le nom de l'animal sur ébauche phonologique et parfois même en spontané.

Les possibilités d'attention conjointe étaient également bien meilleures. Alors qu'il était très difficile de mener à bien un exercice dans son entièreté avec la patiente, il a été possible pour elle de rester centrée sur Oscar durant la totalité des séances (environ 40 minutes). Elle posait des questions le concernant, demandait à le prendre sur ses genoux, commentait ce qu'elle voyait. Cela offrait donc de grandes possibilités relationnelles et permettait une compréhension mutuelle plus poussée. Même si certains mots étaient inintelligibles ou certains propos moins cohérents, la thérapeute les comprenait plus facilement dans la mesure où ils étaient liés à une réalité commune partagée.

L'animal a également été le moyen d'un travail sur les repères spatio-temporels grâce à différentes activités. Par exemple à travers les déplacements que nous effectuions avec lui dans l'institution, mais aussi à travers le séquençage des activités. La mémoire procédurale pouvait également être stimulée ainsi que la motricité (motricité fine mais aussi globale). Certains gestes concrets, se perdant progressivement faute de pratique (brosser et coiffer, préparer un repas et le servir, nettoyer les griffes et les dents...) pouvaient être réinvestis.

Enfin, la présence du chien a été pour la patiente une source évidente de plaisir. Elle cherchait un contact physique et visuel avec lui et il représentait une sorte de dépositaire émotionnel. Alors que l'équipe soignante n'avait jamais relevé certains traits dépressifs de cette dame, le chien lui a offert une oreille à laquelle se confier. Les séances de logopédie, en particulier en présence d'Oscar, donnaient lieu à un très important épanchement émotionnel. Suite à ce constat, l'équipe soignante a pu prendre en charge la patiente de manière optimale.

Exemple de corpus du lundi 23 février, 2'30

- Bonjour M. L., comment allez vous ?
- Je suis triste
- Pourquoi ?
- (regarde Oscar) pour le chien
- Pourquoi donc ?
- Parce qu'il est triste
- Oh vous croyez qu'il est triste ? Pourquoi ? J'ai l'impression qu'il est content, il est venu vous voir aujourd'hui. Regardez-le, il ne fait que passer sous votre chaise (adresse à Oscar : viens viens Oscar, Tiens, tiens là...)
- Il vient sur mes genoux ?

- Il est venu pour vous voir aujourd'hui oui.
- Oui ?
- Oui
- Vous voulez qu'on aille se mettre au salon pour faire une activité avec lui ?
- Oui
- Vous venez avec nous ?
- Oh Oui
- Allez regardez je vais le faire passer sous votre chaise parce qu'il s'est emmêlé de partout, hop, lâchez sa laisse s'il vous plaît et je vous la rends. Viens Oscar. Allez viens hop viens par là. M. L., vous n'avez pas fini votre café, buvez encore un peu non ?
- Oui. (elle boit) Je vous aime
- Moi aussi M. L., cela me fait plaisir de vous voir
- Oui (elle sanglote)
- Allez venez on va aller se mettre au salon. Viens Oscar. Tiens, voilà. Assis.
- Oh il est beau...
- Il est content d'être là, regardez. Vous avez besoin d'aide pour vous lever ? Je vous prends votre café peut-être...
- Euh... je voudrais que je sois avec toi (sanglote à nouveau)
- Oui mais vous allez venir avec moi, nous allons aller nous mettre au salon tous les trois avec Oscar
- Ah oui ?
- On va aller passer un moment au salon
- Oui... oh oui...
- Allez venez. Levez-vous, appuyez-vous un peu à la table, tournez-vous vers moi. Oscar Assis
- Il s'appelle Samson ? (difficultés gnosiques)
- Non, vous vous souvenez comment il s'appelle ?... Il s'appelle Os...
- Oscar (sourire)... Oh il est mignon Oscar... Je suis folle de lui...
- (se lève) Allez Oscar Viens.
- Oh il est beau hein...
- Tenez vous voulez le promener ?
- Oui hein. C'est surtout toi qu'il regarde hein...
- C'est parce que regardez ce que j'ai dans la poche (montre les croquettes). Prenez-en une.

Dans cet extrait de corpus, nous pouvons voir que Madame V. focalise son attention sur l'animal et qu'il est l'objet de la plupart des relances proposées. Elle n'est plus alors, regard vide, dans ses pensées, mais bien ancrée dans la situation présente autour d'elle. Elle décrit ce qu'elle voit (« oh il est beau hein », « c'est surtout toi qu'il regarde »).

Elle parvient également à retrouver le nom du chien sur simple ébauche phonologique ce qui montre des difficultés d'accès mais un encodage encore performant.

Enfin, nous pouvons ici voir le transfert émotionnel que réalise la patiente. Elle exprime ses sentiments (souvent dépressifs) à travers le chien, extériorise sa souffrance tout en cherchant des solutions. De très nombreuses fois, la patiente extrêmement mal souhaitait prendre Oscar sur ses genoux afin de le réconforter et le rassurer. Par là-même, son désir de contact physique, rarement comblé dans l'institution pouvait être assouvi, source d'un plaisir non dissimulé.

3.2. Organisation des séances

Des séances individuelles ont été proposées auprès de patients présentant une démence mais aussi face à un patient aphasique (de très bons exercices d'articulation ont été mis en place). Le patient devait donner différents ordres au chien qui ne les réalisait que lorsqu'ils étaient suffisamment intelligibles. Le patient se sentait alors grandement valorisé par l'intégrité de l'échange. En effet, les animaux ne mentent pas et ne simulent pas. Tout exercice réalisé par le chien signifiait un bon niveau d'intelligibilité réel.

Des séances de groupe ont également pu être présentées. Elles avaient généralement lieu avec plusieurs chiens médiateurs, soit auprès de personnes démentes soit de manière plus « récréatives » avec des résidents valides sur un plan cognitif. Chaque activité remportait un grand succès et la présence de plusieurs chiens et thérapeutes permettait une grande dynamique.

3.3. Création de matériel et axes thérapeutiques

Afin de proposer des séances de médiation canine répondant aux objectifs logopédiques réellement attendus lors des prises en charge, un matériel de base a été créé. Il s'agit d'un « fichier d'activités logopédiques à réaliser avec un chien médiateur ». Les activités ont été testées en pratique et montraient de bons résultats. La trame de base a été modifiée en fonction des situations rencontrées sur le terrain, jusqu'au résultat final, ici présenté, qui pourra bien entendu continuer à évoluer !



Jeu d'intelligence avec Oscar, qui devait retrouver les récompenses cachées par la patiente.

n°	Titre	Objectifs logopédiques
1	Casse-tête	Planification, raisonnement hypothético-déductif, flexibilité, langage oral
2	A vos ordres !	Compréhension de consignes simples, ordres simples en production. Articulation
3	Visée	Motricité, échange communicationnel, ordres simples en production.
4	Le jeu des erreurs	Mémoire de travail, séquentialité, discrimination, orientation spatio-temporelle
5	Tout est en ordre !	Mémoire de travail, séquentialité, orientation spatio-temporelle
6	Trouver la croquette	Pragmatique, lexique des couleurs.
7	Trouver l'objet	Echange communicationnel autour de notions spatiales
8	Praxies	Praxies oro-faciales, abstraction
9	Où est la truffe ?	Schéma corporel et lexique
10	Mots croisés	Travail méta lexical, langage oral, langage écrit
11	Au travail !	Construction et cohérence du discours sur support imagé, lexique, travail mnésique
12	Le chien qui parle	Compréhension du chien (signaux d'apaisement, différents modes de communication), classification, langage oral.
13	A la rencontre d'Oscar	Echange verbal et non verbal, contact physique et plaisir, psychomotricité
14	Le « Kim » toucher	Mémoire long terme, représentations mentales, stimulations kinesthésiques, langage oral.
15	A la douche !	Motricité fine, motricité globale, mémoire procédurale, lexique
16	Puzzle	Motricité fine, raisonnement hypothético-déductif
17	Quatre à la « suite »	Organisation temporelle et spatiale, planification, mémoire épisodique, motricité fine.
18	Quizz	motricité, compréhension, langage oral, mémoire

Voici une activité type, l'ensemble du fichier se trouvant en annexe. Pour chaque activité sont détaillés : les objectifs, la durée approximative, le matériel, le rôle du chien, le déroulement et les potentielles adaptations.

Activité 5 : Tout est en ordre !

Objectif : exercer la mémoire de travail et l'orientation spatio-temporelle

Durée : 20 minutes

Matériel : plots, cerceaux, obstacles, cartes « items » correspondantes (exemples page suivante)

Chien : actif

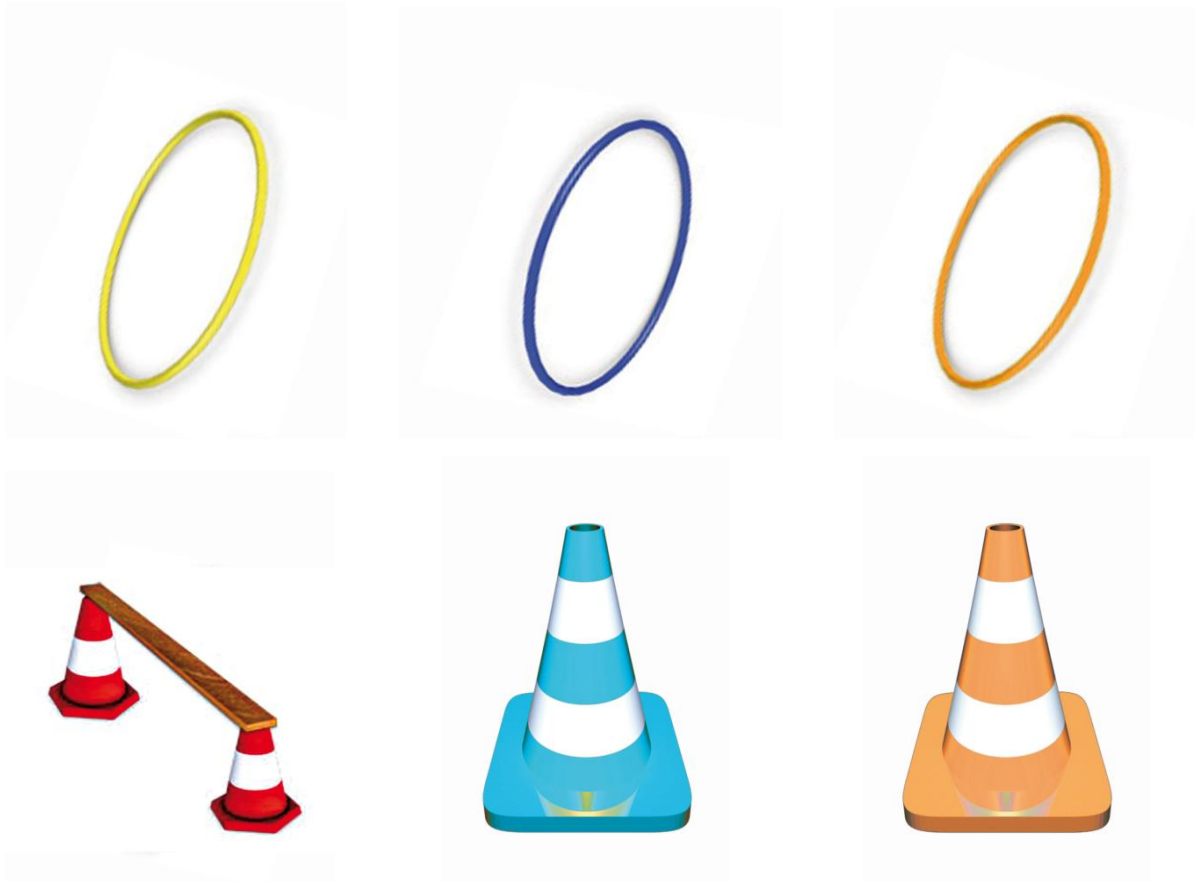
Déroulement : le thérapeute réalise une « série » avec son chien (par exemple une marche au pied, passage dans un cerceau, arrêt assis et contournement d'un plot). Les patients doivent alors retrouver la série.

Exemples d'items à utiliser :

- Marche (lente – rapide)
- Arrêt (debout – assis – couché)
- Contournement de plots (varier les tailles et les couleurs)
- Contournement de cerceaux (varier les tailles et les couleurs)
- Arrêt dans les cerceaux (varier les tailles et les couleurs)
- Slalom entre des piquets ou des plots
- Saut d'un obstacle
- Rotations (quart de tour, demi-tour ou tour complet, à droite ou à gauche)
- Si l'activité est réalisée en intérieur, le mobilier présent pourra être utilisé, par exemple faire le tour d'une chaise ou d'une table. En activité de groupe, un travail sur le nom des participants pourra également être proposé. Le chien ira voir à tour de rôle les différents participants et l'ordre devra à la fin être retrouvé.

Adaptation : pour retrouver la série :

- les patients peuvent dicter oralement au thérapeute (qui devra alors exécuter ce qui lui est proposé).
- un patient peut essayer de reproduire lui-même la série.
- des pictogrammes peuvent être distribués aux patients qui devraient les remettre dans l'ordre de la suite. Cette version peut être utilisée pour les patients ne parvenant plus à oraliser ou comme appui aux troubles mnésiques.
- L'activité peut être pratiquée en groupe (jeu de collaboration) ou en individuel.
- Tout comme l'activité 4, les séries peuvent être plus ou moins longues et comporter une ou plusieurs erreurs en fonction du niveau du patient.



4- DISCUSSION ET CONCLUSION.

Plusieurs critiques peuvent être émises concernant le travail effectué.

Tout d'abord l'une des limites du travail se situe sur le plan du nombre de participants à l'étude. Seuls six patients ont pris part à l'expérimentation, constituant un faible échantillon. Bien que l'ensemble des résultats converge dans le sens d'une amélioration de la communication en présence de l'animal, obtenir un échantillon plus important de sujets permettrait des conclusions plus généralisables et fiables. De même, cinq sixième des personnes étaient des femmes ; proposer une meilleure mixité aurait également été un avantage.

Au niveau du matériel utilisé, le recours à une peluche peut donner une impression d'infantilisation. Cette décision a été réfléchie en équipe et pour une meilleure adaptation aux difficultés gnosiques des patients. L'utilisation de ce type de matériel reste toutefois à nuancer.

Concernant la grille établie, bien qu'inspirée de modèles approfondis et scientifiques, elle ne possède ni validité ni fiabilité statistiques. Aucune fidélité inter-juges n'a pu être mise en place dans la mesure où l'expérimentateur a, à lui seul, analysé les résultats.

Les particularités du public cible choisi ont demandé d'importantes adaptations, ce qui nous a obligé à modifier de nombreuses fois la trame d'entretien préétablie. En effet, l'organisation d'une partie d'entretien sans relance de la part du thérapeute n'a pas pu être mise en place dans la pratique. Les participants étant avant tout des êtres humains, sensibles, il semblait inconcevable de limiter l'échange à une stricte trame rédigée, en particulier dans le cadre d'une étude portant sur la communication. Ce biais est toutefois limité dans la mesure où le choix d'une plus grande souplesse a été proposé à tous les patients, en situation 1 comme en situation 2. De même, toutes les questions prévues n'ont pas été posées systématiquement. Par exemple, lorsque certaines questions, faisant appel de façon trop importante à la mémoire, mettaient le patient à mal en raison de ses atteintes massives, elles étaient remplacées par des questions portant principalement sur le ressenti de la personne.

Au niveau du contexte d'expérimentation, une stricte similitude n'a pas pu être respectée. En effet, alors que toutes les rencontres devaient se dérouler dans le salon de l'institution, certains patients se trouvaient alités et d'autres préféraient rester dans le couloir.

Remplir les grilles d'observations a également été une tâche complexe. La comptabilisation des actes verbaux aurait pu être envisagée différemment. Au niveau qualitatif, seules les interactions initiées par le patient sont prises en compte. Bien que le temps total d'échange puisse refléter la réalité, une vision plus globale aurait certainement pu être recherchée en utilisant d'autres méthodes. De même, certains critères étaient excessivement difficiles à évaluer et se basaient sur une certaine subjectivité de l'expérimentateur (par exemple l'attribution d'une note d'attention conjointe).

D'autre part, au niveau des tableaux, les chiffres ayant augmenté étaient représentés en vert et ceux ayant diminué en rouge. Certains des critères étaient toutefois à prendre à différents niveaux (sans se cantonner à l'image de « positif » ou « négatif » visiblement illustrée). C'est par exemple le cas des « propos inintelligibles ». Devions nous prendre comme « amélioration » leur croissance (car marquant une augmentation des interactions) ou au contraire comme « détérioration » de l'échange.

De manière générale, certaines analyses, souvent basées sur les observations qualitatives vécues lors des séances, ne répondent pas nécessairement à une exactitude scientifique (par exemple le fait que le temps de parole soit plus faible en présence du chien s'explique par une diminution des comportements logorrhéiques n'a pas pu être démontré, mais a été clairement observé).

Enfin, très peu de littérature existant sur le sujet de la médiation animale (ce qui explique l'appui sur de nombreux sites internet et « blogs », recueil précieux de témoignages de terrain), et plus particulièrement concernant son application en logopédie, la partie théorique de ce travail a dû se baser sur une littérature relative aux différents domaines impliqués sans qu'il s'agisse systématiquement de sources spécialisées. La longueur du travail, légèrement supérieure à celle attendue, s'explique également par ce facteur. Sujet peu développé jusqu'alors dans le domaine de la logopédie, il semblait important de le définir suffisamment.

Malgré ces critiques, le travail a été porteur et nous avons lors de ces recherches pu mettre en évidence de nombreux bénéfices dans la communication des personnes âgées, présentant une démence de type Alzheimer, grâce à la présence d'un chien médiateur.

Une première expérimentation a mis en lumière que la simple présence du chien améliorait significativement le nombre mais aussi la qualité des échanges possibles. Les participants présentaient plus d'actes verbaux et non verbaux, passant d'une moyenne de 70 à 108 sur dix minutes d'échange. Sur un plan plus qualitatif, nous avons pu observer la présence d'actes de langage plus variés et une plus grande part d'initiation d'échanges. Cela s'accompagnait d'une baisse des propos inintelligibles et d'un recentrage sur le thème et le contexte de la rencontre. De manière globale, les patients étaient également moins logorrhéiques. Enfin, lors des séances avec Oscar, nous avons pu remarquer une amélioration de l'attention conjointe, un plus grand plaisir, manifesté par un nombre plus important de sourires et enfin un désir de contact physique avec l'animal.

Nous avons également pu relever ces marqueurs sur des prises en charge plus longues (portant sur une vingtaine de séances), dans lesquelles le chien permettait un travail mnésique plus agréable et plus porteur, une meilleure attention conjointe, un vecteur de travail sur les repères spatiaux temporels mais aussi un facilitateur d'exercices portant sur la motricité et enfin source d'un plus grand plaisir communicationnel.

Nous avons enfin pris conscience des modifications offertes par le chien dans la relation avec les équipes soignantes présentes sur les lieux : plus de reconnaissance, plus de dialogue et de façon générale une meilleure intégration.

IV) Conclusion

Ce travail s'inscrit dans un courant actuel qui ne cesse de croître et dans lequel les animaux de compagnie sont associés à la thérapie. Ils y occupent une place de médiateur qui permet une triangulation dans la relation thérapeutique. Il semble désormais de plus en plus évident que leur rôle est véritablement bénéfique, dans de très nombreux domaines de la prise en charge logopédique.

L'expérimentation menée avec Oscar, jeune chien médiateur, auprès de personnes présentant une démence type Alzheimer de stade sévère, a permis de mettre en évidence de nombreux bienfaits. La communication de ces patients, très fortement altérée et parfois atteignant le mutisme, a significativement été améliorée en présence du chien. Nous avons alors mis en lumière le fait que la majorité des vingt-quatre critères choisis pour marquer la communication étaient plus nombreux dans l'expérience réalisée avec chien que dans celle réalisée sans chien. Sur un plan qualitatif, les résultats étaient également très intéressants et montraient une meilleure réceptivité des patients et une plus grande envie communicationnelle.

Le chien semble donc être un excellent médiateur thérapeutique, comme cela a été prouvé de très nombreuses fois, y compris dans la prise en charge logopédique de patients déments. Bien que peu d'études scientifiques aient déjà vu le jour, le nombre croissant de témoignages nous conforte en ce sens.

Pour que cela soit efficace, certains critères restent toutefois indispensables, tels que la formation du thérapeute, celle du chien médiateur, l'implication et la bienveillance de l'équipe mais surtout le désir et la réceptivité du patient face à l'animal.

Ce travail, s'inscrivant donc dans une dynamique commune à de nombreux thérapeutes mais aussi à un renouveau dans la vision de la prise en charge logopédique, gagnerait bien évidemment à être poursuivi et approfondi. Cela pourrait prendre des formes extrêmement variées, dont la plus évidente consisterait à évaluer la procédure élaborée auprès d'une autre population (présentant par exemple troubles attentionnels, handicap mental,

dysphasie ou autisme...) ou en utilisant un autre animal médiateur (chat, oiseau ou rongeur). D'autres développements pourraient viser à multiplier les critères observés, le nombre de patients, proposer une étude relative à d'autres axes de la démence mais il pourrait également s'agir d'approfondir des cas cliniques ou de proposer de plus longues prises en charge. Enfin il semblerait intéressant de poursuivre la création de matériel, les possibilités à explorer restant encore très ouvertes !

V) Bibliographie

ANAE, (2012). *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant. L'animal dans le soin : entre théories et pratiques.* Colloque International. Paris : Pleimédia.

Cyrulnik, B., Digard, J.P., Matignon K.L., Picq, P. (2004). *La plus belle histoire des animaux.* Paris : éditions du Seuil.

DSM IV, texte révisé, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (2000). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson. [en ligne]. <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>

Feil, N. (1977). *Validation, mode d'emploi: techniques élémentaires de communication avec les personnes âgées séniles atteintes de démence type Alzheimer* (2005). Paris: éditions Pradel.

Gardner, H. (2000). *Les intelligences multiples* (Pour changer l'école, la prise en compte des différentes formes d'intelligence). Paris : éditions Retz.

Grandjean, D. & al. (2009). *Guide pratique élevage canin.* Aimargues, France : Royal Canin sas.

Hegewald-Kawich, H. (1996). *Chiens passion : pour bien comprendre son chien et le soigner.* Vanves, France : éditions Hachette.

Larousse (dictionnaire encyclopédique). (2010). Paris : Larousse.

Michalon, J. (2014). *Panser avec les animaux* (sociologie du soin par le contact animalier). Paris : Presse de l'Ecole des Mines.

Micoud, A. (2010). Sauvage ou domestique, des catégories obsolètes ?. Louvain-la-Neuve : éditions de Boeck. [en ligne] <http://www.cairn.info/revue-societes-2010-2-page-99.htm>

Party-Morel, C. (2006). *Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés* (rééducation théorie et pratique). Marseille : éditions Solal.

Rondal, J.A. (2000). *Le langage : de l'animal aux origines du langage humain*. Sprimont, Belgique : éditions Mardaga.

Rousseau, T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Servais, V. (2004). La relation homme-animal (limites et possibilités d'application de ses effets positifs dans le traitement des maladies psychiques). Communication présentée au 72^{ème} symposium Sarre-Lorr-Lux. En ligne [http://documentation.fondation-apsommer.org/fiche.php?fonds=documents&q="Communication"&page=1&record=18](http://documentation.fondation-apsommer.org/fiche.php?fonds=documents&q=)

Servan-Shreiber, D. (2003). *Guérir* (le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse). Paris : éditions Robert Laffont.

Viaud, G. (1895). *De la zoothérapie, ou traitement de l'homme malade par les animaux sains*. Poitiers : Typographie Oudin et cie.

Mémoires :

Cano, G. (2014). *Maladie d'Alzheimer et médiation animale : quel impact sur les troubles du comportement*. (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'ergothérapeute). Institut d'ergothérapie, Montpellier.

Charbonnier, L. (2010). *Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : quels bénéfices pour la communication*. (Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de

capacité d'orthophoniste). Université de Nice Sophia Antipolis, Faculté de médecine, école d'orthophonie.

Greff, H. (2010). *Le chien : auxiliaire en logopédie-orthophonie*. (Travail de fin d'études présenté pour l'obtention du grade académique de Bachelier en logopédie). Communauté française : Haute Ecole Robert Schuman, catégorie paramédicale, 6800 Libramont.

Poujol, C. (2009). *La thérapie facilitée par le chien auprès des personnes âgées résidant en institution*. (Thèse pour obtenir le grade de docteur vétérinaire diplôme d'état). Université Paul-Sabatier, Toulouse.

Trivelin, E. (2003). *L'animal familier à l'hôpital*. (Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'infirmier), Institut de Formation en Soins Infirmiers, Mulhouse.

Sites internet :

Activ'Dog, Développement des activités assistées par l'animal. (n.d.). [en ligne]. <http://www.activdog.be/>

Agatée, les Animaux au service des Personnes Dépendantes. (n.d.). [en ligne]. <http://www.agatea.org>

Blog de la médiation animale et des interactions hommes-animal. (n.d.). [en ligne]. <http://www.mediation-animale.org>

Caniclass, éducation canine et comportement. (n.d.). [en ligne]. <http://educateurcomportementaliste.e-monsite.com/pages/articles/les-signaux-d-apaisement.html>

FCI, Fédération Cynophile Internationale. (n.d.). [en ligne]. <http://www.fci.be/stats.aspx>

Fondation A. et P. Sommer. [en ligne]. <http://www.fondation-apsommer.org/>

INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) : santé et sécurité au travail. (n.d.). [en ligne]. <http://www.inrs.fr>

Institut Français de Zoothérapie. (n.d.). [en ligne]. <http://www.institutfrancaisdezootheapie.com/accueil>

Le chien visiteur. (n.d.). [en ligne]. <http://le.chien.visiteur.free.fr/index.php?op=edito>

Le clos de Ganou, centre de zoothérapie. (n.d.). [en ligne]. http://www.leclosdeganou.fr/nos_animaux.asp

Les chiens et leurs humains. (n.d.). [en ligne]. <https://leschiensetleurshumains.wordpress.com/>

Ministère français de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt. (n.d.). [en ligne]. <http://agriculture.gouv.fr/Animaux-de-compagnie>

Nord Eclair. (27 février 2013). [en ligne]. <http://www.nordeclair.be/672834/article/regions/tournai/actualite/2013-02-27/tournai-le-chien-tosca-un-nouveau-pensionnaire-pour-le-home> (dernière consultation le 10 mai 2015).

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (n.d.). [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr>

Pea-zoothérapie. (n.d.). [en ligne]. http://www.pea-zootheapie.fr/?page_id=26

Shetland club de France. (n.d.). [en ligne]. <http://www.shetlandclubdefrance.com/>

SPF économie, P.M.E, classes moyennes et énergie. (n.d.). [en ligne]. http://statbel.fgov.be/fr/modules/pressrelease/statistiques/marche_du_travail_et_conditions_de_vie/les_chiens_et_les_chats_des_belges.jsp

Trésor de la langue française informatisé (TLFI). (n.d.). [en ligne]. <http://atilf.atilf.fr/tlfi.htm>

Zoothérapie Québec (n.d.). [en ligne]. <http://zootherapiequebec.ca>

Emission radio :

Lasalle, G., Delaury, F., Cheval, P., Le Carrouer, M. *Le 12/13 Ouest Société, France 3*. [en ligne]. (18 janvier 2011). <https://www.youtube.com/watch?v=bOpsZ00x7Q8>

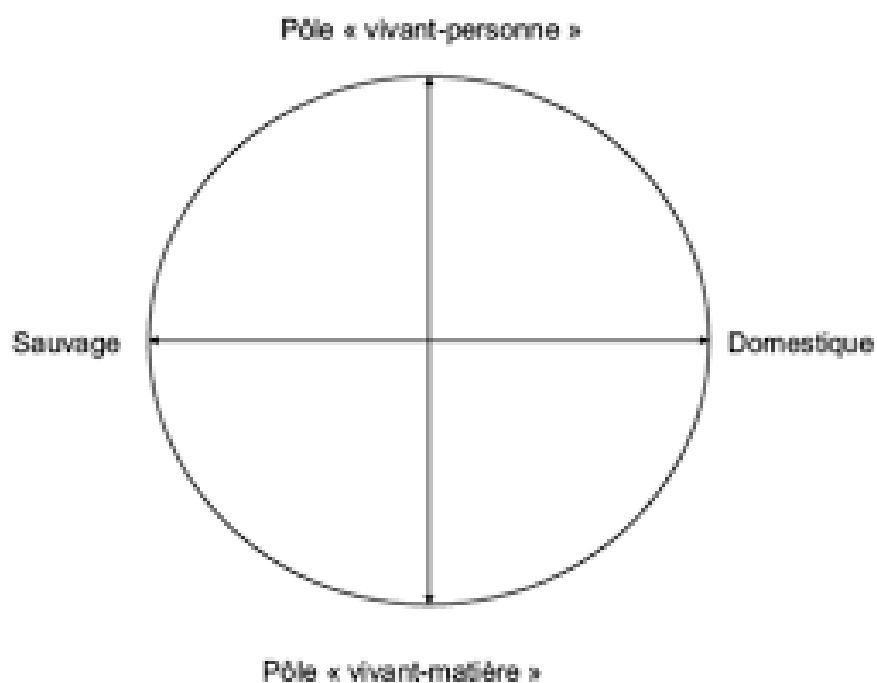
Midi en France, France 3.fr. [podcast en ligne] (11 janvier 2013). <https://www.youtube.com/watch?v=O0rVN4IiTvg>

Vigne, J. D. *La tête au carré*. France inter. [podcast]. (06 février 2013). Paris : Maison de la radio.

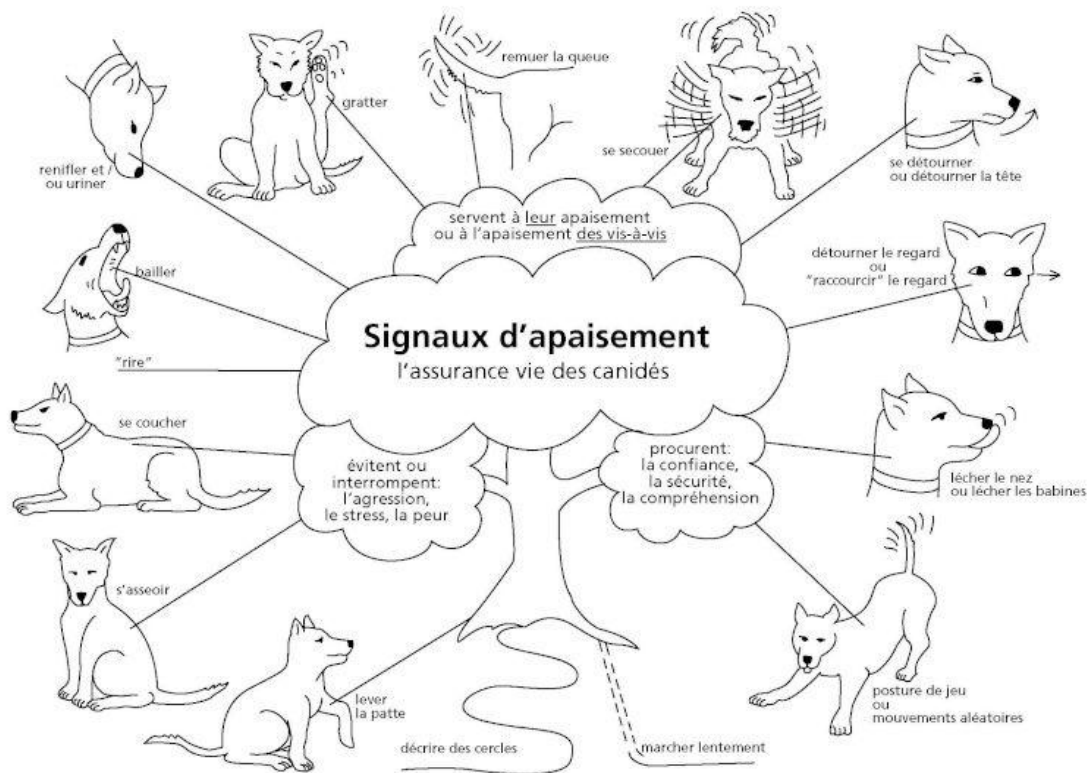
Notes non imprimées :

Degand, M. (2013). Comment nouer le dialogue avec des patients déments. Document non publié. Bruxelles.

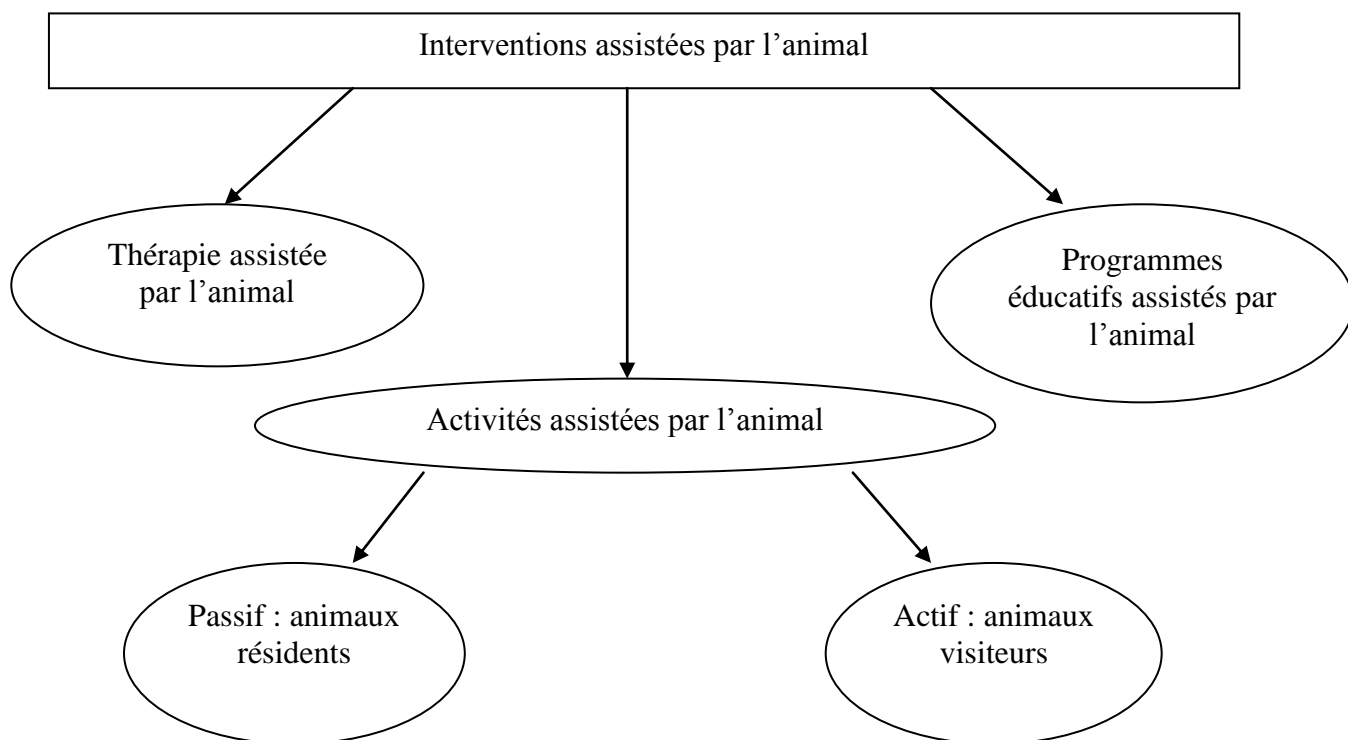
VI) Annexes



Annexe 1 : André Micoud. « Sauvage ou domestique, des catégories



Annexe 2 : les signaux d'apaisement (site caniclass).



Annexe 3 : Les formes d'IAA.

LES ANIMAUX UTILISÉS EN ZOOTHÉRAPIE

CHAT	<ul style="list-style-type: none"> • Auditeur infatigable. • Diminution du stress. • Modification du rythme cardiaque. • Facteur d'apaisement dans les prisons. • Compagnon de jeu pour les enfants. • Substitut de frère ou de sœur. • Suppression du sentiment de solitude chez les personnes âgées. • Apprentissage du deuil. • Dérivatif à l'angoisse.
CHEVAL, ÂNE, PONEY	<ul style="list-style-type: none"> • Rééducation fonctionnelle pour handicapés. • Thérapie par l'équitation pour handicapés mentaux. • Thérapie par l'équitation pour individus souffrant d'affections neuromusculaires.
CHIEN	<ul style="list-style-type: none"> • Aide aux handicapés sensoriels, moteur, mentaux. • Auditeur infatigable. • Diminution du stress. • Modification du rythme cardiaque. • Facteur d'apaisement dans les prisons. • Compagnon de jeu pour les enfants. • Substitut de frère ou de sœur. • Suppression du sentiment de solitude chez les personnes âgées. • Facilitation de la séparation entre enfants et parents lors d'une hospitalisation. • Visites à domicile ou en institution. • Éveil de l'intérêt chez l'enfant autiste. • Apprentissage du deuil. • Dérivatif à l'angoisse.
DAUPHIN	<ul style="list-style-type: none"> • Éveil de l'intérêt chez l'enfant autiste.
OISEAU	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'état psychologique. • Facteur d'apaisement dans les prisons. • Éveil de l'intérêt chez l'enfant autiste. • Apprentissage du deuil. • Dérivatif à l'angoisse.
PETITS ANIMAUX : lapin, tortue, souris, hamster...	<ul style="list-style-type: none"> • Compagnons de jeu pour les enfants. • Apprentissage du deuil. • Dérivatif à l'angoisse.
POISSONS	<ul style="list-style-type: none"> • Facteur d'apaisement dans les prisons. • Diminution du stress chez le dentiste. • Apprentissage du deuil. • Dérivatif à l'angoisse.
SINGE	<ul style="list-style-type: none"> • Aide aux handicapés sensoriels, moteur, mentaux. • Apprentissage du deuil.

Annexe 4 : Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé - Extrait de la page 28 du livre de BOUCHARD (Caroline) et DELBOURG (Christine) - Paris - Editions Albin Michel, 1995, 264 pages. Cité dans « l'animal familial à l'hôpital », mémoire de formation en soins infirmiers, E. Trivellin.

Tableau 5 : Critères de définition de la maladie d'Alzheimer selon le DSMIV

A. Apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoin à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)
2. une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes :
 - a) aphasie (perturbation du langage)
 - b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité malgré des fonctions motrices intactes)
 - c) agnosie (impossibilité de reconnaître des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d) perturbations des fonctions exécutives (faire des projets, organiser dans le temps, avoir des pensées abstraites)

B. Les déficits cognitifs de critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale)
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalémie, neurosyphilis, infection par le HIV)
3. à des affections induites par une substance
4. les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

Annexe 5 : Critères de définitions de la maladie d'Alzheimer selon le DSM IV.

Patient :						Date :					
Situation de communication :						Thème :					
Interlocuteur :						Durée :					

ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feed-back		Absence de cohérence					total
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
Questions											
oui/non											
Wh											
rhétorique											
Réponses											
oui/non											
Wh											
qualification											
Description											
identification											
possession											
événement											
propriété											
localisation											
Affirmation											
règles / faits											
évaluation											
état interne											
attribution											
explication											
Mécanismes conversation.											
Performative											
Divers											
Non verbal											
Résultat											
Résultat											
Résultat											

Annexe 6 : grille d'évaluation communicationnelle, Thierry Rousseau.

Tests de Campbell

Les tests de Campbell peuvent vous aider à déterminer les principaux traits de personnalité du chiot.

N'oubliez pas, toutefois, que même si des traits de personnalité innés sont dominants, le nouveau propriétaire peut les modifier en fonction de la façon dont il prend soin du chien. Il peut accentuer certains traits et en atténuer d'autres.



Test d'attraction

Ce test s'adresse à un chiot de sept semaines environ.

Après avoir doucement déposé le chiot sur le sol, reculez de quelques mètres, tapez doucement dans vos mains et observez le comportement de l'animal :

1. Il court directement vers vous, queue haute, vous saute dessus et lèche vos mains.
2. Il court directement vers vous, queue haute, et vous gratte les mains avec ses pattes.
3. Il vient directement vers vous, en battant de la queue.
4. Il vient vers vous en hésitant, queue basse.
5. Il ne vient pas.



Test d'acceptation de la domination

Ce test devrait être effectué par une personne inconnue du chiot.

Le chiot est couché dans la position du sphinx : caressez-le en appliquant une pression sur sa tête et son dos :

1. Il se bat en griffant, se retourne, gronde et mord.
2. Il se bat et se retourne pour vous griffer.
3. D'abord, il se bat puis il se calme et vous lèche les mains.
4. Il se met sur son dos et vous lèche les mains.
5. Il s'écarte.



Test de la capacité à suivre

Ce test doit s'effectuer sur un chiot à la fois, sans utiliser la voix.

Levez-vous et éloignez-vous lentement, tout en restant à portée de vue du chiot.

1. Il vous suit directement, queue haute, et vous mordille les pieds.
2. Il fait la même chose sans mordiller.
3. Il vous suit directement, queue basse.
4. Il vous suit en hésitant, queue basse.
5. Il ne vous suit pas et s'éloigne.

Annexe 7 : Test de Campbell.

Test de la position debout

Ce test doit être fait par une personne inconnue du chiot.

Placez vos mains sous la poitrine du chiot et mettez-le debout. Maintenez-le dans cette position pendant 30 secondes :

1. Il se bat vigoureusement, grogne et mord.
2. Il se bat vigoureusement.
3. D'abord, il se bat puis il se calme et vous lèche la main.
4. Il ne se bat pas et vous lèche les mains.
5. Il ne se bat pas.



Test de la dominance par contrainte

Ce test doit être effectué par une personne inconnue du chiot.

Couchez le chiot sur le dos et maintenez-le dans cette position pendant 30 secondes en plaçant votre main sur sa poitrine :

1. Il se bat vigoureusement et mord.
2. Il se bat jusqu'à ce qu'il se libère.
3. D'abord il se bat puis il se calme.
4. Il ne se bat pas et vous lèche la main.
5. Il ne se bat pas.



Résultats

Une majorité de réponses 1 :

Dominant-agressif. Non recommandé comme animal de compagnie. Pourrait être un bon chien d'utilité ou de garde s'il est bien éduqué.

Une majorité de réponses 2 :

Têtu. Un chien d'utilité qui aura besoin d'une éducation stricte.

Une majorité de réponses 3 :

Stable et adaptable.

Une majorité de réponses 4 :

Soumis. Animal peu adapté à l'utilité.

Une majorité de réponses 5 :

Inhibé. Chien mal socialisé, imprévisible.

Les résultats peuvent sembler contradictoires. Si c'est le cas, il est préférable de répéter les tests car les circonstances n'étaient peut-être pas idéales (chiot trop jeune, repas, stress, sommeil, etc.).

Annexe 7 : Test de Campbell (suite).

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	1	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	5	Souvenirs+++ lien avec questions
Autre sujet	5	
Propos inintelligibles	4	Au niveau fond, forme ok
TOTAL 1	15	
Parler à l'Objet	2	
Initier l'échange	1	
Maintenir l'échange	7	Commente ce qui lui est dit
Poser une question	1	
Répondre à une question	18	Développe+++ très fluente. Relance.
Donner son avis	9	
Longueur énoncés	5	
Temps d'échange verbal	5	
Sous-total	47	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	1	
Gestes (caresses) vers l'objet	/	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	2	
Mimiques faciales	/	
Acquiescements/ refus	/	
Regards vers le chien	3	
Regards vers le Thérapeute	9	Souvent regard dans le vide
Attention conjointe	2	Difficultés. Beaucoup de « digressions »
Sous-total	17	
TOTAL 2	64	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	14	Lien avec ce qu'elle voit. « Je le vois souvent passer »
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	3	Cohérent, suivi
Parler du sujet lui-même	2	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	1	Au niveau fond, contenu difficile d'accès
TOTAL 1	20	
Parler à l'Objet	5	« eh ma pupuce »
Initier l'échange	10	
Maintenir l'échange	11	
Poser une question	4	
Répondre à une question	15	
Donner son avis	7	
Longueur énoncés	4	
Temps d'échange verbal	2,1	
Sous-total	58	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	4	Montre le chien
Gestes (caresses) vers l'objet	3	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	6	
Mimiques faciales	/	
Acquiescements/ refus	7	
Regards vers le chien	12	Le suit des yeux lorsqu'il se déplace.
Regards vers le Thérapeute	12	
Attention conjointe	5	TB, s'appuie sur le contexte, échange +++
Sous-total	49	
TOTAL 2	107	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		Globalement peu de réactions...
Parler de l'Objet	/	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	1	
Propos inintelligibles	4	Assez confuse
TOTAL 1	5	
Parler à l'Objet	/	
Initier l'échange	2	
Maintenir l'échange	/	
Poser une question	/	
Répondre à une question	3	« je ne sais plus ». Intensité --- Seulement questions fermées...
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	1	
Temps d'échange verbal	0,4	
Sous-total	7	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	4	Hausse les épaules
Gestes (caresses) vers l'objet	1	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	/	
Mimiques faciales	1	
Acquiescements/ refus	15	Hoche la tête parfois non intentionnel...
Regards vers le chien	4	
Regards vers le Thérapeute	10	Longs. Très statiques
Attention conjointe	1	
Sous-total	36	
TOTAL 2	43	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	2	Pas toujours bien intelligible
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	3	Incohérence fond, forme difficilement intelligible
TOTAL 1	5	
Parler à l'Objet	/	
Initier l'échange	1	
Maintenir l'échange	1	« bonjour »
Poser une question	/	
Répondre à une question	8	
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	2	
Temps d'échange verbal	0,5	
Sous-total	13	
NON-VERBAL		Mouvements très lents. Parle peu...
Gestes intentionnels	/	
Gestes (caresses) vers l'objet	/	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	/	
Mimiques faciales	1	
Acquiescements/ refus	14	Pour répondre aux questions.
Regards vers le chien	10	Le suit des yeux lorsqu'il est au sol
Regards vers le Thérapeute	8	
Attention conjointe	2	
Sous-total	35	
TOTAL 2	48	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	4	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	13	Seuls quelques rares mots intelligibles, logorrhée.
TOTAL 1	17	
Parler à l'Objet	7	Plus intelligible dans ce cas
Initier l'échange	/	
Maintenir l'échange	7	
Poser une question	/	
Répondre à une question	11	Souvent oui/non
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	4	
Temps d'échange verbal	5,1	
Sous-total	34	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	7	
Gestes (caresses) vers l'objet	9	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	11	+ rires
Mimiques faciales	/	
Acquiescements/ refus	3	
Regards vers le chien	10	Longs / regards dans le vague
Regards vers le Thérapeute	18	Courts et cligne des yeux
Attention conjointe	2	Bonne triangulation, logorrhéique
Sous-total	60	
TOTAL 2	94	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	3	Triangulation, inclut le thérapeute. « regarde ça ! »
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	3	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	12	Parfois mots sans lien avec contexte
TOTAL 1	18	
Parler à l'Objet	4	
Initier l'échange	7	Initiations +++
Maintenir l'échange	6	
Poser une question	2	
Répondre à une question	8	
Donner son avis	2	
Longueur énoncés	4	
Temps d'échange verbal	2,4	
Sous-total	36	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	6	
Gestes (caresses) vers l'objet	10	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	1	Sursaute
Sourires	8	+ rires
Mimiques faciales	4	
Acquiescements/ refus	3	
Regards vers le chien	21	Le suit des yeux, beaucoup de regards courts
Regards vers le Thérapeute	18	TB circulation du regard, active
Attention conjointe	3	
Sous-total	74	
TOTAL 2	110	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	/	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	1	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	13	Majorité des propos incompréhensibles. Persévérations syllabes ou phonèmes
TOTAL 1	14	Prosodie conservée
Parler à l'Objet	/	
Initier l'échange	/	
Maintenir l'échange	5	
Poser une question	/	
Répondre à une question	8	
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	1	
Temps d'échange verbal	3,2	
Sous-total	17	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	13	Ne prend pas l'objet tendu. Mimes
Gestes (caresses) vers l'objet	1	
Contact physique Thérapeute	3	
Gestes d'inconfort	1	
Sourires	3	
Mimiques faciales	8	
Acquiescements/ refus	3	
Regards vers le chien	3	
Regards vers le Thérapeute	10	Longs
Attention conjointe	4	
Sous-total	49	
TOTAL 2	66	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	/	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	2	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	15	Souvent incompréhensible. Fluente
TOTAL 1	17	
Parler à l'Objet	8	
Initier l'échange	3	Avec le chien
Maintenir l'échange	5	« Merci »
Poser une question	/	
Répondre à une question	10	
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	2	
Temps d'échange verbal	2,3	
Sous-total	30	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	5	Montre du doigt, hausse les épaules
Gestes (caresses) vers l'objet	12	Caresses calmes, douceur
Contact physique Thérapeute	1	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	11	Rires +++
Mimiques faciales	5	
Acquiescements/ refus	3	
Regards vers le chien	16	Suit des yeux, le cherche +++
Regards vers le Thérapeute	12	
Attention conjointe	4	
Sous-total	69	
TOTAL 2	99	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	/	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	1	
TOTAL 1	1	
Parler à l'Objet	/	
Initier l'échange	/	
Maintenir l'échange	2	« Bonjour » « bien sûr »
Poser une question	/	
Répondre à une question	11	Parfois inadéquat, difficultés mnésiques
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	1	Peu fluent, répond souvent 1 seul mot...
Temps d'échange verbal	0,3	
Sous-total	14	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	2	
Gestes (caresses) vers l'objet	5	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	6	Mal à l'aise difficultés mnésiques
Sourires	1	
Mimiques faciales	/	
Acquiescements/ refus	4	
Regards vers le chien	5	
Regards vers le Thérapeute	5	Très longs regards, peu de réactions
Attention conjointe	2	
Sous-total	30	
TOTAL 2	44	

Patient :J.F. patient 5

Date :26/03/2015

Situation : S2

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	6	Demande le nom du chien
Parler du Thérapeute	1	
Parler du contexte	/	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	1	
Propos inintelligibles	2	Marmonne
TOTAL 1	10	
Parler à l'Objet	2	
Initier l'échange	6	« Regardez ça ! »
Maintenir l'échange	15	
Poser une question	2	
Répondre à une question	15	Peu fluent. Parfois réponses élaborées.
Donner son avis	2	
Longueur énoncés	4	
Temps d'échange verbal	2,2	
Sous-total	48	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	4	Vers le chien, joue, interagit
Gestes (caresses) vers l'objet	3	
Contact physique Thérapeute	/	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	11	
Mimiques faciales	/	
Acquiescements/ refus	2	
Regards vers le chien	15	
Regards vers le Thérapeute	14	
Attention conjointe	4	
Sous-total	53	
TOTAL 2	101	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	/	
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	2	
Parler du sujet lui-même	1	
Autre sujet	4	
Propos inintelligibles	9	
TOTAL 1	16	
Parler à l'Objet	/	
Initier l'échange	4	Chante beaucoup
Maintenir l'échange	4	
Poser une question	6	Intelligibles, lien avec le contexte
Répondre à une question	16	
Donner son avis	/	
Longueur énoncés	4	
Temps d'échange verbal	3	
Sous-total	37	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	14	
Gestes (caresses) vers l'objet	/	
Contact physique Thérapeute	1	
Gestes d'inconfort	3	
Sourires	10	
Mimiques faciales	6	
Acquiescements/ refus	19	
Regards vers le chien	/	
Regards vers le Thérapeute	18	Longs
Attention conjointe	3	
Sous-total	74	
TOTAL 2	111	

	Fréquence	Remarques
VERBAL		
Parler de l'Objet	10	De façon cohérente, décrit ce qu'elle perçoit
Parler du Thérapeute	/	
Parler du contexte	3	
Parler du sujet lui-même	/	
Autre sujet	/	
Propos inintelligibles	6	
TOTAL 1	19	
Parler à l'Objet	3	
Initier l'échange	12	Chante, décrit, veut porter le chien
Maintenir l'échange	5	
Poser une question	6	Relatives au chien
Répondre à une question	18	
Donner son avis	3	Demandes de clarification
Longueur énoncés	4	
Temps d'échange verbal	1,5	
Sous-total	51	
NON-VERBAL		
Gestes intentionnels	19	Clin d'œil, pointe...
Gestes (caresses) vers l'objet	10	
Contact physique Thérapeute	3	
Gestes d'inconfort	/	
Sourires	20	Rires
Mimiques faciales	1	
Acquiescements/ refus	14	
Regards vers le chien	22	+/- longs, bien dirigés, intenses.
Regards vers le Thérapeute	38	
Attention conjointe	5	
Sous-total	132	
TOTAL 2	183	

