UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE: 2016 THESE 2016 / TOU3 / 2033

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement par

PASTOR Marion

LA THERAPIE ASSISTEE PAR L'ANIMAL : ETUDE DE 16 CAS SUR LES EFFETS DE L'EQUITHERAPIE ET DE L'ANISOTHERAPIE EN EHPAD

13 juin 2016

JURY

Directeur de thèse : Professeur Sophie DOISNEAU-SIXOU

Président : Professeur Bettina COUDERC 1er assesseur : Professeur Sophie DOISNEAU-SIXOU 2ème assesseur : Docteur Laëtitia GRIMONT 3ème assesseur : Mme Sarah HEIMANN



PERSONNEL ENSEIGNANT de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier au 1^{er} octobre 2015

Professeurs Émérites

M. BASTIDE R M. BERNADOU J M. CAMPISTRON G

M. CAMPISTRON G M. CHAVANT L Mme FOURASTÉ I M. MOULIS C

M. ROUGE P

Pharmacie Clinique Chimie Thérapeutique Physiologie Mycologie Pharmacognosie Pharmacognosie

Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CHATELUT E
M. FAVRE G
M. HOUIN G
M. PARINI A
M. PASQUIER C (Doyen)
Mme ROQUES C
Mme ROUSSIN A
Mme SALLERIN B
M. SIÉ P
M. VALENTIN A

Pharmacologie Biochimie Pharmacologie Physiologie Bactériologie - Virologie Bactériologie - Virologie Pharmacologie Pharmacie Clinique Hématologie Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A Mme BAZIARD G Mme BENDERBOUS S M. BENOIST H Mme BERNARDES-GÉNISSON V Mme COUDERC B M. CUSSAC D (Vice-Doyen) Mme DOISNEAU-SIXOU S M. FABRE N M. GAIRIN J-E Mme MULLER-STAUMONT C Mme NEPVEU F M. SALLES B M. SÉGULB M. SOUCHARD J-P Mme TABOULET F M. VERHAEGHE P

Biologie
Chimie pharmaceutique
Mathématiques — Biostat.
Immunologie
Chimie thérapeutique
Biochimie
Physiologie
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Toxicologie - Sémiologie
Chimie analytique
Toxicologie Cellulaire
Chimie analytique
Droit Pharmaceutique
Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Mme ARÉLLANO C. (*)

Hospitalo-Universitaires

M. CESTAC P Mme GANDIA-MAILLY P (*) Mme JUILLARD-CONDAT B M. PUISSET F Mme SÉRONIE-VIVIEN S Mme THOMAS F

Pharmacie Clinique Pharmacologie Droit Pharmaceutique Pharmacie Clinique **Biochimie** Pharmacologie

Universitaires

Mme AUTHIER H Parasitologie M. BERGÉ M. (*) Bactériologie - Virologie Mme BON C M. BOUAJILA J (*) Mme BOUTET E M. BROUILLET F Mme CABOU C Mme CAZALBOU S (*) Mme CHAPUY-REGAUD S Mme COSTE A (*) M. DELCOURT N Mme DERAEVE C Mme ÉCHINARD-DOUIN V Mme EL GARAH F Mme EL HAGE S Mme FALLONE F Mme FERNANDEZ-VIDAL A Mme GIROD-FULLANA S (*) Mme HALOVA-LAJOIE B Mme JOUANJUS E Mme LAJOIE-MAZENC I Mme LEFEVRE L Mme LE LAMER A-C M. LEMARIE A M. MARTI G Mme MIREY G (*) Mme MONTFERRAN S M. OLICHON A M. PERE D Mme PORTHE G Mme REYBIER-VUATTOUX K (*) M. SAINTE-MARIE Y M. STIGLIANI J-L M. SUDOR J Mme TERRISSE A-D Mme TOURRETTE A Mme VANSTEELANDT M

Biophysique Chimie analytique Toxicologie - Sémiologie Pharmacie Galénique Physiologie Pharmacie Galénique Bactériologie - Virologie Parasitologie Biochimie Chimie Thérapeutique Physiologie Chimie Pharmaceutique Chimie Pharmaceutique Toxicologie Toxicologie Pharmacie Galénique Chimie Pharmaceutique Pharmacologie Biochimie Physiologie Pharmacognosie Biochimie Pharmacognosie Toxicologie Biochimie Biochimie Pharmacognosie Immunologie Chimie Analytique Physiologie Chimie Pharmaceutique Chimie Analytique Hématologie Pharmacie Galénique Pharmacognosie

Mathématiques

Chimie Thérapeutique

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Mme WHITE-KONING M

Assistants Hospitalo-Universitaires

Mme COOL C Physiologie Mme FONTAN C Biophysique Mme KELLER L Biochimie Mme PALUDETTO M.N (**) Chimie thérapeutique M. PÉRES M. Immunologie Pharmacie Clinique Mme ROUCH L Mme ROUZAUD-LABORDE C Pharmacie Clinique

(**) Nomination au 1er novembre 2015

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, le Pr. Sophie DOISNEAU-SIXOU

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour avoir accepté si chaleureusement de diriger cette thèse et ainsi de m'avoir permis de travailler sur un sujet qui me tenait particulièrement à cœur. Un grand merci pour avoir toujours été attentive, disponible et à mon écoute. Et je vous suis surtout très reconnaissante pour vos précieuses corrections qui ont permis le meilleur aboutissement de ce travail.

Au Pr. Bettina COUDERC,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté avec enthousiasme de présider mon jury de thèse.

A Mme Sarah HEIMANN,

Tout d'abord un grand merci d'avoir accepté d'intégrer ce jury. Sans ton travail cette deuxième partie n'aurait pas pu être écrite. Merci aussi de m'avoir familiarisé et sensibilisé à ton métier d'équithérapeute et de m'avoir permis d'assister à tes séances d'équithérapie et d'anisothérapie qui ont été pour moi particulièrement enrichissantes.

Un immense merci au Directeur de « La croix du Sud » qui a accepté que je mène mon étude dans son établissement ainsi qu'à l'ensemble des personnes qui ont aussi participé au remplissage des questionnaires et qui ont donc accordé de leur temps pour cette thèse.

Et bien sûr, Je tiens aussi à remercier les patients de l'EHPAD de Fabas pour leur participation.

Au Dr. Laëtitia GRIMONT,

Merci à toi d'être là pour ce jour important. Merci surtout de m'avoir donné l'envie de faire ce beau métier et d'être comme toi une pharmacienne d'officine rigoureuse et proche de ses patients. Avec l'espoir qu'un jour nous nous retrouverons peut-être de nouveau derrière le même comptoir.

A ma famille,

Merci à mes parents, à mon frère Rémi, à mes grands-parents, à mon oncle et à ma tante (sans oublier Inès) d'avoir toujours été là pour moi dans les bons et les moins bons moments. Merci à vous de m'avoir encouragée pendant ces six longues années de pharmacie. Merci aussi à ma Marraine et Germain de s'être toujours intéressés à mon parcours.

A Olivier,

Merci pour ton soutien infaillible, tes précieuses relectures, ta patience sans bornes et surtout ton amour.

A mes amis de la Faculté de pharmacie et de Toulouse,

D'abord à mes fidèles amies que j'adore, toujours d'un grand soutien et surtout adeptes de mes « Oops!... I Did It Again » : Johanna, Sophie C, Sophie B, Orianne et Selma. A ma gersoise préférée Marine. Un grand merci à Mayé pour ton aide précieuse. A ma binôme Lolita et nos TPs de galénique particulièrement réussi! A Dorian et Pauline ainsi qu'à tous les autres...!

A mes amis rencontrés derrière le comptoir,

D'abord à Villeneuve-de-la-Raho avec Céline et Nathalie. A Fort-de-France, où j'ai passé trois merveilleux mois avec Jeanine, Isabelle, Anaïs et Marie-France (le carton s'en souvient encore). Dans le Gers avec Carine et Aurore. Et désormais à Strasbourg avec Christelle, Christian, Marcia, M. Litzler, Ny et tous les autres. Merci ! Pour tout ce que vous avez pu m'amener aussi bien sur un plan professionnel qu'humain.

Merci aussi à Lila, Alice, Leïla, Bénédicte, Christine et Bruno que j'espère avoir toujours dans ma vie et à Dorothée bien sur qui est toujours là pour moi et dont les conseils me sont très précieux.

Enfin une pensée pour Câline, Jazzy et Muesli qui m'ont chacun à leur manière confirmé les bienfaits d'avoir un animal à ses côtés.

TABLE DES MATIERES

Remerci	ements	3
Table de	s illustrations	7
Liste des	abréviations	8
Introduc	tion	11
PARTIE 1	: LA THERAPIE ASSISTEE PAR L'ANIMAL	12
1 Pr	esentation	12
1.1	Historique	12
1.2	Définitions et différentes formes de zoothérapie	13
1.3	Les animaux	14
1.4	Le statut de la TAA en France	15
1.5	La Formation de zoothérapeute	16
1.6	Le coût de la TAA	18
1.7	Le statut de la TAA dans les pays autres que la France	19
2 Ef	ficacité et domaines d'actions	20
2.1	L'efficacité de la Thérapie Assistée par l'Animal	25
2.2	Les troubles psychiatriques	27
2.3	La personne agée en institution	32
3 H	ypothèses concernant les effets de la TAA	40
3.1	L'hypothèse de l'Effet Tampon (ou The stress-buffering hypothesis)	40
3.2	L'hypothèse de l'Effet Direct (ou The main effects hypothesis)	40
3.3	L'hypothèse de la biophilie	40
3.4	Les médiateurs du stress	40
3.4	La personnalisation	43
4 Co	omparaison aux autres thérapies	43
5 Le	es craintes liées à la TAA	44
5.1	La peur de l'animal	44
5.2	L'allergie	45
5.3	Le risque de blessure du patient	46
5.4	Le bien-être de l'animal	46

	5.5	La qualité des études	.48
6	La t	hérapie par le cheval	49
	6.1	Les différentes formes	.49
	6.2	Efficacité de la Thérapie par le Cheval	.51
PAF	RTIE II :	ETUDE MENEE A L'EHPAD LA CROIS DU SUD A FABAS (ARIEGE)	56
1	Intr	oduction	56
2	Obj	ectif	56
3	Suje	ets et Méthodes	57
	3.1	Questionnaire Personnel soignant	.58
	3.2	Questionnaire Patient	.63
4	Rés	ultats	65
	4.1	Questionnaire Personnel Soignant	.65
	4.2	Questionnaire Patient	.75
5	Disc	cussion	79
6	Con	clusion	80
Cor	clusion	1	82
Anr	nexes		84
REF	ERENC	ES BIBLIOGRAPHIQUES1	12
REF	ERENC	ES WEBOGRAPHIQUES1	116

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

() la nien . 42
pie
,01.
. 52
rès
. 54
. 23
. 34
. 35
. 66
l de
. 67
que
. 71
oint
. 73
oins
. 76
que
. 78
n . a , . o .

LISTE DES ABREVIATIONS

AAA: « Animal Assisted Activities » ou Activité Assistée par l'Animal

AAI: « Animal Assisted Intervention » ou Intervention Assistée par l'Animal

AAT: « Animal Assisted Therapy » ou Thérapie Assistée par l'Animal

AFIRAC : Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AVC: Accident Vasculaire cérébral

BSI: « Brief symptom Inventory » ou Inventaire Bref des Symptômes

BSI-Anx: « BSI-Anxiety » ou IBS-Anxiété

BSI-Dep : « BSI-Depression » ou IBS-Depression

BSI-Host: « BSI-Hostility » ou IBS-Hostilité

BSI-InterpSens: « BSI-Interpersonal Sensitivity » ou IBS-Sensibilité Interpersonnelle

BSI-Paranoid-Id: « BSI-Paranoid Ideation » ou IBS-Idées Paranoïaques

BSI-PhobAnx: « BSI-Phobic Anxiety » ou IBS-Anxiété Phobique

BSI-Psych : « BSI-Psychoticism » ou IBS-Psychotisme

BSI-ObsComp: « BSI-Obsessive-Compulsive » ou IBS-Trouble Obsessionnel Compulsif

BSI-Som: « BSI-Somatization » ou IBS-Somatisation

CDAPH: Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

DU: Diplôme Universitaire

EFCMA: Ecole Franco Canadienne de Médiation Animale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FENTAC : Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval

GDS: « Geriatric Depression Scale » ou Echelle de Dépression Gériatrique

GIENTAC: Groupe International d'Etudes en Thérapie Avec le Cheval

IAHAIO: « International Association of Human-Animal Interaction Organizations » ou Association Internationale des Organisations s'occupant des Interactions entre l'Homme et l'Animal

ICD-10: « International Classification of Diseases » ou Classification Internationale des Maladies

ICF : « International Classification of Functioning Disability and Health » ou Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

ICF-CY: « ICF-Children and Youth » ou CIF-Enfants et Adolescents

IFEq : Institut de Formation en Equithérapie

IFZ : Institut Français de Zoothérapie

IRSNA: Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS: Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LEIPAD CFS: « LEIPAD Cognitive Functioning Scale » ou LEIPAD Echelle de Fonctionnement Cognitif

LEIPAD DAS : « LEIPAD Depression and Anxiety Scale » ou LEIPAD Echelle de Dépression et d'Anxiété

LEIPAD LSS: « LEIPAD Life Satisfaction Scale » ou LEIPAD Echelle de Satisfaction de Vie

LEIPAD PFS : « LEIPAD Physical Functioning Scale » ou LEIPAD Echelle de Fonctionnement physique

LEIPAD SCS: « LEIPAD Self-Care Scale » ou LEIPAD Echelle d'Auto-soins

LEIPAD SFS: « LEIPAD Social Functioning Scale » ou LEIPAD Echelle de Fonctionnement Social

LEIPAD-SV: « LEIPAD II-Short Version » ou LEIPAD II-Version courte

MDPH: Maison Départementale des Personnes Handicapées

MMSE: « Mini Mental State Examination » ou Mini-Examen de l'Etat Mental

NPI: « NeuroPsychiatric Inventory » ou Inventaire NeuroPsychiatrique

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

RCTs: « Randomized Controlled Trials » ou Essai randomisé contrôlé

RPE: Rééducation par l'Equithérapie

SAFE: « Social Adaptive Functioning Evaluation » ou Evaluation du Fonctionnement Socio-

Adaptatif

SFE : Société Française d'Equithérapie

TAA: Thérapie Assistée par l'Animal

TAC: Thérapie Avec le Cheval

TAD: Thérapie Assistée par les Dauphins

INTRODUCTION

En France, il a été répertorié en 2014 environ 63 millions d'animaux de compagnie, soit une présence animale dans près d'un foyer sur deux.¹ Or, dès les années 90, plusieurs études ont montré que les propriétaires d'animaux de compagnie consultaient moins souvent leur médecin que la population générale et qu'ils dépensaient moins d'argent en médicaments.² ³ Après des années d'observation et de recherche, ce lien complexe et enrichissant a finalement abouti au concept et au développement de la Thérapie Assistée par l'animal (TAA) ou zoothérapie.

En France, ce concept récent n'a pas encore de définition officielle et peu de législation pour l'encadrer. Par contre, aux Etats-Unis et au Canada, cette thérapie est présente depuis déjà plus d'une trentaine d'années. L'association Zoothérapie Québec (fondée en 1988) nous livre une définition complète et détaillée : « la zoothérapie une intervention qui s'exerce sous forme individuelle ou de groupe, à l'aide d'un animal familier soigneusement sélectionné et entraîné, introduit par un intervenant qualifié auprès d'une personne en vue de susciter des réactions visant à maintenir ou améliorer son potentiel cognitif, physique, psychologique ou social.»⁵

Cette thérapie est particulièrement prometteuse car elle peut être associée à des traitements conventionnels (en particulier pharmacologiques) pour renforcer leur efficacité. En effet les traitements allopathiques peuvent présenter des effets indésirables importants ou avoir une efficacité limitée dans certaines pathologies.

Dans la première partie bibliographique de ce travail, nous proposons de définir la zoothérapie au travers des différentes initiatives développées en France et dans le monde, et d'apporter des éléments de réponse sur son efficacité.

Dans une seconde partie plus expérimentale, nous avons choisi d'approfondir le sujet en menant une étude dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) de Fabas, en Ariège: « La Croix du Sud ». Cet établissement pratique l'équithérapie et l'anisothérapie avec des patients âgés souffrant pour le plus grand nombre de pathologies d'ordre psychiatrique.

PARTIE I: LA THERAPIE ASSISTEE PAR L'ANIMAL

1 Présentation

1.1 HISTORIQUE

La relation entre l'Homme et l'animal a beaucoup évolué au cours du temps. Ainsi elle est passée au cours des siècles d'une vision de l'animal considéré comme une simple ressource alimentaire à celle, de plus en plus fréquente dans notre société, d'une source de bien-être, voire aujourd'hui d'amélioration de notre santé. De cette vision est née la zoothérapie ou Thérapie Assistée par l'Animal (TAA).

En effet, cette thérapie a été créée suite à l'observation de nombreux cas d'amélioration par contact avec l'animal dans certaines pathologies (maladies psychiatriques chez l'adulte, autisme chez l'enfant) et ce depuis le dix-huitième siècle.⁶

Dès 1792, le Docteur anglais William Tuke, soucieux d'apporter plus de condition humaine dans ce qui était autrefois les asiles, est réputé pour y avoir amené des animaux (lapins et volailles) et avoir demandé aux patients de s'en occuper. Il a alors pu observer que les patients se sentaient plus utiles et responsables.⁷

De même pendant les première et seconde guerres mondiales, il a été constaté de telles améliorations chez des blessés de guerre lorsque, dans les centres de convalescence, des animaux étaient volontairement intégrés. Un rétablissement plus rapide et/ou une meilleure acceptation d'un état, nouveau, de handicap ont pu être observé.⁶

Mais celui qui est à l'origine du terme « zoothérapie » et qui est aujourd'hui reconnu comme le fondateur de la zoothérapie moderne est Boris Levinson. Pédopsychiatre américain des années 50, il était convaincu de l'apport bénéfique d'une relation avec un animal pour les personnes en situation difficile. Sa conviction s'est affirmée de façon fortuite, suite à la rencontre dans son cabinet entre son chien et un enfant autiste. Cet enfant, à la communication très difficile, se mit peu à peu à communiquer avec le chien. Le médecin reproduisit l'expérience avec d'autres enfants mis en contact avec, des chiens ou des chats. Il a alors publié des ouvrages sur le sujet en utilisant le terme de « Pet Therapy » et a été suivi par d'autres médecins qui ont mis en évidence que l'animal est capable de détendre, de faciliter la communication et d'augmenter la confiance en soi chez l'Homme.⁷

En France, le vétérinaire Ange Condoret est souvent évoqué. En effet, il est l'auteur du premier ouvrage français de référence sur le sujet : « L'animal, compagnon de l'enfant » en 1973.⁸ Il s'est intéressé à l'impact des animaux chez des enfants atteints de trouble du langage. Il a aussi été le premier président de l'AFIRAC (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie) créée en 1977.

La TAA n'est pas considérée comme une médecine car elle n'est pas curative, mais prend de plus en plus de place en association avec le traitement médicamenteux et les thérapies conventionnelles (psychothérapie, kinésithérapie).

En France, la TAA est de plus en plus connue et répandue.

1.2 DEFINITIONS ET DIFFERENTES FORMES DE ZOOTHERAPIE

Depuis de très nombreuses années, le terme de « zoothérapie » est largement utilisé au Québec mais en France il n'est pas apprécié par tous les professionnels. Les termes de « Thérapie Assistée par l'Animal » et de « Médiation Animale », qui ont la même définition, y sont plus souvent retrouvés.

En effet, certains professionnels trouvent que le mot « zoothérapie » peut donner l'impression que l'animal est le thérapeute et non celui qui permet/facilite, et donc, est le médiateur de la thérapie.⁹

La Thérapie Assistée par l'Animal (ou « Animal Assisted Therapy » en anglais) est une thérapie encadrée par un professionnel de la santé ou du social, ayant suivi une formation adaptée, et qui met en présence un animal sélectionné et préparé avec une personne présentant une maladie de gravité variable. Cette thérapie présente un programme structuré, des objectifs thérapeutiques individualisés et des évaluations régulières. La zoothérapie, par son suivi et son encadrement du patient, permet alors de créer une relation étroite et forte entre l'Homme et l'animal.

La zoothérapie est à distinguer de l'Activité Assistée par l'Animal (AAA ou « Animal Assisted Activities » en anglais). Dans cette dernière, les rencontres du patient avec l'animal sont moins régulières que pour la TAA et sont non professionnelles. Il n'y a pas d'objectifs ni d'évaluations mis en place. L'AAA à un rôle uniquement récréatif auprès des patients.

La TAA et l'AAA sont regroupées sous le terme d'Intervention Assistée par l'Animal (IAA ou « Animal Assisted Intervention » en anglais).

L'IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations) est une association fondée en 1990 qui regroupe les organisations de 76 pays s'intéressant à l'interaction entre l'Homme et l'animal. Cette association a publié en 2014 l' « IAHAIO White Paper » dans laquelle elle donne sa définition de l'IAA. Pour l'IAHAIO, l'IAA regroupe la TAA, l'AAA et l'Education Assistée par l'Animal (intervention menée par un enseignant scolaire).

La zoothérapie est donc à distinguer de la simple possession d'un animal de compagnie ou l'utilisation d'un chien guide d'aveugle.

1.3 LES ANIMAUX

De nombreux animaux sont utilisés dans le cadre de la zoothérapie.

Cependant, le chien est l'animal le plus souvent retrouvé. En effet, il est apprécié pour son dynamisme, sa bonne humeur, sa capacité d'adaptation et sa taille facilement gérable. C'est un animal qui peut être aussi bien câlin que joueur.⁶

Ainsi, dans la méta-analyse de 2007 de J. Nimer et B. Lundahl (décrite plus loin dans ce travail) ¹¹, le chien constitue le plus souvent le médiateur de la zoothérapie et il est décrit dans 28 études sur 49.

Dans cette méta-analyse, les scientifiques ont utilisé la méthode du d de Cohen pour calculer la taille de l'effet de chaque étude. Le d de Cohen est un indice qui correspond à la différence entre les scores avant et après traitement divisée par l'écart-type commun. La taille de l'effet permet donc de comparer plusieurs études dont les méthodes utilisées pour obtenir leurs résultats sont différentes. Plus la taille de l'effet est grande, plus il est justifié de rejeter l'hypothèse nulle. Ainsi une taille de l'effet située autour de 0,80 signifie que la force de l'effet observé est important, moyen autour de 0,50 et faible autour de 0,20.

Les données de cette méta-analyse montrent que l'utilisation du chien dans la TAA est constamment associée à une augmentation modérée de la taille de l'effet ce qui n'est pas le cas avec les autres animaux. Par exemple dans le cas du bien-être, la taille de l'effet pour le chien est de 0,49 avec p < 0,05 et 95% IC = 0,36-0,61 alors que, pour les équidés, d = 0,26 ; p > 0,05 et 95% IC = -0,05-0,56 et pour les animaux aquatiques d = 0,37 ; p > 0.05 et 95% IC = -0,14-0,88 (Voir Tableau 1). Pour les troubles du comportement et les signes cliniques les résultats sont similaires. Ces résultats suggèrent donc que le choix de l'espèce de l'animal est important. De plus, les résultats apparaissent plus rapidement avec les chiens qu'avec les autres animaux donc ils sont, d'après les auteurs, le meilleur choix pour une TAA.¹¹

Cependant d'autres animaux ont également été étudiés, comme décrit dans la revue systématique d'études randomisées et contrôlées de 2014 menée par l'équipe du Docteur Yoshiteru Mutoh ¹², afin de déterminer l'efficacité de la zoothérapie. Les chercheurs ont inclus onze études basées sur d'autres animaux que le chien, en particulier une étude avec des chiens et des chats et une autre avec des chiens, lapins, furets et cochons d'inde. Mais ont également été intégrées une étude avec uniquement des dauphins, une autre avec des animaux de la ferme et enfin une étude avec des oiseaux.

Les zoothérapeutes impliqués dans la thérapie par les équidés apprécient les chevaux et les ânes pour leur caractère curieux, leur recherche du contact mais surtout leur grande sensibilité émotionnelle.¹³

L'IAHAIO estime que seuls les animaux domestiques (chiens, chats, chevaux, animaux de ferme, cobayes, rats, poisson et oiseaux élevés en captivité) peuvent être utilisés dans le cadre d'une zoothérapie. L'association considère que ces animaux domestiques doivent être habitués au contact humain et y être formés. A l'inverse, les animaux exotiques, même apprivoisés, ne sont pas recommandés par l'IAHAIO. Ils déconseillent aussi l'utilisation des dauphins car un rapport écrit en 2007 par Philippa Brakes and Cathy Williamson (deux membres de la Société de Conservation des Baleines et des Dauphins) conclue que la Thérapie Assistée par les Dauphins présente des problèmes éthiques (coût élevé de la séance) et de sécurité (risque possible d'un comportement agressif de l'animal et d'une transmission de maladies) alors qu'il n'y pas de preuves scientifiques que cette thérapie soit plus efficace qu'une thérapie assistée par un autre animal ou que cette thérapie amène des résultats à long terme.¹⁴

1.4 LE STATUT DE LA TAA EN FRANCE

Actuellement, il n'y a pas de statut légal concernant la TAA en France. La mise en place de séances de TAA n'est pas considérée comme un métier, il n'y a donc aucune obligation à disposer d'une formation en zoothérapie pour la pratiquer et se définir comme zoothérapeute.

Or, en France, de nombreux organismes proposent des formations dans le domaine de la TAA et estiment cet apprentissage nécessaire. En effet, ces personnes considèrent qu'une formation spécifique à la TAA est essentielle pour le bien-être et la sécurité du patient, du soignant et de l'animal. Une législation claire, et donc une reconnaissance, sont très attendues par les personnes impliquées dans la zoothérapie.

Ainsi la Société Française d'Equithérapie (SFE) constate que cette activité n'est pas règlementée bien qu'elle soit connue et reconnue par l'état. Ceci signifie qu'il n'y a pas de protection du titre d'équithérapeute, et cela empêche à la fois la protection de l'équithérapeute formé face à une concurrence de personnes qui n'ont pas suivi de formation, mais aussi des patients intéressés par cette pratique qui s'adressent à ces « équithérapeutes » non qualifiés. Aujourd'hui, puisqu'il n'existe que des formations et diplômes de droit privé, la SFE conseille « la possession d'un diplôme officiel dans un domaine du soin ou de l'aide, le passage par une formation spécialisée en équithérapie, l'adhésion à un organisme représentatif et/ou la signature d'une charte de déontologie spécifique à l'équithérapie ». 15

Comme le recommande la SFE, et au vu du vide juridique entourant la profession et la pratique de la zoothérapie en France, le patient et la personne souhaitant obtenir un diplôme dans le domaine de la zoothérapie doivent être très vigilants vis-à-vis des associations auxquelles ils s'adressent.

Depuis le 30 janvier 2014, une exception est faite aux équiciens dont le métier a été reconnu officiellement avec la parution de l'enregistrement du métier d'équicien au Répertoire National des Certifications Professionnelles dans le Journal Officiel (le titre d'équicien est de niveau 3 donc Bac+2). Cette reconnaissance permet une identification claire des activités de l'équicien, un meilleur accès au marché du travail et, pour les patients, la garantie d'être en face d'un véritable équicien diplômé. ¹⁶

Cette première légitimation d'un métier dans le domaine de la médiation animale en France était très attendue par les professionnels et elle constitue un premier pas dans la reconnaissance de tous les autres métiers.

1.5 LA FORMATION DE ZOOTHERAPEUTE

La formation de zoothérapeute s'adresse donc exclusivement aux personnes ayant une qualification dans le domaine de la santé ou du social, voire de l'enseignement spécialisé. Pour le moment, le certificat obtenu suite à une formation en médiation par l'animal ne peut être qu'un complément à un diplôme officiel (sauf dans le cas de l'équicien).

Les programmes de ces formations professionnelles à la médiation par l'animal sont plus ou moins spécifiques à un type d'animal et à un type de patient.

La formation a pour objectif d'apprendre à monter un projet de zoothérapie (financements, démarches administratives), à le développer (comptabilité, marketing), à déterminer et

mettre en place des objectifs ainsi que des échelles d'évaluations (grilles d'observation, synthèses, rapports). 17 18

Les cours présentent, entre autres, la zoothérapie, l'étude du comportement de l'animal et son approche pour une bonne pratique de la médiation, les qualités de chaque animal et la manière de les utiliser. Des notions sur l'importance du vétérinaire et les principales maladies des animaux sont aussi enseignées. Il existe également des cours sur l'étude du comportement humain selon le type de patient, son âge, son état psychiatrique, *etc*. Les cours enseignent l'approche adéquate et l'animal le mieux adapté selon le patient et les troubles qu'il présente.¹⁷ 18

Comme de nombreux organismes permettent de se former à la zoothérapie en France, nous n'avons sélectionné que quelques exemples.

Tout d'abord il existe l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) qui a été créé en 2003 et qui a été le premier institut à proposer des formations professionnelles en zoothérapie en France. Cet institut participe aussi à la recherche sur les pratiques de la Thérapie par la Médiation Animale. Il permet aux professionnels de la santé ou du social de participer à diverses formations. Ces formations concernent entre autres l'application de la zoothérapie aux personnes handicapées, aux personnes âgées, aux patients atteints de maladies psychiatriques, de troubles du comportement (tels que l'autisme) ou encore de troubles de l'apprentissage. Il existe également des formations concernant l'éducation du chien ou de l'âne pour optimiser la médiation animale.¹⁹

L'Agatéa est un institut créé en 2006 qui se décrit comme le premier institut de formation en médiation animale de France à travailler sur prescription médicale en milieu hospitalier (psychiatrie et gériatrie). Cet institut propose des formations en Zoothérapie et Management de Projets qui s'adressent aux animateurs, éducateurs, aides médico psychologiques, aidessoignants, infirmiers, psychologues, ou toute personne travaillant dans l'intervention sociale, éducative ou paramédicale.⁹

La faculté de médecine de Clermont-Ferrand propose depuis 2009 un Diplôme Universitaire (ou DU) intitulé « Relation d'Aide par la Médiation Animale ». Ce DU de 112h s'adresse aux personnes titulaires d'une licence (Bac +3) et ayant déjà une expérience dans le domaine de la médiation animale.²⁰

Concernant les équidés, il existe aussi beaucoup de structures qui offrent la possibilité d'une formation. Ces organismes se distinguent surtout selon le type d'activité de médiation avec le cheval qui les intéresse.

Par exemple, dans le domaine de la Thérapie Avec le Cheval, la Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval (FENTAC) créée en 1986, propose une formation professionnelle sur 3 ans uniquement pour les professionnels de la santé et du médico-social. Cette formation aboutit à l'obtention d'un diplôme fédéral FENTAC et d'une attestation universitaire dans le cadre de l'Association de Formation Post-Universitaire de la Psychomotricité (AFPUP).²¹

La Fédération Nationale Handi Cheval créée en 2009 propose une formation d'équicien sur 3 ans en formation initiale (post-bac) ou sur 2 ans en formation continue (pour les personnes ayant une expérience professionnelle de 3 ans minimum). En effet, le métier d'équicien étant reconnu de manière officielle, le début du cursus peut se faire directement après la sortie du lycée.²²

L'Institut de Formation en Equithérapie (IFEq) permet depuis 2012 l'obtention d'un diplôme privé d'équithérapeute en 12 ou 18 mois.²³

Pour accéder à ces formations, il est demandé aux étudiants d'avoir préalablement une bonne maîtrise de l'équitation. Par exemple, la FENTAC et la Fédération Nationale Handi Cheval demande au minimum un niveau Galop 3 dans leurs conditions d'admission. L'IFEq demande quant à lui au minimum un niveau Galop 4.

1.6 LE COUT DE LA TAA

Malgré les nombreuses études sur le sujet, il existe peu d'informations quant au coût réel de la TAA.

Ainsi dans l'examen mené par l'équipe du Docteur Yoshiteru Mutoh ¹², seules deux études sur onze ont indiqué le coût de l'intervention.

Dans la première étude de 2008, les auteurs ont montré que, dans leur cas, les chiens visiteurs ne coûtent pas plus cher que les visites humaines car les organisations qui amènent les chiens le font sur la base du volontariat.²⁴

Dans une étude plus ancienne de 1996, les scientifiques ont montré que le coût total calculé pour l'entraînement initial était de 10 000\$ (soit environ 9 145€) par chien, la perte de revenu sur l'investissement de cet entraînement initial était de 5% par an, l'entretien de l'animal s'élevait à 1000\$ (soit environ 915€) par an, la période de service de l'animal attendu était de 8 ans et le salaire de l'aide humaine allait de 8 à 12\$ (soit entre 7,30€ à 11€) par heure.²⁵

En France, le tarif moyen d'une séance de TAA est de 50€ en séance individuelle. Au Québec, il faut compter entre 50\$ et 80\$ en moyenne soit environ entre 34€ et 55€. 26 27

Les défenseurs de la TAA insistent pour que les personnes intéressées par la zoothérapie restent sur leurs gardes face à un prix excessif des séances (ainsi qu'à un flou quant aux diplômes du « zoothérapeute » et/ou un discours trop prometteur ou incohérent).

En libéral, la personne ou son entourage doivent financer intégralement les séances de zoothérapie. En effet, la sécurité sociale ne prend pas en charge les frais induits par la TAA. De très rares exceptions peuvent exister comme la prescription de séance d'équithérapie par un praticien à la fois équithérapeute et psychiatre ou orthophoniste ou masseur-kinésithérapeute uniquement dans le cadre de son exercice règlementé et s'il respecte les tarifs conventionnés. Certaines mutuelles peuvent prendre en charge une partie des séances. Dans certains cas, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) via sa Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) peut après examen d'un dossier attribuer une aide pour financer les séances de zoothérapie d'un enfant ou d'un adulte handicapée.

Dans le cas des séances de zoothérapie en institution, c'est généralement cette dernière qui s'occupe des frais en faisant appel à un zoothérapeute présent au sein de la structure ou à un zoothérapeute extérieur.

Le prix de la formation pour obtenir le diplôme de zoothérapeute est conséquent et il diffère d'un établissement à un autre. Une prise en charge par un tiers est possible. Par exemple, pour une prise en charge individuelle le prix des formations présentées varie de 1300€ à 8400€ et jusqu'à 18 900€ pour le cursus d'équicien en formation initiale.

1.7 LE STATUT DE LA TAA DANS LES PAYS AUTRES QUE LA FRANCE

1.7.1 Au Canada

La zoothérapie est présente au Canada (et notamment au Québec) depuis une trentaine d'années. Ce pays est une référence pour les professionnels français de la zoothérapie. De multiples associations très bien organisées y sont implantées comme l'Institut de Zoothérapie du Québec à Québec et « Zoothérapie Québec » à Montréal.

Comme en France, il n'est pas nécessaire au Québec d'avoir une formation pour se déclarer zoothérapeute. Cependant, cette formation est demandée par les organismes impliqués dans la zoothérapie et il est possible d'obtenir une Attestation d'Etudes Collégiales (formation accréditée par le ministère de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche) en stratégie d'intervention en zoothérapie. Cette formation s'adresse à des personnes qui ont

déjà une formation dans le domaine du biopsychosocial, de la santé ou en comportement animal. Il existe aussi des organismes de formation privés.²⁹

En 2014, l'EFCMA (Ecole Franco Canadienne de Médiation Animale) a été créée près d'Angers. Cette école propose aux professionnels du secteur médico-social-éducatif une formation d'une année scolaire en zoothérapie et médiation animale, avec possibilité de faire un stage aux Etats-Unis ou au Canada.³⁰

1.7.2 Aux Etats-Unis

Comme au Canada, la TAA est très répandue Aux Etats-Unis depuis de nombreuses années.

La « Pet Partners » est une des associations les plus importantes du territoire américain dans les domaines de la TAA, de l'AAA, et de l'Education Assistée par l'Animal. Cette association mène des actions depuis les années 70 et a commencé les programmes de Thérapie par l'animal en 1990. Elle intervient auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'élèves en difficulté scolaire par exemple et ils mettent aussi en place des programmes de TAA avec des vétérans de guerre atteints de Trouble de Stress Post-Traumatique. Ils utilisent dans 94% des cas des chiens pour les thérapies mais aussi des chats, chevaux, lapins, oiseaux, cochons d'inde, cochons miniatures, lamas alpagas et rats domestiques. L'association compte 11 000 volontaires répartis dans les 50 états qui composent les Etats-Unis.³¹

1.7.3 En Europe

Comme en France, la pratique de la médiation par l'animal est répandue dans tous les pays Européens mais elle n'est pas règlementée.

2 Efficacité et domaines d'actions

La zoothérapie peut être bénéfique pour de nombreuses pathologies, mais également dans de nombreuses situations sociales difficiles. Elle est mise en place par exemple pour des personnes handicapées (physiques et mentales), de jeunes délinquants et/ou en échec scolaire, des personnes incarcérées, des patients atteints de pathologies mentales telles que l'autisme, la schizophrénie ou bien la maladie d'Alzheimer. Elle est également mise en place pour des patients souffrant d'un cancer et, dans le cas qui nous intéresse, dans le cadre de

cette thèse pour des personnes âgées en institution. Elle concerne aussi bien les enfants que les adultes, ainsi que le troisième (plus de 65 ans) et le quatrième âge (plus de 80 ans). Elle est développée à l'hôpital, en maison de retraite, en milieu carcéral et scolaire.

Son développement dans divers domaines et avec différents types de populations a permis la rédaction de nombreuses études et, en 2007, la publication de la première méta-analyse sur le sujet : « Animal-Assisted Therapy : A Meta-Analysis » de J. Nimer et B. Lundahl de l'Université de l'Utah aux Etats-Unis. ¹¹

Cette importante publication s'est penchée sur l'impact global de la TAA.

Après avoir identifié 250 publications à travers notamment des recherches sur 11 bases de données et 3 journaux spécialisés sur la période de 1973 à 2004, les auteurs ont retenu 119 travaux selon quatre critères :

- obligation que le sujet de l'étude soit la TAA, et non l'AAA ou la simple possession d'un animal de compagnie,
- minimum de 5 participants à l'étude,
- rédaction de la publication en anglais,
- études suffisamment fournies en données pour pouvoir calculer une taille de l'effet.

Après avoir identifié et analysé toutes les études puis les avoir incluses selon la possibilité d'en tirer la meilleure taille de l'effet (avec un minimum de variables), les auteurs ont retenu 37 études et 12 publications dans cette méta-analyse.

L'analyse de ces publications a permis de séparer les études selon le ou les domaines thérapeutiques dans lesquels la zoothérapie joue un rôle :

- 4 études s'intéressant aux troubles autistiques : augmentation de manière positive des relations sociales, diminution des moments d'isolement ou augmentation de la communication
- 8 études s'intéressant aux symptômes cliniques : fréquence cardiaque, tension artérielle, psychomotricité et coordination
- 25 études s'intéressant au bien-être : mesure de l'anxiété, de l'état dépressif et du niveau peur
- 23 études s'intéressant aux troubles du comportement: agressivité verbale, violence et acceptation des ordres

Les scientifiques ont ensuite distingué les facteurs invariables de chaque étude :

- l'âge des participants : pré-adolescents (12 ans et moins), adolescents (13 à 17 ans), adultes (18 à 64 ans) et personnes âgées (65 ans et plus))
- leurs antécédents médicaux : problèmes médicaux, psychiatriques et comportementaux
- la présence ou non d'un groupe contrôle
- le type d'animal utilisé (à noter qu'aucune étude de qualité avec des chats n'a été trouvée par les chercheurs)
- la durée, le lieu du traitement et le déroulement de la thérapie.

Dans cette méta-analyse, les scientifiques ont utilisé la méthode du d de Cohen afin d'obtenir la taille de l'effet. Cette méthode reflète dans ce cas soit la différence des résultats après le traitement entre le groupe traité et le groupe contrôle, soit le cas échéant la différence des résultats entre le début et la fin du traitement pour les groupes traités sans présence d'un groupe contrôle. Une taille d'effet autour de 0,80 est présentée comme forte, elle est dite moyenne autour de 0,50 et faible autour de 0,20.

Le tableau 1 ci-dessous regroupe les tailles de l'effet obtenu après l'analyse des 49 études en fonction des différents domaines thérapeutiques pour lesquels l'efficacité de la TAA a été évaluée ;

Tableau 1 : Tailles de l'effet et intervalles de confiance après analyse des 49 études 11

Table 3. Effect sizes and confidence intervals.

		Well-being	l-being Behavior			Medical			
	d	CI	k	d	CI	k	d	CI	A
Overall Moderators	0.39	0.29-0.50	27	0.51	0.38-0.65	23	0.52	0.26-0.77	8
Design									
Control group	0.42	0.27-0.58	16	0.43	0.17-0.69	9	0.77	0.39-1.15	3
No control	0.37	0.23-0.51	11	0.54	0.39-0.70	14	0.32	-0.02-0.65	
Age									
11 years and younger	0.58	0.28-0.89	5	0.57	0.16-0.99	3	0.82	0.47-1.17	-
12 to 17 years.	0.17	-0.30-0.66	2	0.34	-0.15-0.82	2	0.47	-0.52-1.46	ı
18 to 64 years	0.44	0.30-0.58	10	0.53	0.13-0.93	4	0.05	-0.46-0.55	10
65 years and older	0.24	0.02-0.46	6	0.56	0.34-0.78	7	0.29	-0.30-0.89	2
Disability									
Disability	0.28	-0.05-0.61	4	0.29	-0.01-0.59	5	0.96a	0.50-1.42	1
No Disability	0.40	0.30-0.51	23	0.57	0.42-0.72	18	0.33a	0.03-1.15	
Animal Type									
Dog	0.49a	0.36-0.61	15	0.39	0.19-0.58	11	0.57	0.14-1.01	2
Horse	0.26	-0.05-0.56	5	0.42	0.03-0.83	3	0.82	0.15-1.48	2
Aquatic	0.37	-0.14-0.88	1	0.90	0.47-1.34	1	0.45	0.06-0.85	2
Other	0.04a	-0.37-0.45	2	0.46	0.04-0.89	2	-	-	
Combination	0.18	-0.14-0.50	3	0.69	0.40-0.97	5	0.21	-0.51-0.93	11
Participant Characteristic									
Medical Diagnosis	0.53	0.28-0.77	6	0.55	0.05-1.06	2	0.44	0.13-0.75	1
Mental Diagnosis	0.35	0.23-0.48	16	0.63	0.45-0.82	13	0.93	0.39-1.48	-
Behavioral Problems	0.42	0.12-0.73	5	0.35	0.14-0.56	8	0.21	-0.15-0.93	
Location									
Office	0.31	0.02-0.62	6	0.83	0.08-1.57	1	0.58	0.12-1.04	1
Camp	0.21	-0.11-0.54	4	0.59	0.14-1.05	2	1.10	0.20-1.99	17
Hospital	0.49	0.35-0.63	8	0.57	0.35-0.78	7	0.46	0.08-0.84	-
Long-Term Residence	0.28	0.07-0.50	9	0.44	0.25-0.66	13	0.30	-0.28-0.88	-
Mode									
Group	0.34	0.22-0.47	13	0.54	0.38-0.70	15	0.20	-0.51-0.93	
Individual	0.55	0.35-0.74	11	0.45	0.13-0.77	5	0.44	0.15-0.74	
Combination	0.21	-0.24-0.65	2	0.58	-0.01-1.17	1	1.09	0.46-1.73	1

Note: d = effect size. k = Number of studies. Subscripts within a column for a given moderator reveal a significant contrast; subscripts "a" is used for p < 0.05. Ow not significant throughout.

Note : d = La taille d'effet selon la méthode de Cohen, k = Nombre d'étude, 95%CI = Intervalle de confiance à 95%, r = Coefficient d'incertitude.

Les scientifiques ont alors montré que la taille de l'effet la plus importante a eu lieu dans le cadre d'une zoothérapie en présence de personnes atteintes de symptômes autistiques (d=0,72, k=4 et 95%CI=0,23-1,22). Elle est modérée dans le cas des troubles du comportement (d=0,51, k=23 et 95%CI=0,38-0,65) et des symptômes cliniques (d=0,59, k=8 et 95%CI=0,26-0,77) et faible dans celui du bien-être (d=0,39, k=27 et 95%CI=0,29-0,50).

Cependant, ayant utilisé des études menées à la fois avec et sans groupe contrôle, les auteurs ont voulu savoir si cette hétérogénéité des études avait eu un impact sur les résultats obtenus. Or avec les tailles de l'effet du Tableau 1, des études avec et sans un groupe contrôle, ils ont observé qu'il n'y avait aucune différence significative entre ces études. Ils estiment alors que leurs résultats sont un bon reflet de l'efficacité de la TAA.

De plus, la rigueur méthodologique de chaque étude a été évaluée selon une échelle prenant compte neuf paramètres : présence d'un groupe contrôle, randomisation, étude en aveugle, protocole de l'étude, au moins trois éléments descriptifs de l'échantillon, bonne connaissance des facteurs variables, description claire de l'intervention et de sa localisation et enfin un nombre suffisant d'informations pour obtenir le résultat le plus probant possible ainsi que la mise en évidence des biais.

Grâce à cette échelle de points, les auteurs ont distingué des études les plus rigoureuses et les moins rigoureuses, et ont ainsi voulu déterminer l'impact de la rigueur de l'étude sur la taille de l'effet. Ils ont alors démontré qu'il n'y avait pas de relation entre la rigueur et sa taille d'effet. La corrélation entre rigueur de l'étude et taille de l'effet pour les problèmes médicaux est r=-0,09 (k=8), pour les troubles du comportement r=-0,01 (k=23) et pour le bien-être r=0,03 (k=25). Ces résultats indiquent qu'il n'y a pas de corrélation entre rigueur de l'étude et taille de l'effet donc pas d'impact sur les conclusions finales.

Ils n'ont pas trouvé non plus de différence significative entre les résultats concernant la zoothérapie en groupe et celle réalisée de façon individuelle.

La seule différence significative qu'ils ont mis en évidence est que les personnes handicapées sont plus sensibles à la zoothérapie sur le plan médical (d=0,96, k=3 contre d=0,33, k=5) par rapport aux autres participants.

Concernant la corrélation entre le nombre de séances et l'importance de la taille d'effet, ils ont montré qu'il n'y en avait aucune dans le cadre des symptômes cliniques (r=-0,57, k=6) et du bien-être (r=-0,13, k=14), par contre les résultats ont été positifs dans le cadre des problèmes comportementaux (r=0,22, k=19).

Les auteurs ont trouvé davantage d'études dans lesquelles la zoothérapie est menée avec des adultes et pourtant il leur est apparu que les enfants sont plus sensibles à la médiation par l'animal.

La critique essentielle de cette méta-analyse, qui reste de qualité et un travail de référence dans le domaine, est l'hétérogénéité des groupes d'études (notamment au niveau des thèmes très variés). Cependant les auteurs évoquent le problème du nombre important d'études faites avec trop peu de rigueur et le peu d'études menées en présence d'un groupe contrôle. Le problème aussi est de connaître l'impact réel de la TAA lorsqu'elle est associée à d'autres traitements plus conventionnels. C'est pourquoi les auteurs suggèrent de faire plus d'études (également plus rigoureuses) afin de déterminer l'apport réel de la zoothérapie. Ils proposent aussi de faire la comparaison de mêmes groupes mais avec des animaux différents.

La conclusion des scientifiques reste que la TAA est une approche efficace. Cette thérapie présente des effets positifs et plus ou moins importants dans les domaines des symptômes autistiques, troubles du comportement, problèmes médicaux et du bien-être. Il reste à déterminer pourquoi elle est efficace et comment la TAA peut apporter le maximum de bénéfice aux patients.¹¹

2.1 L'EFFICACITE DE LA THERAPIE ASSISTEE PAR L'ANIMAL

Le principal résultat attendu par la TAA est une amélioration de l'état psychologique du patient : amélioration de l'humeur, diminution de l'agressivité, augmentation de la confiance en soi essentiellement, et donc dans certains cas, une récupération plus rapide sur le plan physique. L'amélioration de la qualité de vie du patient est aussi généralement espérée.

L'étude de travaux de 2014 ¹² menée au Japon par le Docteur Yoshiteru Mutoh s'est aussi penchée sur l'efficacité de la TAA en passant par l'étude uniquement d'essais contrôlés et randomisés (Randomized Controlled Trials ou RCTs) sur le sujet. Cette étude n'est pas considérée par les auteurs comme une méta-analyse du fait de l'hétérogénéité des études prises en compte mais elle aboutit néanmoins à des conclusions intéressantes.

L'objectif de cette étude est de résumer les preuves issues des RCTs concernant l'efficacité de la TAA. Cependant, les auteurs se sont aussi intéressés aux effets indésirables et au coût de l'intervention lorsque ces données étaient présentes.

Les chercheurs ont inclus onze RCTs dans leur étude selon des critères spécifiques : aucune restriction concernant les participants, les animaux (sauf les animaux robotiques) et la langue employée pour la rédaction de l'étude. Par contre, ils n'ont inclus que des RCTs avec au moins un groupe traité par la TAA. Pour identifier la maladie cible dans chaque article, les scientifiques se sont basés sur l'ICD-10 (pour International Classification of Diseases). L'ICD-10, ou le CIM-10 en français, pour Classification Internationale des Maladies, est une classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes qui permet une nomenclature statistique homogène des maladies.³² Enfin, ils ont analysé des études sur une période de 22 ans, allant de 1990 à 2012.

Ils ont pu distinguer 7 études s'intéressant à la TAA et aux troubles mentaux et du comportement, 1 sur le thème de la cancérologie, 1 sur les pathologies du système circulatoire et enfin 1 sur les blessures et autres conséquences dues à des causes extérieures. Pour une dernière étude, ils n'ont pas pu identifier clairement une seule maladie.

Concernant les 7 études centrées sur les troubles mentaux et du comportement, il est apparu que la TAA a amélioré la santé mentale des patients et leur comportement social. La raison principale évoquée dans les articles est que les sentiments associés aux séances de zoothérapie et le souvenir de l'animal permettent aux patients de se sentir plus détendus et joyeux.

Pour les études sur l'anxiété, le mal-être, la crainte et la douleur, la TAA a été utilisée avec succès comme thérapie accessoire dans la lutte contre les addictions à l'alcool ou aux drogues. Elle a aussi aidé à échapper au sentiment d'inconfort pour des patients traités contre le cancer.

Enfin pour les pathologies du système circulatoire et les blessures et autres conséquences dues à des causes extérieures, les effets sont principalement expliqués par le fait que la TAA a un rôle « tampon » c'est-à-dire qu'elle agit comme amortisseur dans la réaction d'une personne face à un stress mental. Ainsi la médiation avec l'animal apporte un sentiment de confort et de sécurité et il distrait l'attention d'un stress pour une interaction plus agréable et calme.

Cependant les auteurs de la méta-analyse ont été critiques par rapport à la qualité de rédaction des études sur ce sujet.

En effet, de nombreuses omissions ont été observées comme dans la manière dont le secret avait été maintenu vis-à-vis du groupe attribué au patient (groupe contrôle ou groupe suivant la TAA), dans la répartition en aveugle et dans l'analyse en intention de traiter. De plus, il manque souvent une description des éventuels effets indésirables, des nuisances et les raisons d'une possible rétractation ou non-participation des patients. Les auteurs ont également noté que peu d'informations sont données quant au coût de l'intervention.

Finalement, la plupart des études se sont ainsi montrées insuffisantes en termes de description et de méthodologie donc de faible qualité. Les auteurs n'ont pas pu tirer une conclusion claire quant aux effets de la TAA en se basant sur ces RCTs.

Seules deux études (qui seront développées plus loin dans ce travail) se sont révélées de bonne qualité.^{33 34} La première concerne la thérapie assistée par les dauphins, un traitement efficace dans la dépression faible à modérée, le tout basé sur l'interaction avec l'animal dans son milieu naturel. La seconde étude montre que la TAA joue un rôle important dans la potentialisation des bénéfices issus d'une thérapie conventionnelle de réadaptation psychiatrique.

La conclusion des auteurs est que la TAA, mise en place seule ou associée à une autre thérapie plus traditionnelle, peut être un traitement efficace pour les troubles mentaux et du comportement dans un environnement limité aux personnes qui n'ont pas de craintes vis-à-

vis des animaux et qui apprécient leur contact. Ces troubles peuvent être la dépression, la schizophrénie et les addictions aux drogues ou à l'alcool. 12

Même si ces méta-analyses et études n'arrivent pas toutes à la même conclusion, elles s'accordent à dire que la TAA a un effet bénéfique. Ainsi, les chercheurs ont pu observer grâce à la médiation par l'animal, une efficacité dans les troubles autistiques (amélioration des relations sociales, diminution du sentiment d'isolement, augmentation de la communication), dans les troubles du comportement (diminution de l'agressivité verbale et des violences) et dans les symptômes cliniques (fréquence cardiaque, tension artérielle, psychomotricité et coordination). De plus, la TAA diminue le sentiment d'inconfort en apportant un sentiment de sécurité. Elle distrait l'attention d'un stress, elle agit sur l'état dépressif et elle potentialise les effets d'une thérapie conventionnelle dans le sevrage des addictions.

L'EHPAD de Fabas en Ariège, dans laquelle nous avons mené notre étude sur sa pratique de l'équithérapie et de l'anisothérapie, accueille principalement des personnes plus ou moins âgées, présentant des troubles psychiatriques. Ainsi, dans cette première partie bibliographique, nous nous sommes intéressés aux études concernant l'efficacité de la TAA pour les personnes atteintes de problème psychiatriques et la TAA pour les personnes âgées en résidence.

2.2 LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

2.2.1 La schizophrénie

Présentation de la pathologie :

La schizophrénie est une maladie psychiatrique dont la prévalence est de 1% dans tous les pays. Cette pathologie débute généralement entre 15 et 25 ans, mais elle peut survenir plus tardivement.³⁵

Le diagnostic est posé lorsque deux (ou plus) manifestations caractéristiques de la pathologie se présentent pendant un mois (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs dont émoussement affectif, alogie, perte de volonté). Un dysfonctionnement social, qui doit durer au moins 6 mois, doit accompagner les manifestations précédentes. Enfin, aucune autre pathologie ne doit expliquer la survenue des symptômes.³⁵

Cette pathologie est très grave car elle évolue facilement vers des comportements toxicomanes, suicidaires voire meurtriers.

La prise en charge classique de cette pathologie est une réhabilitation psychosociale associée à des antipsychotiques atypiques (par voie orale ou injectable si c'est le choix du patient, ou en cas de problèmes d'observance du traitement) ou à des neuroleptiques classiques.³⁵

Deux problèmes majeurs résident dans cette prise en charge. Tout d'abord, le patient schizophrénique présente une faible observance de son traitement et ce, parfois, jusqu'à l'arrêt de ce dernier. Il existe un taux important de rechutes. Deuxièmement, les traitements médicamenteux utilisés présentent des effets indésirables graves. Les neuroleptiques classiques peuvent entrainer des troubles extrapyramidaux : des dyskinésies aigües et tardives, un syndrome parkinsonien et/ou une akathisie (trouble du mouvement), des effets anticholinergiques (constipation, sècheresse buccale, rétention urinaire, tachycardie, confusion, troubles de la mémoire), des troubles du rythmes, le syndrome malin des neuroleptiques (qui est potentiellement mortel), un abaissement du seuil épileptogène, des troubles endocriniens, des troubles hématologiques, un risque de mort subite.35 36 Les antipsychotiques atypiques ont une meilleure tolérance que les neuroleptiques classiques et sont donc utilisés en première intention. Cependant bien qu'ils présentent moins d'effets extrapyramidaux et anticholinergiques, ils provoquent des effets indésirables endocriniens marqués tel qu'une prise de poids et la survenue d'un diabète. Une surveillance cardiométabolique des patients sous antipsychotiques est recommandée par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Enfin, pour les patients en échec d'au moins deux antipsychotiques, la clozapine peut être proposée mais cette molécule peut entrainer une agranulocytose potentiellement mortelle et donc nécessite une surveillance médicale importante.

Effet de la TAA chez les patients atteints de schizophrénie :

Dans le cas de la schizophrénie, l'arrêt des médicaments n'est pas envisageable. Cependant, les professionnels de la TAA espèrent aujourd'hui, par l'association avec la médiation par l'animal, une augmentation du sentiment de bien-être chez les patients (passant par une diminution de leur anxiété, de leur état dépressif et de leur isolement). Une amélioration de leurs troubles du comportement avec une diminution de l'agressivité verbale et des violences est aussi espérée. Une TAA optimale au long cours (objectifs, suivi régulier des séances, importance de l'encadrement et de l'environnement, évaluation des résultats des séances) peut permettre aujourd'hui d'espérer une possible réduction de la consommation en

médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques) dont les effets indésirables sont importants et s'ajoutent à ceux du traitement de base : les neuroleptiques.

Dans l'étude menée par l'équipe du Docteur Yoshiteru Mutoh en 2014 ¹² pour connaître l'efficacité de la TAA, les auteurs ont analysé de nombreuses RCTs pour finalement n'en retenir que 11. Certaines de ces études portaient sur des patients atteints de schizophrénie confrontés à la TAA :

Ainsi dans une étude de 2009, les chercheurs ont suivi des patients schizophrènes d'un établissement de Taïwan qui ont assisté à des séances de TAA de 50 minutes par semaine sur une période de deux mois. Les animaux étaient deux chiens entraînés. Il y avait 15 patients dans le groupe traité (12 au moment de l'analyse des résultats) et 15 dans le groupe contrôle. Les chercheurs ont trouvé que le groupe traité par l'animal montrait une amélioration significative de toutes les mesures (estime de soi, auto-détermination...) sauf celles du soutien social et des symptômes négatifs en comparaison au groupe contrôle qui a été traité de manière habituelle.³⁷

Une autre étude de 2009 a été menée avec des patients schizophrènes institutionnalisés en Espagne. La fréquence était de deux sessions de 45 minutes par semaine de psychothérapie encadrées dans les deux groupes par le même psychologue avec, en tout, 25 sessions. Un labrador femelle de deux ans préparé à la zoothérapie a été introduit dans l'un des deux groupes. Il y avait 12 patients dans le groupe qui suivait les séances de TAA et 12 dans le groupe contrôle (9 au moment de l'analyse des résultats). Il est apparu que le groupe qui avait bénéficié du contact du chien avait une amélioration significative des aptitudes de la vie quotidienne, du contact social et des symptômes négatifs et positifs. Le groupe contrôle a, lui aussi, montré grâce à la psychothérapie des changements significatifs dans les symptômes positifs et les symptômes en général. Cependant, les auteurs de la publication n'ont pas trouvé de différences entre les deux groupes avant et après l'intervention. Malgré les effets bénéfiques amenés par le chien, les résultats de cette étude ne sont pas tout à fait concluant.

2.2.2 La dépression

Présentation de la pathologie :

La dépression est une maladie psychiatrique observée plus fréquemment que la schizophrénie avec une prévalence de 15 à 25%. Elle touche plus souvent les femmes. Le pic de survenue majeur de la maladie s'observe entre 15 et 25 ans et un autre à 35 ans. Les patients atteints de dépression présentent un risque suicidaire majeur.³⁹

Le diagnostic est posé lorsqu'au moins 5 des manifestations suivantes sont détectées : perte ou gain de poids significatif, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, asthénie ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inapproprié, trouble de la concentration, pensées de mort ou idées suicidaires pendant au moins 2 semaines et avec obligatoirement présence d'une humeur dépressive et/ou perte d'intérêt ou de plaisir.³⁹

Le syndrome dépressif « caractérisé » se classe en trois grades : léger, d'intensité modérée et sévère.

Dans la dépression d'intensité légère, les recommandations sont la mise en place d'un soutien psychologique et d'une surveillance. ³⁹ En plus de ce soutien psychologique humain, la zoothérapie semble présenter toute les qualités (diminution du sentiment de solitude et augmentation du bien-être) pour aider les patients à surmonter cet état léger de dépression et ainsi éviter la prise de médicaments.

Les antidépresseurs prescrits en première intention dans la dépression d'intensité modérée à sévère appartiennent à la classe des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) ou à la classe des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNA). En effet, ces classes récentes de médicaments présentent moins d'effets indésirables et de contre-indications que les médicaments plus anciens. Dans le cas des ISRS, les effets indésirables sont des troubles digestifs, de la libido, des saignements et un risque grave de torsade de pointe (uniquement possible avec le citalopram et l'escitalopram). Pour les IRSNA, les effets indésirables sont surtout digestifs et il existe un risque de poussées hypertensives avec la venlafaxine.³⁹

Chez certains patients, ces médicaments ne sont pas suffisants et l'utilisation de médicaments issus de la classe des antidépresseurs tricycliques (ou imipraminiques) s'impose. Contrairement aux ISRS et IRSNA, ces antidépresseurs sont plus anciens et présentent de très nombreux effets indésirables. En effet, Ils entrainent des effets indésirables atropiniques : confusion, sécheresse buccale, rétention urinaire, troubles oculaires, troubles gastro-intestinaux, et des effets indésirables cardiaques, essentiellement des troubles du rythme. Ces molécules sont contre-indiquées en cas de glaucome à angle fermé, d'obstacle prostatique, d'infarctus du myocarde récent, et en association avec aux IMAO sélectifs ou non sélectifs. ³⁹

Comme dans le cas de la schizophrénie, les zoothérapeutes espèrent que, dans certains cas, la TAA en complément des antidépresseurs, permette aux patients une amélioration de leur état dépressif et/ou un rétablissement plus rapide, voire même une diminution de la posologie de leur traitement.

Effet de la TAA chez les patients atteints de dépression :

En 2005, une étude réalisée au Honduras ³³ ¹² a mis en présence des dauphins avec des patients recrutés aux Etats-Unis et au Honduras. Ces patients étaient atteints de dépression allant de la forme légère à des formes moyennes. Les auteurs ont attendu des résultats positifs en se basant sur l'hypothèse de la biophilie (hypothèse qui suggère l'existence d'un lien instinctif entre les êtres humains et d'autres systèmes vivants comme les animaux 40). Les chercheurs ont demandé aux patients équipés d'un tuba de jouer, de nager et de prendre soin des animaux. Une première partie de 30 minutes était très structurée et permettait au patient de se familiariser au contact de l'animal en présence de l'entraineur. La seconde partie de la séance, de 30 minutes également, était totalement déstructurée avec des interactions libres et spontanées. Les patients du groupe contrôle participaient à un programme sur la nature en extérieur et pratiquaient les mêmes activités aquatiques que dans la TAA mais sans dauphins. Les deux programmes avaient lieu simultanément, pendant deux semaines, du lundi au vendredi, une heure par jour. Il y avait 15 participants dans le programme avec les dauphins (13 au moment des analyses) et 15 autres dans le programme sur la nature (12 au moment des analyses). Durant l'étude, les patients n'ont pas été autorisés à prendre des antidépresseurs ou des anxiolytiques. A l'issue des traitements, la gravité moyenne des symptômes de la dépression a été réduite de manière significativement plus importante dans le groupe traité par rapport au groupe contrôle. Les scores utilisés étaient ceux de Hamilton et Beck pour la dépression et la différence des scores entre les deux groupes était significative. Cette thérapie par les dauphins s'est révélée efficace pour atténuer les symptômes de la dépression légère à moyenne après deux semaines de traitement.33

En 2012, une équipe Norvégienne a mise en place une intervention dans 11 fermes avec des patients présentant une dépression clinique. ⁴¹ La TAA a duré 12 semaines avec deux séances par semaine. La durée de la séance allant de 1h30 à 3h par jour selon la taille de la ferme, sa mécanisation et la quantité de travail. Les participants ont travaillé avec le fermier dans l'étable. Ils avaient le choix entre différents travaux : le pansage, le nettoyage, l'alimentation, le soin des veaux et la traite du lait. Les participants n'ont pas effectué d'autres travaux à la ferme. Le groupe expérimental comptait 16 participants et le groupe contrôle 13. Le groupe traité a suivi la TAA en plus de son traitement médical habituel tandis que le groupe contrôle à uniquement suivi son traitement habituel. Les chercheurs ont alors observé un déclin significatif de la dépression dans le groupe expérimental ainsi qu'une augmentation significative du sentiment d'efficacité personnelle entre le recrutement et l'intervention. Dans le groupe contrôle, aucun changement significatif n'a été retrouvé. Cependant, aucune

différence significative n'a été observée dans le changement des mesures de la santé mentale, que ce soit pour les patients du groupe expérimental ou pour ceux du groupe contrôle (même si plus de participants du groupe expérimental ont cliniquement changé de manière significative, par rapport à ceux du groupe contrôle (6 contre 1)).⁴¹

2.2.3 Les dépendances

Dans le cadre des RCTs analysés dans l'étude de 2014 ¹², une étude décrit l'utilisation de la TAA en complément d'une réhabilitation psychiatrique classique. La TAA a été appliquée pour des personnes ayant un diagnostic de maladie mentale ainsi qu'un antécédent de dépendance à la drogue et/ou à l'alcool ou un autre type de comportement addictif. Dans cette étude américaine de 2000, 18 patients appartenaient au groupe suivant la TAA et 19 appartenaient au groupe contrôle. Pendant quatre semaines, le groupe expérimental recevait chaque jour la visite d'un animal (chiens, lapins, furets ou cochons d'inde) qui allaient de patients en patients. Les patients pouvaient les observer ou interagir avec eux (les tenir, les caresser et/ou jouer avec eux). Leur implication était personnelle et il n'y avait aucune obligation d'interagir directement avec l'animal. Les résultats de cette étude ont montré que les patients participant à la TAA interagissaient plus avec les autres patients (d= 0,65). L'effet principal a eu lieu pendant la semaine de thérapie et il y a eu une amélioration des scores au fil du temps. Les patients souriaient plus et montraient significativement plus de plaisir (d= 0,68) par rapport aux patients du groupe contrôle. Les chercheurs concluent que ces données suggèrent que la TAA joue un rôle important dans l'amélioration des bénéfices d'une thérapie conventionnelle.34

2.3 LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION

2.3.1 Effets de la TAA

En 2005, une équipe italienne dirigée par le Dr Diego de Leo a publié une étude sur 144 personnes âgées ⁴² n'ayant pas de problèmes cognitifs, afin de savoir si la TAA a un effet favorable sur l'état psychopathologique et sur la perception de la qualité de vie.

L'étude a été menée de 1999 à 2000 et a regroupé 144 sujets (97 femmes et 47 hommes) issus de sept maisons de retraite du nord de l'Italie. Les personnes recrutées ont une moyenne d'âge de 78,8 ± 9,4 ans, un niveau scolaire de 4,5 ± 2,3 et un MMSE (Mini Mental State Examination, qui permet l'évaluation d'une personne sur un plan cognitif et mental) supérieur ou égal à 21/30. Les résidents ont été séparés de manière randomisée et en simple aveugle en trois groupes : un groupe de 43 sujets (dont 35 femmes) qui avait chacun la responsabilité d'une plante, un groupe de 53 sujets (32 femmes) qui n'ont reçu aucune responsabilité et un troisième groupe de 48 sujets (30 femmes) qui devaient chacun s'occuper d'un canari. Les personnes ayant reçu un canari ont du s'en occuper, le nourrir et garder sa cage propre. Chaque participant a été suivi pendant 3 mois. Avant et après la thérapie, les patients ont répondu à plusieurs tests : le MMSE, le LEIPAD II-Short Version (LEIPAD-SV, questionnaire qui permet d'évaluer la qualité de vie des personnes âgées) et le Brief Symptom Inventory (BSI, questionnaire qui permet une auto-évaluation des symptômes psychopathologiques).

Au début de l'étude (t=0), les trois groupes ne présentaient pas de différences statistiquement significatives de leurs résultats aux différents tests MMSE, LEIPAD II-Short Version et BSI. Les chercheurs ont seulement observé un score BSI sur la sensibilité interpersonnelle, plus important pour les patients du groupe auquel des plantes ont été attribuées. Des scores de LEIPAD sur les soins et le fonctionnement social indiquent une meilleure perception de soi dans le groupe ayant reçu des animaux.

A la fin des trois mois de l'étude (t=1), les mêmes tests ont été effectués et les chercheurs ont comparé les résultats entre les trois groupes.

Le tableau 2 ci-après montre la comparaison des résultats des tests de MMSE, BSI et LEIPAD-SV entre les trois groupes à t=1 soit trois mois après le début de l'étude (t=0).

Tableau 2 : Comparaison à t=1 des résultats des tests entre les trois groupes 42

Table 3 Inter-group comparison at time1 (t1)

Variables	Group with plant, mean \pm S.D.	(1) vs. (2)	Control group, mean ± S.D.	(2) vs. (3)	Group with animals, mean \pm S.D.	(3) vs (1)
MMSE	24.41 ± 2.95	n.s.	24.20 ± 2.65	n.s.	24.32 ± 3.15	n.s.
BSI-Som BSI-ObsComp	1.04 ± 0.69 0.83 ± 0.64	n.s. n.s.	0.97 ± 0.56 0.95 ± 0.54	•	0.69 ± 0.58 0.53 ± 0.54	n.s.
BSI-Interp-Sens BSI-Dep	0.94 ± 0.64 1.24 ± 0.75	n.s. n.s.	0.92 ± 0.69 1.40 ± 0.88	n.s.	0.74 ± 0.70 0.79 ± 0.50	n.s.
BSI-Anx BSI-Host	1.10 ± 0.68 0.71 ± 0.65	n.s. n.s.	0.92 ± 0.67 0.72 ± 0.62	n.s. n.s.	0.78 ± 0.61 0.55 ± 0.60	n.s.
BSI- Phob-A	0.75 ± 0.62	n.s.	0.59 ± 0.42	n.s.	0.43 ± 0.42	**
BSI- Paranoid-Id BSI-Psych	0.70 ± 0.66 0.57 ± 0.42	n.s. n.s.	0.73 ± 0.48 0.57 ± 0.51	n.s. n.s.	0.55 ± 0.56 0.40 ± 0.41	n.s.
LEIPAD-PFS	$\boldsymbol{5.09 \pm 2.14}$	n.s.	4.98 ± 2.53	•••	3.45 ± 2.04	•••
LEIPAD SCS LEIPAD DAS	8.04 ± 3.19 3.25 ± 2.45	n.s. n.s.	7.36 ± 3.74 3.53 ± 3.08	**	5.54 ± 3.78 1.93 ± 1.94	***
LEIPAD CFS LEIPAD SFS	3.37 ± 2.13 3.88 ± 1.57	n.s.	4.28 ± 2.37 4.15 ± 1.95	**	2.37 ± 2.11 3.06 ± 1.52	
LEIPAD LSS	6.51 ± 2.16	n.s.	6.42 ± 2.59	***	4.50 ± 2.08	***

n.s.: not significant.

Les résultats de ce tableau, montrent que le groupe avec l'animal a présenté une amélioration significative des scores BSI sur les troubles de somatisation, les troubles obsessionnels compulsifs et la dépression. Une amélioration de tous les scores du LEIPAD-SV en comparaison avec le groupe contrôle est aussi constatée. Certains scores du BSI (troubles obsessionnels compulsifs, dépression, anxiété, troubles phobiques et psychotiques) et tous les scores du LEIPAD-SV du groupe avec l'animal sont aussi significativement meilleurs que ceux du groupe avec la plante. L'amélioration des scores du LEIPAD-SV montre que le groupe prenant soin de l'animal présente une amélioration plus importante en terme de qualité de vie.

Le tableau 3 ci-dessous montre la comparaison des résultats du MMSE, BSI et LEIPAD-SV entre les trois groupes entre le début de l'étude (t=0) et trois mois après (t=1).

^{*} p < 0.05.

p < 0.01.

p < 0.001

Tableau 3 : Comparaison des résultats des tests à t=0 et t=1 entre les trois groupes 42

Table 4 Intra-group comparison of MMSE, BSI and LEIPAD subscales at time t0 and t1

Variables	Group with plant		Control group (2)		Group with animals (3)				
	t0, mean ± S.D.		t1, mean ± S.D.	t0, mean ± S.D.		t1, mean ± S.D.	t0, mean ± S.D.		t1, mean ± S.D.
MMSE	24.34 ± 2.99	n.s.	24.41 ± 2.95 Cap	24.35 ± 2.66	n.s.	24.22 ± 2.65	24.62 ± 3.07	n.s.	24.32 ± 3.15
BSI-Som	0.86 ± 0.64	n.s.	1.04 ± 0.69	1.02 ± 0.81	n.s.	0.97 ± 0.56	1.34 ± 1.99	•	0.69 ± 0.58
BSI-ObsComp	0.97 ± 0.63	n.s.	0.83 ± 0.64	1.05 ± 0.77	n.s.	0.95 ± 0.54	0.86 ± 0.70	***	0.53 ± 0.54
BSI-Interp-Sens	1.09 ± 0.61	•	0.94 ± 0.64	0.79 ± 0.63	n.s.	0.92 ± 0.69	0.78 ± 0.70	n.s.	0.74 ± 0.70
BSI-Dep	1.22 ± 0.79	n.s.	1.10 ± 0.68	1.38 ± 1.07	n.s.	1.40 ± 0.88	1.28 ± 0.76	***	0.79 ± 0.50
BSI-Anx	0.93 ± 0.64	n.s.	0.71 ± 0.65	1.02 ± 0.84	n.s.	0.92 ± 0.67	1.02 ± 0.73	**	0.78 ± 0.61
BSI-Host	0.74 ± 0.67	n.s.	0.75 ± 0.62	0.65 ± 0.53	n.s.	0.72 ± 0.62	0.67 ± 0.57		0.55 ± 0.60
BSI- Phob-A	0.71 ± 0.74	n.s.	0.70 ± 0.66	0.72 ± 0.76	n.s.	0.59 ± 0.42	0.61 ± 0.75	*	0.43 ± 0.42
BSI- Paranoid-Id	0.75 ± 0.70	n.s.	0.57 ± 0.42	0.78 ± 0.61	n.s.	0.73 ± 0.48	0.75 ± 0.69	**	0.55 ± 0.56
BSI-Psych	0.57 ± 0.84	n.s.	5.09 ± 2.14	0.68 ± 0.60	n.s.	0.57 ± 0.51	0.49 ± 0.49	n.s.	0.40 ± 0.41
LEIPAD PFS	5.37 ± 2.62	n.s.	8.04 ± 3.19	5.41 ± 2.40	n.s.	4.98 ± 2.53	4.66 ± 2.71	***	3.45 ± 2.04
LEIPAD SCS	7.69 ± 3.66	n.s.	3.25 ± 2.45	7.15 ± 4.07	n.s.	7.36 ± 3.74	6.16 ± 3.94		5.54 ± 3.78
LEIPAD DAS	3.44 ± 2.51	n.s.	3.37 ± 2.13	3.81 ± 3.39	n.s.	3.53 ± 3.08	3.60 ± 2.48	***	1.93 ± 1.94
LEIPAD CFS	3.34 ± 2.78	n.s.	3.88 ± 1.57	4.43 ± 3.50	n.s.	4.28 ± 2.37	3.00 ± 2.49	n.s.	2.37 ± 2.11
LEIPAD SFS	4.37 ± 1.41	*	4.15 ± 1.95	4.28 ± 1.59	n.s.	4.15 ± 1.95	3.47 ± 1.58	n.s.	3.06 ± 1.52
LEIPAD LSS	6.53 ± 2.17	n.s.	6.51 ± 2.26	6.37 ± 2.41	n.s.	6.42 ± 2.59	6.12 ± 1.93	***	4.50 ± 2.08

n.s.: not significant.

La comparaison des résultats entre t=0 et t=1 des trois groupes montre qu'il n'y a pas eu de différences significatives dans le groupe contrôle. Uniquement une très légère amélioration significative de la perception de soi dans le groupe avec la plante peut être constatée. Par contre, dans le groupe avec l'animal, une amélioration significative de presque tous les tests a pu être observée.

Cette étude confirme l'effet bénéfique apporté par la relation avec un animal, de s'en occuper et de créer un lien avec lui. Ainsi, avoir une plante n'a pas ou peu d'impact sur l'autoévaluation des symptômes psychopathologiques, notamment ceux de la dépression alors que ces derniers ont été influencés de manière positive par l'introduction d'un animal. La présence de l'animal semble ainsi avoir apporté une amélioration de l'humeur, protégé les sujets de la dépression, du trouble obsessionnel compulsif et dans une certaine mesure de l'anxiété et des troubles paranoïdes. Les symptômes de somatisation, d'hostilité et d'anxiété phobique sont aussi améliorés mais pas de manière significative. Selon les scores de LEIPAD, les sujets avec un animal semblent avoir une amélioration de leur qualité de vie.

Les auteurs concluent donc que leur étude renforce l'hypothèse que la TAA peut avoir un effet sur le bien-être psychologique des personnes âgées institutionnalisées et en particulier sur les symptômes de la dépression et sur la perception de la qualité de vie.

Une autre étude a été menée en 1996 par des chercheurs avec des personnes âgées de deux unités de réadaptation du Nebraska afin de mesurer le bénéfice de la présence d'un oiseau en

^{*} p < 0.05.

p < 0.01.

p < 0.001.

cage sur la dépression, le sentiment de solitude et sur le moral des patients. Il y avait 20 patients dans le groupe expérimental et 20 autres dans le groupe contrôle. Dans le groupe expérimental, les auteurs ont placé dans la chambre des patients un oiseau en cage pendant 10 jours. Pour qu'il n'y ait aucune interaction entre le sujet et l'expérimentateur, les soins de l'oiseau lui étaient prodigués lorsque le patient n'était pas dans sa chambre ou alors lorsque l'oiseau et la cage étaient sortis de la chambre. Le groupe contrôle quant à lui n'avait pas d'autres interventions hormis celles habituellement présentes dans l'unité. Les mesures ont été prises avant et après la période d'étude de 10 jours. Les chercheurs ont alors constaté que le groupe expérimental a montré une diminution significative des mesures de la dépression alors qu'il n'y a eu aucune diminution du moral et du sentiment de solitude du groupe contrôle. Les auteurs concluent que la présence d'un oiseau de compagnie pourrait permettre de limiter les effets négatifs d'un changement de résidence pour une personne âgée. 43 12

2.3.2 Troubles psychiatriques

Chez la personne âgée atteinte de démence, en plus des effets indésirables induits par les neuroleptiques, il existe une augmentation du risque d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et de décès lors d'un traitement prolongé par rispéridone, olanzapine et aripiprazole.⁴⁴

Une méta-analyse de 2011 menée par une équipe de scientifiques espagnols s'est intéressée aux effets de la TAA sur l'état fonctionnel et psychologique de personnes âgées et de patients atteints de troubles psychiatriques.⁴⁵

Les chercheurs ont ciblé des études s'intéressant aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux patients atteints de troubles psychotiques et de l'humeur.

Plusieurs études ⁴⁶ ⁴⁷ ⁴⁸ ⁴⁹ montrent que ces populations sont plus à risque d'une détérioration de leur état fonctionnel et d'un isolement social. Les scientifiques ont alors émis l'hypothèse que la TAA pourrait leur être plus particulièrement bénéfique.

Pour effectuer leur recherche bibliographique, les chercheurs ont utilisé Medline, psychINFO et le Registre central des essais contrôlés de Cochrane sur la période de janvier 1975 à janvier 2009 et sans restriction vis-à-vis de la langue de l'étude.

Les critères d'inclusion des études sont la présence de test avant et après la thérapie, au moins cinq participants, une TAA sur plusieurs jours et un nombre suffisant de données rapportées.

Les auteurs ont ainsi pu identifier 21 études à analyser.

Sur ces 21 études, 10 études concernent des personnes âgées qui ne sont pas atteintes de troubles cognitifs, 5 études des personnes âgées atteintes de démence et 6 études des patients psychiatriques.

Chaque étude a mesuré l'effet de la TAA sur un ou plusieurs symptômes :

- La dépression 33 42 43 50 51 52 53 54 55
- L'anxiété 33 42 50 56
- Les troubles du comportement ^{50 53 54 57 58 59}
- Le sentiment de solitude 43 56 60 61 62
- Les fonctions sociales basiques (exemple le contact visuel) et avancées (exemple la capacité de conversation) ³⁴ ⁴² ⁵⁷ ⁵⁸ ⁶³ ⁶⁴
- Les compétences de la vie quotidienne 42 53 54 57 59 65
- Les capacités cognitives 42 52 54 59 66

Les méthodes d'évaluation des données étant différentes entre ces études, les chercheurs ont mesuré une taille de l'effet pour chacune d'elle afin de standardiser les résultats et de pouvoir définir l'effet de la TAA.

Au total, il y a 447 participants dans les neuf études qui ont mesuré l'impact de la TAA sur la dépression. La taille de l'effet mesurée pour ces études est de -0,34 (95%CI : -0,63- -0,05 ; p=0,02) avec des effets bénéfiques plus importants pour les études s'intéressant aux patients psychiatriques par rapport à celles s'intéressant aux populations âgées ayant des capacités cognitives intactes. En ne considérant que les six études qui ont inclu un groupe contrôle, la taille de l'effet reste significative à -0,48 (95%CI : -0,94- -0,02 ; p=0,04). Une très légère hétérogénéité a été détectée entre les études (I²=68%, 95%CI : 35-84%). Elle peut s'expliquer par la différence des interventions et il semble y avoir un effet plus important dans le cadre de la thérapie individuelle. Aucun biais n'a clairement été identifié dans les publications par les auteurs. Les chercheurs ont remarqué un bénéfice plus important de la TAA sur les symptômes de la dépression lorsque la thérapie était individuelle plutôt qu'en groupe et lorsque l'animal n'était pas un chien.

Les scientifiques trouvent aussi un bénéfice de la TAA sur l'anxiété avec une taille de l'effet globale mesurée pour quatre études contrôlées de -0,29 (95%CI : -0,51- -0,07 ; p=0,01). Ces quatre études regroupent 291 patients. Pas d'hétérogénéité ni de biais n'ont été détectés.

Un effet positif de la TAA dans les troubles du comportement avec une taille de l'effet globale de -0,32 (95%CI: -0,64-0,01; p=0,06) pour sept études avec un total de 367 participants a aussi été observé. Cependant, en ne gardant que les 5 études contrôlées, la taille d'effet baisse à -0,24 (95%CI: -0.60-0.12; p=0,20). L'effet bénéfique de la TAA apparaît comme plus important pour les patients âgés atteints de démence, que ceux sans troubles cognitifs ou les patients psychiatriques. Des biais ont été détectés par les chercheurs.

Dans le sentiment de solitude, la TAA semble ne présenter que peu d'efficacité avec une taille de l'effet pour quatre études et 133 patients de -0,27 (95%CI : -0,97-0,43 ; p=0,45). Cette taille de l'effet tombe à -0,08 (95%CI : -0,95-0,80 ; p=0,87) si les auteurs ne gardent que les trois études contrôlées.

Les sept études qui s'intéressent aux fonctions sociales trouvent un bénéfice dans la pratique de la TAA. Pour un total de 275 patients, la taille de l'effet est de 1,06 (95%CI : 0,25-1,87 ; p=0,01). En ne conservant que les trois études contrôlées, la taille de l'effet est de 1,47 (95%CI : -1,04-3,97, p=0,25). Les effets bénéfiques ont été plus importants pour les patients atteints de pathologies psychiatriques. Les résultats montrent aussi une meilleure efficacité de la thérapie lorsque l'interaction humain-animal est encadrée par rapport à une interaction spontanée. Une hétérogénéité résiduelle a cependant été détectée (I²=86%, 95%CI : 74-93%) ainsi que des biais.

La taille de l'effet pour les compétences de la vie quotidienne, mesurée pour six études incluant un total de 264 patients, est de 0,13 (95%CI: -0,09-0,34; p=0,26). En ne conservant que les quatre études contrôlées, la taille de l'effet est de 0,11 (95%CI: -0,01-0,24; p=0,08). Une hétérogénéité importante a été détectée (I² = 71%, 95%CI: 32-87%) mais elle peut s'expliquer par les différences d'intensité et de durée de la TAA entre les études. Les TAA les moins intensives et les plus longues ayant montré un effet plus important sur les compétences de la vie quotidienne. Les auteurs ont cependant trouvé des biais dans les publications analysées.

Un léger effet a été retrouvé dans le domaine des compétences de la vie quotidienne et des capacités cognitives.

Ainsi pour les capacités cognitives, la taille de l'effet mesurée sur 203 patients inclue dans cinq études est de 0,08 (95% CI : -0,12-0,27, p=0,45) avec une hétérogénéité modérée (I^2 =55%, 95%CI : 0-83%) et des biais de publication (p=0,05).

Par cette méta-analyse, l'équipe de chercheurs montre un effet bénéfique important de la TAA sur les fonctions sociales autant pour des patients âgés institutionnalisés sans troubles cognitifs, des personnes âgées atteintes de démence ou des patients atteints de problèmes

psychiatriques sous forme de troubles psychotiques et de l'humeur. Dans la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement, l'effet est modéré mais statistiquement significatif. Cependant peu, voire aucun effet, n'ont pu être observés pour améliorer le sentiment de solitude, les compétences de la vie quotidiennes et les capacités cognitives.

De plus, une variation d'intensité de l'effet a été observée entre les différents types de patient. Ainsi, un effet bénéfique plus important pour les fonctions sociales et la dépression chez les patients atteints de troubles psychiatriques a été observé. Les patients atteints de démence ont présenté plus de progrès que les autres dans le domaine des troubles du comportement.

Pour les chercheurs, ces résultats semblent cohérents avec les deux hypothèses décrites plus bas (« The stress-buffering hypothesis » et « The main effect hypothesis ») sur le mécanisme d'action de la TAA. De même, les effets modérés sur la dépression et l'anxiété s'accordent à l'idée que la TAA peut offrir des bénéfices sur le plan psychologique comparables à ceux induits par le soutien social humain.⁶⁷ Enfin la TAA peut amener une stimulation sensorielle et un contact social, les deux étant responsables d'une diminution des troubles du comportement chez les patients atteints de démence.⁶⁸

La force de cette méta-analyse réside entre autre dans l'examen systématique des articles disponibles sur le sujet et l'utilisation d'une taille de l'effet comparable entre les études, malgré la conception différente de chaque étude.

Néanmoins, les auteurs ont dû faire face à plusieurs obstacles. Ils n'ont pu évaluer que 5 études réalisées en simple aveugle sur les 21 études incluses et 11 études n'ont pas mis en place de groupe contrôle. Enfin sur ces 10 autres études, 4 n'ont pas constitué leurs groupes de manière aléatoire par randomisation. De plus, dans la plupart des études sans groupe contrôle, les mesures ont été prises sur un laps de temps plutôt court. Enfin, les méthodes utilisées pour prendre les mesures ne permettent pas de différencier les effets liés à l'intervention et ceux liés à une autre variable. La faible qualité des études dans le domaine de la TAA limite la puissance de cette méta-analyse.

En 2001, un groupe de chercheurs israéliens a mené une RCT d'un an avec des patients âgés, schizophréniques et en institution. Il y avait 10 patients dans le groupe traité et 10 dans le groupe contrôle. Les patients bénéficiaient d'une séance de 3 heures une fois par semaine toujours le même jour. Chaque patient avait son propre chien ou chat, selon ses préférences, et les séances consistaient à nourrir, faire la toilette, donner le bain ou à enseigner aux animaux à marcher en laisse, pour permettre une meilleure mobilité du patient. Le groupe contrôle participait au même moment à des séances de lecture et de discussion. A la fin de l'étude, les chercheurs ont démontré une amélioration significative des scores SAFE (Social

Adaptive Functioning Evaluation) et une amélioration significative dans le groupe participant à la TAA. Les mêmes résultats ont été retrouvé avec l'échelle des fonctions sociales.⁵⁷

3 Hypothèses concernant les effets de la TAA

3.1 L'HYPOTHESE DE L'EFFET TAMPON (OU THE STRESS-BUFFERING HYPOTHESIS)

« The stress-buffering hypothesis » est l'hypothèse selon laquelle le soutien social protège les personnes des conséquences psychologiques négatives du stress quotidien.⁶⁹ Or certains chercheurs comparent les animaux de compagnie à un soutien social humain. Ainsi ils supposent que les animaux jouent un rôle de tampon entre les personnes et le stress de la vie quotidienne et ainsi préservent leur santé cardiovasculaire et psychologique.

3.2 L'HYPOTHESE DE L'EFFET DIRECT (OU THE MAIN EFFECTS HYPOTHESIS)

Cette hypothèse propose que les effets de la TAA sur la santé et les relations sociales sont le résultat d'influences directes sur le comportement et pas seulement celles médiées par le soutien social. Par exemple, l'effet provoqué par notre animal de compagnie peut être le résultat de comportements de santé associés à cette possession d'un animal, tels que l'exercice physique, qui à son tour peut améliorer notre état de santé physique et notre humeur.⁴⁵

3.3 L'HYPOTHESE DE LA BIOPHILIE

L'hypothèse scientifique de la biophilie (d'abord évoquée par le psychanalyste Erich Fromm puis reprise par le biologiste Edward Osborne Wilson dans son livre *Biophilia* publié en 1984 ⁴⁰) décrit une attraction, inconsciente et instinctive, des êtres humains vers la nature et les autres êtres vivants. Pour les personnes qui soutiennent cette hypothèse, être en contact avec d'autres êtres vivants, animaux ou végétaux, contribue au fonctionnement harmonieux de notre corps.

3.4 LES MEDIATEURS DU STRESS

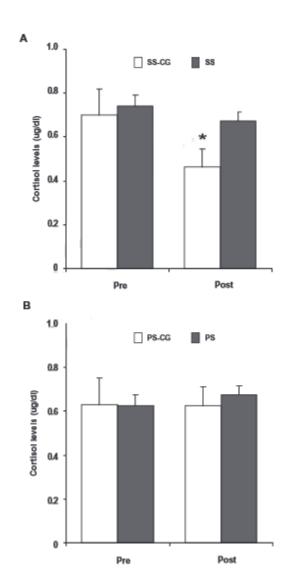
Une étude ⁷⁰ réalisée par une équipe Italienne en 2012 s'est intéressée entre autre à la concentration en cortisol (en tant qu'hormone du stress) dans la salive de 19 patients âgés

participant à des séances d'Intervention Assistée par l'Animal. L'étude a rassemblé 19 patients (6 hommes et 13 femmes) avec une moyenne d'âge de 85 ans. Les chercheurs ont prélevé des échantillons de salive, 30 minutes avant et 30 minutes après l'IAA, pour en mesurer l'impact à court terme. Afin d'en mesurer celui à long terme, ils ont récupéré d'autres échantillons de salive au début de l'intervention en février et à sa fin en juin. Concernant les animaux, un golden retriever femelle de 5 ans et un cocker spaniel femelle de 6 ans ont été utilisés. Ces deux chiens ont été entrainés par l'« Associazone Nazionale Uso del Cane per Scopi Sociali » et l'hôpital a contrôlé leur carnet de vaccination et leur caractère. Les séances ont eu lieu de février à juin 2010, deux fois par semaine (le mardi et le jeudi) et toujours à la même heure (10h30).

Deux types d'interventions assistées par le chien ont été mise en place. Une intervention axée sur la thérapie physique a intégré quatre patients qui avaient besoin d'une rééducation sur le plan moteur. Lors de chaque session, deux chiens visiteurs, deux maîtres-chiens et deux masseur-kinésithérapeutes étaient présents. Chaque session a duré une heure avec trente minutes dédiées à chaque patient. Quinze minutes permettent une familiarisation avec le chien en passant par le jeu, son alimentation et son brossage. Quinze autres minutes ont servi de thérapie physique durant laquelle chaque patient a promené le chien tenu en laisse. La seconde intervention était axée sur la socialisation et, durant une heure, le groupe assis en cercle interagissait directement avec les chiens qui se déplaçaient dans la pièce. Deux chiens visiteurs, deux maîtres-chiens et deux infirmières ont toujours été présents au moment des sessions. Neuf patients ont été intégrés dans cette IAA. Aucune intervention directe n'a eu lieu entre les masseur-kinésithérapeutes ou les infirmières et l'interaction entre le patient et le chien. Un groupe contrôle de trois personnes a été mis en place pour chaque intervention. Dans les 30 minutes avant le prélèvement de salive, les patients n'ont pas été autorisés à fumer, manger ou boire des boissons contenant de la caféine, du sucre ou des jus de fruit. Cependant, les échantillons de salive de deux patients ont été insuffisants et ont donc été écartés.

La figure 1 ci-dessous est un histogramme qui compare les concentrations en cortisol salivaire avant et après la séance de thérapie physique ou de socialisation avec et sans chien.

Figure 1 : Concentration en cortisol salivaire (μg/dL) chez les patients avant et après A) la séance de socialisation (SS) ou B) la thérapie physique (PS), avec (blanc) ou sans (gris) chien (CG) ⁷⁰



Le groupe de chercheurs a mis en évidence une diminution significative du taux de cortisol dans la salive des patients appartenant au groupe axé sur la socialisation (p = 0,0302). Aucune différence n'a été observée dans la salive du groupe contrôle (c'est-à-dire sans chien). Par contre, les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative de la concentration en cortisol dans les groupes suivant la thérapie physique avec ou sans animal (p = 0,03739).

Les auteurs évoquent un possible rôle des IAA dans la motivation des patients et la stimulation de leur activité psychomotrice, *via* une diminution des médiateurs du stress, mais ils soulignent la nécessité d'études supplémentaires pour étayer cette conclusion.

3.4 LA PERSONNALISATION

Un point majeur de la zoothérapie est qu'elle peut être personnalisée pour chaque patient, avec des objectifs thérapeutiques précis et spécifiques établis avant les séances. Cette notion est importante, notamment dans les pathologies psychiatriques où pour une même maladie, selon les individus, il est possible d'observer des signes cliniques différents. Cette approche individualisée est d'ailleurs de plus en plus développée dans le milieu médical en général pour une prise en charge personnalisée des patients.

4 Comparaison aux autres thérapies

Des groupes de chercheurs ont travaillé sur l'efficacité de la TAA en comparaison avec d'autres thérapies.

Dès 1989, Holcomb et Meacham ont observé pendant 23 mois l'assiduité des patients d'une unité psychiatrique à assister à des séances de TAA en groupe. Les patients avaient le choix entre une séance de groupe de TAA ou une séance de groupe d'ergothérapie. Les séances d'ergothérapie en groupe ont pour but de d'améliorer l'indépendance dans les gestes de la vie quotidienne par des exercices.⁷¹ L'étude a montré que la TAA a attiré plus de patients que l'ergothérapie (d>1,0) et notamment des patients habituellement très isolés.⁷²

Une étude anglaise de 1992, menée sur quatre semaines par Haughie, Milne et Elliott, a comparé l'effet de la zoothérapie sur des patients psychiatriques âgés (dépression, troubles bipolaires et schizophrénie) par rapport, soit aux activités habituelles, soit à une activité guidée de photographie. Deux groupes de patients de deux hôpitaux ont participé à l'étude. Le premier groupe comprenait 18 patients (5 hommes et 13 femmes) âgés de 65 à 86 ans. Le deuxième groupe comprenait 19 femmes toutes âgées de plus de 70 ans. L'étude a montré que la zoothérapie a suscité le plus d'interactions sociales (d=0,41).⁷³

En 2000, une étude menée par Bernstein, Friedmann et Malaspina a comparé l'efficacité de la TAA dans la stimulation sociale avec d'autres thérapies récréatives (activités artisanales, artistiques et parties de bingo). Il est connu que la stimulation sociale permet de réduire l'isolement, d'ouvrir sur l'environnement extérieur et de maintenir ou stimuler les capacités mentales. Les chercheurs ont inclus 33 patients (dont 29 femmes) âgés de 70 à 80 ans dans leur étude. Leurs résultats ont montré que la TAA a été aussi efficace que les autres thérapies récréatives pour promouvoir une interaction sociale positive (d=0,00). Ces thérapies, avec ou

sans animal, permettent plus de conversations entre les patients et des conversations plus longues.

Ces études prouvent que la TAA a autant sa place dans les établissements de santé que les autres thérapies qui y sont actuellement proposées.

5 Les craintes liées à la TAA

5.1 LA PEUR DE L'ANIMAL

Au vu de l'analyse des différentes études présentées, il apparait que l'interaction avec un animal amène des effets positifs sur le comportement et/ou la santé. Cependant, il semble naturel que certains patients refusent cette interaction et donc ne puissent pas ressentir d'effet bénéfique.

En effet, certaines personnes sont naturellement effrayées et repoussées par le contact avec un animal. Les plus petits, comme les rongeurs, peuvent faire craindre la morsure. Les plus grands, comme les chevaux, peuvent impressionner par leur taille (d'autant plus pour les personnes en fauteuil roulant) et leur force (peur de se faire écraser les pieds par exemple). A l'inverse de ces espèces, le chien est plutôt familier et très présent dans nos vies comme animal domestique et c'est peut-être pour cela, à côté de ses qualités spécifiques, qu'il apparait comme un bon médiateur de la thérapie.

Malgré la sélection et l'entraiment de l'animal effectué par le thérapeute avant la rencontre avec les patients, l'animal reste un être vivant et donc spontané. Cette spontanéité peut être une source de refus de participation à la thérapie, notamment pour des personnes handicapées. Ces réactions spontanées, comme tout mouvement brusque ou inattendu de l'animal, peuvent créer de l'anxiété pendant la séance.

Dans l'étude de 2014 menée par Yoshiteru Mutoh ¹² et son équipe, il est apparu que sur les 11 études inclues, une seule a décrit que trois patients (sur 15) étaient effrayés par les chiens et ont refusé de participer aux séances.³⁷ Cependant l'équipe n'a pas considéré cette notion comme une limite ou un biais étant donné que les personnes qui refusent le contact avec les animaux le signifient dès le début. Dans deux autres études, les chercheurs ont rapporté l'absence d'effet indésirable lié à la thérapie et enfin les 8 dernières n'ont pas évoqué le sujet.

Dans une étude américaine de 2000, les auteurs ont signalé qu'une patiente avait choisi de ne pas interagir directement avec les animaux (chiens, lapins, furets et cochons d'inde).³⁴

Outre cette peur de l'animal, le lieu peut aussi être une source d'angoisse. Par exemple, aller dans l'eau dans le cas d'une séance de TAD est impossible pour certains patients. De même, un terrain accidenté peut être source de refus pour un patient handicapé ou ayant des difficultés à la marche.

5.2 L'ALLERGIE

Certaines personnes sont allergiques à une ou plusieurs espèces d'animaux et ne peuvent donc pas bénéficier de cette thérapie. Ainsi environ 3% de la population française est concernée par ce problème.⁷⁴ Le chat est l'animal qui entraine le plus de réactions allergiques avec environ 26% de la population Européenne touchée.⁷⁵ Il y a aussi des personnes allergiques aux chiens, chevaux et rongeurs.

Les chats sont les animaux qui entrainent le plus d'allergies car les protéines allergènes (protéines) sont présentes entre autres au niveau de leurs poils or ces derniers sont très volatils et donc facilement en contact avec les muqueuses de la sphère ORL.

Dans le cas de l'allergie au chien, les personnes sont sensibles à des allergènes présents au niveau des poils et de la salive. Les chiens à poils courts produisent plus d'allergènes que ceux à poils longs.⁷⁶

Dans le cas des rongeurs (les cobayes, hamsters, souris, rats et lapins), les allergènes sont principalement présents dans leur urine.

Pour le cheval, les allergènes sont surtout présents dans le pelage et l'urine. Les réactions allergiques sont importantes et depuis 20 ans, le nombre de personnes allergiques aux chevaux a doublé avec, entre autres facteurs, la pratique plus courante de l'équitation.⁷⁷

Les symptômes de ces allergies aux animaux se manifestent systématiquement par une rhinite allergique : écoulement nasal clair, obstruction nasale plus ou moins importante, crise d'éternuements en salves, démangeaison du nez et/ou du palais, conjonctivite sous forme de larmoiements, rougeur et picotements. La rhinite allergique peut évoluer vers un asthme allergique avec difficultés respiratoires et sensation d'oppression thoracique, toux sèche et respiration sifflante.⁷⁷ Il existe aussi des manifestations cutanées, ophtalmiques, *etc*.

Cette pathologie peut-être chronique et très gênante et peut entraîner le recours en seconde intention à une désensibilisation aux poils d'animaux. Cette désensibilisation prise en charge à 100% est un traitement curatif à l'inverse des traitements médicamenteux. En effet, après confirmation de l'allergène par des tests cutanés et/ou sanguins, il est possible d'injecter par

voie sous-cutanée, ou de déposer sous la langue, une solution d'allergènes. L'administration de ces allergènes se fait à des concentrations progressivement croissantes pour réhabituer le système immunitaire à l'allergène puis la même dose à intervalles réguliers doit être prise pendant 3 à 5 ans consécutifs pour entretenir les résultats. Cependant l'efficacité de la désensibilisation dans le cas des allergies aux animaux n'a pas encore été établie.^{77 78}

La meilleure solution pour éviter ces symptômes, surtout chez des patients psychiatriques ou âgés, reste d'éviter le contact avec l'animal.

5.3 LE RISQUE DE BLESSURE DU PATIENT

Les animaux peuvent blesser les humains par la morsure, la griffure etc. C'est pourquoi avant toute TAA, les animaux sont sélectionnés et préparés à la rencontre avec les patients pour limiter ce risque de blessure.

Les associations et les zoothérapeutes indépendant sélectionnent en priorité des animaux qui apprécient, voire qui recherchent, le contact avec le patient.

Par exemple, dans le cas du chien, l'animal doit être propre, obéissant, peu craintif et de bon caractère, ses réactions doivent être prévisibles et adéquates.⁷⁹

L'éducation du chien passe en premier lieu par une bonne connaissance du maître de son animal et du chien en général. Ensuite, le chien devra, entre autres, être habitué très tôt aux endroits bruyants, à être manipulé, à obéir aux ordres simple et plus complexe et à marcher en laisse.⁸⁰

Pour limiter le risque de blessure du patient, ou la transmission de maladies, le contrôle de l'animal par un vétérinaire avant son utilisation dans des séances de TAA est indispensable. Ensuite des visites régulières chez le vétérinaire devront être effectuées notamment pour vacciner l'animal et vérifier son état de santé.

5.4 LE BIEN-ETRE DE L'ANIMAL

Bien que l'objectif de la TAA soit le bien-être du patient, les professionnels de la thérapie n'oublient pas celui de l'animal et s'engagent clairement à le respecter.

Ainsi, en 2014, l'IAHAIO a publié l' « IAHAIO White Paper » qui est un document officiel de l'association dans lequel se retrouvent des directives pour assurer le bien-être des animaux

au cours d'une séance d'IAA.¹⁰ L'IAHAIO rappelle entre autres aux professionnels de la thérapie que l'animal n'est pas simplement un outil mais un être vivant. En conséquence, ces animaux utilisés dans les IAA doivent être en bonne santé autant sur le plan physique qu'émotionnel et doivent apprécier les activités. L'association recommande une évaluation préalable de l'animal par un vétérinaire afin de savoir s'il peut participer aux IAA, et ensuite des réévaluations régulières pour savoir si l'animal est toujours disposé à participer aux activités. L'IAHAIO considère que la formation reçue par les thérapeutes doit, en plus d'inclure des cours sur le comportement humain, inclure des cours sur le comportement animal afin de permettre aux thérapeutes de repérer des signes d'inconfort ou de stress chez les animaux. Il est aussi indiqué qu'une séance doit durer entre 30 et 45 minutes pour ne pas trop surcharger les animaux de travail.

L'association française créée en 2010 « Licorne & phénix » qui rassemble différents acteurs de la médiation animale en France et qui a intégré l'IAHAIO en 2014, a eu pour thème de colloque annuel de 2015 « Médiation animale, si on parlait éthique ».⁸¹

Le GIETAC (Groupe International d'Etudes en Thérapie Avec le Cheval) est un groupe international (France, Belgique, Suisse et Luxembourg) d'associations de TAC (Thérapie Avec le Cheval) représenté au niveau français par la FENTAC. Le GIETAC a rédigé en avril 2000 sa charte de déontologie (rectifiée et approuvée en janvier 2010). Dans cette charte, un paragraphe est intitulé « Comportement minimum à l'égard de l'équidé » et inclus l'alinéa 5.1 qui stipule que « Le Thérapeute tient compte de l'état physique et mental de l'équidé et s'engage à ne pas faire travailler un animal en état de souffrance » et 5.2 où « Dans le cas où il loue l'équidé, il s'engage à informer et à s'informer sur l'état de l'animal avant et après la séance ».⁸²

Le Syndicat Français des Zoothérapeutes crée en 2012 précise aussi dans sa charte d'éthique et de déontologie, l'importance de respecter les principes de la Déclaration Universelle des Droits de l'animal (Annexe 1) proclamée en octobre 1978 à la maison de l'UNESCO à Paris.⁸³

Un autre exemple est l'association Zoothérapie Québec, créée en 1988 et reconnue en 1999 par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cette association, présente dans près de 80 établissements de santé et d'éducation, explique faire appel à un vétérinaire pour qu'il effectue les vaccins, suivis, soins, examens annuels et analyses des chiens que cette association emploie (soit environ une trentaine de chiens). De plus, lorsque le bien-être de l'animal l'exige l'organisme n'hésite pas à retirer l'animal de la thérapie.⁵

Cependant, certains organismes remettent en question ce bien-être de l'animal. C'est par exemple le cas de la Société de Conservation des Baleines et des Dauphins, qui avec son

rapport de 2007 sur la Thérapie Assistée par les Dauphins (ou TAD) alerte sur les risques qu'encourent ces animaux. Ils soulèvent ainsi le risque de blessures des dauphins, de transmissions de pathologies des nageurs aux dauphins, la perturbation du comportement naturel de ces animaux et le stress provoqué par la captivité. Les auteures du rapport donnent pour exemple un centre de TAD en Turquie où un seul petit bassin est occupé à la fois par un dauphin et un béluga et où l'eau dans laquelle évoluent les deux animaux est plus chaude que celle où ils nagent naturellement.¹⁴

5.5 LA QUALITE DES ETUDES

Suite à ce travail d'analyse, il apparait que la qualité de la majorité des études sur le sujet est faible.

Ainsi, toutes les études ne sont pas faites en présence d'un groupe contrôle et ne sont pas entièrement détaillées. Tandis que pour celles réalisées avec un groupe contrôle, une description sur la mise en place de la randomisation, du simple ou du double aveugle n'est pas toujours retrouvée. Peu d'études comportent un nombre important de patients et elles ne sont parfois réalisées que sur quelques semaines. Le coût de l'intervention est lui aussi rarement décrit.

Il manque aussi des études comparant des groupes de patients confrontés à différents animaux et plus d'étude sur la comparaison de la médiation par l'animal avec d'autres thérapies ou en association avec ces dernières.

Ce problème de mauvaise qualité et rédaction des études ne remet pas en question les effets bénéfiques de la TAA, mais ne permet pas de quantifier clairement son impact. Il est donc impossible aujourd'hui de déterminer un programme type de TAA à mettre en place pour obtenir des résultats parfaits et optimaux.

Pour une reconnaissance plus importante de cette thérapie, des études plus détaillées, claires, sur le long voire le très long court et avec une plus grande puissance sont nécessaires.

6 La thérapie par le cheval

6.1 LES DIFFERENTES FORMES

Comme pour la zoothérapie, il existe de nombreux termes pour désigner les thérapies médiées par le cheval et pas de consensus sur ceux à retenir.

Il est possible de distinguer :

L'hippothérapie :

Il s'agit une forme passive d'équitation dans laquelle la personne bénéficie des mouvements du cheval. Cette thérapie s'adresse plutôt à des personnes souffrant de problèmes physiques, tel que paralysies, troubles musculaires, troubles du système nerveux, troubles squelettiques, et procure un soin somatique.^{84 85 86}

En 2010, l'écrivain Agnès Galletier a fait appel au témoignage d'une dizaine de spécialistes dans le domaine du cheval pour rédiger son livre « Pourquoi les chevaux nous font tant de bien ». Dans cet ouvrage, Isabelle Claude, éducatrice spécialisée et cofondatrice en 1997 de l'association Equit'aide ⁸⁷ évoque l'hippothérapie : « Pour les personnes munies d'un handicap moteur, le cheval va, comme l'eau, donner une légèreté au corps [...] Le cheval mobilise chez le cavalier pas moins de trois cent muscles [...] C'est ce que l'on appelle la mobilisation passive. [...] Par ailleurs, la locomotion du cheval, par déplacement des bipèdes diagonaux (postérieur droit, antérieur gauche et inversement), produit un mouvement hélicoïdal dans le corps du cavalier, d'avant en arrière, du bas vers le haut et de poussée de droite à gauche. Cette action locomotrice entraîne une mobilisation musculaire et favorise la sensation de bercement, sensation si chère à notre enfance! De plus, le mouvement du cheval au pas active les fonctions vitales telles que circulation sanguine et transit intestinal, ce qui est difficilement mobilisable en fauteuil roulant. [...] A cheval, il est possible de faire émerger un maximum de sensations et de favoriser le réajustement de l'équilibre latéral et longitudinal ».⁸⁸

L'hippothérapie fait intervenir des professionnels tel que masseurs-kinésithérapeutes, médecins rééducateurs, physiothérapeutes, ostéopathes ou chiropracteurs spécialisés.⁸⁶

o La Thérapie Avec le Cheval (TAC) :

La TAC apporte un soin psychique et fait intervenir des professionnels paramédicaux spécialisés qui mènent une action thérapeutique médiée par un cheval et *via* des expériences

corporelles : contact, odeur, chaleur, balancements,... et humaines : accompagnement par un thérapeute qui tient compte de l'individu dans sa globalité.²¹

Ce terme est apparu en 1986 sous l'influence de Renée de Lubersac (psychomotricienne, psychothérapeute, thérapeute avec le cheval et fondatrice de la FENTAC). Il a remplacé celui de Rééducation par l'équitation ou RPE.²¹

La FENTAC définit la TAC comme des temps d'accompagnement thérapeutique qui réunissent un thérapeute qualifié (une personne issue du domaine de la santé ou du médico-social et ayant suivi une formation spécialisée), un patient (enfant, adolescent ou adulte ayant une pathologie physique, mentale ou présentant des difficultés psychiques) et un cheval utilisé comme médiateur de la relation. Le cheval est présenté non harnaché avec simplement un licol. Le patient monte ou non le cheval, et le travail à pied autour du cheval est favorisé (pansage et déplacements à pied notamment).²¹

o L'équithérapie:

La FENTAC lui donne la définition d'un « Terme générique pour toute action d'équitation à visée thérapeutique » alors que la SFE (Société Française d'Equithérapie) et l'IFEq (Institut de Formation en Equithérapie) distinguent la TAC de l'équithérapie.

Au moment de l'adoption de la charte d'éthique et de déontologie des équithérapeutes de France en 2006 ⁸⁹, la SFE a établi comme définition de l'équithérapie celle d'« un soin psychique médié par le cheval et dispensé à une personne dans ses dimensions psychiques et corporelles ». L'IFEq décrit aussi une action thérapeutique d'approche psychothérapeutique menée par des professionnels médico-sociaux spécialisés dans le cadre d'un soin psychique.⁸⁶

A la différence de la TAC, proche de la psychomotricité, l'équithérapie fait appel à un courant issu de la psychologie, de la psychothérapie et de la psychanalyse. Les dimensions psychiques sont entre autres la parole, le sentiment, l'émotion, le désir, le ressenti, le sens donné au vécu et les dimensions corporelles comprennent la sensorialité, le mouvement, la communication infra-verbale et l'expression gestuelle.⁸⁴

o L'équicie:

L'équicie est mise en place dans le secteur du handicap, de la protection de l'enfance, de la santé et de l'insertion sociale. Cette thérapie fait appel à un professionnel de l'action sociale et médico-sociale diplômé : l'équicien. L'équicie permet un accroissement des apprentissages

sociaux, participe au développement de la personne, veille à son épanouissement et vise à stabiliser, améliorer un comportement ou réduire une détérioration. 16 90 91

En France, le métier d'équicien est reconnu de manière officielle depuis 2014.

D'autres termes sont aussi employés comme « thérapie assistée par le cheval » ou « thérapie facilitée par le cheval ».

6.2 EFFICACITE DE LA THERAPIE PAR LE CHEVAL

Dans le cadre de notre étude à l'EHPAD de Fabas (09), nous avons pu observer des séances d'équithérapie et d'anisothérapie (thérapie par l'âne) pour des personnes d'âge plus ou moins avancé (entre 57 et 91 ans) atteintes de pathologies psychiatriques.

Or actuellement, la majorité des études qui s'intéressent à la thérapie par le cheval traitent des bienfaits du cheval à travers l'hippothérapie pour des enfants et adultes handicapés physique.

De plus, en 2014, une équipe américaine s'est penchée sur 14 études traitant de la thérapie par le cheval (équithérapie et hippothérapie) dans les troubles mentaux et a mis en évidence une très faible qualité de ces études.⁹²

Une étude italienne de 2012 s'est penchée sur les effets de l'équithérapie et de l'anisothérapie dans les performances physiques et psycho-sociales d'adultes atteints de déficiences intellectuelles plus ou moins sévères. Cette étude s'est déroulée dans un centre de réhabilitation spécialisé dans l'équithérapie. 8 personnes ont intégré le groupe participant à l'équithérapie (avec une moyenne d'âge de 42,9 ans) et 15 personnes ont rejoint le groupe d'anisothérapie (avec une moyenne d'âge de 38,6 ans). Une équipe composée de neurologues, psychiatres, et psychologues ainsi que des instructeurs équestres spécialisés dans l'équithérapie ont rédigé deux outils d'évaluation par thérapie. Le premier, plutôt complexe, destiné au personnel ayant des notions en psychologie et le second, plus simple, destiné aux autres thérapeutes engagés dans cette démarche de réhabilitation. 85 Cet outil d'évaluation était basé sur l'ICF pour « International Classification of Functioning Disability and Health » et sa version dérivée : ICF-CY pour « ICF-Children and Youth ». Cette classification élaborée pendant 10 ans par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un outil qui permet de définir le handicap comme le résultat des interactions entre les caractéristiques physiques, mentales et fonctionnelles mais surtout elle prend aussi en compte

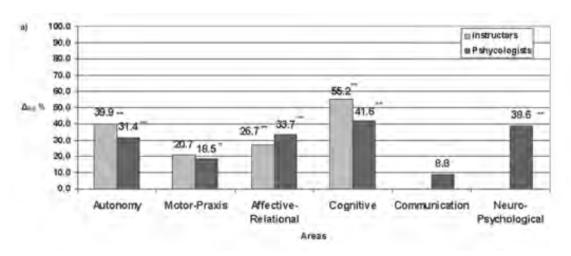
l'environnement dans lequel évolue l'individu. Sa version tient compte des caractéristiques de l'enfant en développement.

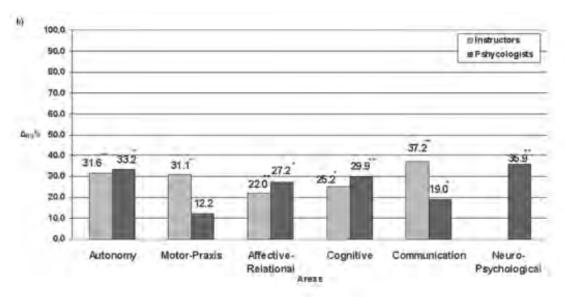
93 Cet outil a été mis en place afin de mesurer l'état de santé des patients ainsi que certains domaines de l'ICF: l'autonomie, la communication, les fonctions motrices, relationnelles, cognitives et neuropsychologiques. Dans le cas de l'anisothérapie, les évaluations ont été faites au début de l'étude, après 3 mois, 6 mois et 12 mois et dans le cas de l'équithérapie, au début de l'étude, après 6 mois, 12 mois et 18 mois.

La figure 2 ci-dessous montre l'amélioration relative des patients selon les deux types d'évaluateurs (instructeurs et psychologues) et selon les domaines évalués (autonomie, fonctions motrices, relations affectives, fonction cognitive, communication et fonction neuropsychologique) :

<u>Figure 2 : Amélioration relative des critères de l'ICF et l'ICF-CY du groupe suivant l'équithérapie</u>

(a) et du groupe suivant l'anisothérapie (b) selon les évaluateurs avec *p<0,05 et **p<0,01 85





Les chercheurs ont mesuré le degré de comparaison entre les deux évaluations pour déterminer l'amélioration réelle des patients. Les évaluateurs ont travaillé de manière indépendante et n'ont pas eu accès aux évaluations de leurs collègues.

Dans le cas de l'équithérapie, les auteurs ont mis en évidence une amélioration globale. Cependant, ils n'ont retrouvé qu'une faible concordance entre les évaluations des psychologues et instructeurs. Les psychologues ont en effet observé une évolution positive et significative dans l'autonomie, les fonctions motrices, les relations affectives et les fonctions cognitives. Les instructeurs ont trouvé des progrès significatifs dans les domaines de l'autonomie, des relations affectives et des fonctions cognitives. Dans le domaine de la communication et celui des fonctions neuropsychologiques, seul les psychologues ont été amenés à faire une évaluation. Leurs résultats sont une amélioration significative des fonctions neuropsychologiques mais rien de significatif concernant la communication.

Les résultats ont indiqué que l'amélioration significative de tous les scores a eu lieu après 6 mois d'équithérapie. Après 12 mois de thérapie, 75% des participants ont eu leurs meilleures performances dans la plupart des domaines d'évaluation.

Les résultats de l'anisothérapie montrent aussi une faible concordance entre les évaluations des psychologues et celles des instructeurs. Les psychologues ont trouvé une amélioration importante dans l'autonomie, les relations affectives et les fonctions cognitives tandis que les instructeurs ont plutôt relevé un apport dans les fonctions motrices et la communication.

La majorité des sujets ont eu une amélioration maximale 3 mois après le début de la thérapie dans tous les domaines, excepté ceux des relations affectives et de la communication. Pour ces derniers, les meilleurs résultats ont été atteints 12 mois après le début de l'anisothérapie pour 21% et 40% des sujets respectivement. Les améliorations sont restées constantes sauf dans le cas des fonctions motrices (décroissance à 6 mois) et de la communication (baisse entre 3 et 6 mois puis augmentation jusqu'à 12 mois).

Les limites de cette étude sont le faible nombre de participants, il n'y a pas eu de randomisation au moment de la formation des groupes et enfin aucun groupe contrôle n'a été formé.

Les auteurs estiment finalement que la thérapie par les équidés est un succès auprès des personnes atteintes de déficiences intellectuelles et de troubles de l'apprentissage. Pour eux, ces animaux n'apportent pas qu'une amélioration sur le plan physique mais a aussi des conséquences sur le mental, les relations sociales, la communication et le comportement. Les évaluateurs ont aussi pu observer un lien se former entre les personnes et les chevaux/ânes

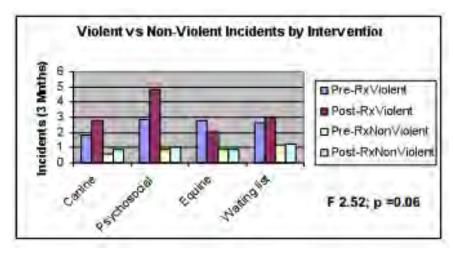
capable d'atténuer les sentiments de solitude et d'isolation. Ces thérapies ont aussi augmenté la confiance et l'estime de soi des patients.

6.2.1 Les troubles psychiatriques

Une étude américaine, publiée en janvier 2015, s'est intéressée aux effets de la TAA dans les comportements agressifs pour des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques. Cette étude randomisée et contrôlée a inclus 90 patients ayant eu un comportement agressif récent au sein de l'hôpital ou dont le comportement s'était dégradé. L'hospitalisation moyenne des patients était de 5,4 ans et l'âge moyen était de 44 ans. L'étude a duré 10 semaines et les patients ont été répartis de manière aléatoire en 4 groupes. Un groupe a suivi des séances d'équithérapie, un autre des séances TAA avec un chien, un troisième groupe a suivi une psychothérapie (groupe contrôle actif) et enfin le dernier groupe a reçu les soins habituels de l'hôpital (groupe contrôle passif). Les chercheurs ont comparé le nombre d'incidents violents et non-violents rapportés deux mois avant l'étude et trois mois après. 94

La Figure 3 ci-après montre le nombre d'incidents violents et non violents relevés en fonction de la thérapie suivit par les patients :

<u>Figure 3: Incidents violents et non-violents rapportés deux mois avant et trois mois après l'étude pour chaque groupe d'intervention</u> 95



Les interventions ont toutes été bien tolérées mais les résultats ont montré un effet particulièrement bénéfique de l'équithérapie sur ces patients psychiatriques à risque de violence (p<0,05). De plus, les chercheurs ont montré que le personnel était capable de déterminer quels sont les patients susceptibles d'obtenir le plus de bénéfices de l'équithérapie (p=0,01).

Après cette première partie de présentation de la TAA et de travaux sur cette thérapie, nous abordons désormais la seconde partie de cette thèse qui traite de l'étude sur les effets de l'équithérapie et de l'anisothérapie en EHPAD menée sur 13 mois et ayant inclus 16 patients.

PARTIE II: ETUDE MENEE A L'EHPAD LA CROIX DU SUD A FABAS (ARIEGE)

1 Introduction

Dans le cadre de cette thèse, nous avons choisi d'associer notre propre étude sur la zoothérapie à ce travail de bibliographie.

L'EHPAD La Croix du Sud, situé dans le petit village de Fabas en Ariège (334 habitants en 2011) 96, a accepté avec enthousiasme de participer à cette étude.

Cette maison de retraite, ouverte depuis 1969, accueille entre autres des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques divers. L'établissement qui compte 49 salariés à une capacité de 82 lits répartis sur 3 batiments.⁹⁷

De nombreuses activités sont proposées aux résidents tel que des séances de cinéma, la visite du marché, etc. Depuis 2013, l'EPHAD propose également des séances d'équithérapie et d'anisothéapie encadrées par la psychologue de l'établissement : Mme Sarah Heimann.

Mme Sarah Heimann est titulaire depuis 2011 d'un master 2 en psychologie clinique et psychopathologie avec une spécialisation en psychologie du développement. De plus, elle a obtenu en 2013 un diplôme d'équithérapeute après avoir suivi une formation de 2 ans en Suisse.

2 Objectif

L'objectif de ce travail était d'analyser de façon rigoureuse les effets de la zoothérapie sur le terrain, à partir de cas de patients suivis sur une période d'au moins 1 an. Notre approche a consisté à créer nos propres questionnaires, en collaboration étroite avec Mme Heimann, pour d'une part mesurer l'impact de la zoothérapie sur la vie quotidienne des résidents (Questionnaire « Personnel soignant ») et d'autre part effectuer un questionnement direct du résident sur son ressenti (Questionnaire « Résident »).

Cette étude a été réalisée avec des personnes âgées et/ou des patients psychiatriques, populations souvent polymédicamentées et donc qui se retrouve couramment dans le milieu officinal. De plus, ces patients présentent fréquemment, entre autres, un état dépressif, un

sentiment d'isolement, des troubles du comportement et nous paraissaient donc être de bons candidats pour mesurer les effets bénéfiques de la zoothérapie.

3 Sujets et Méthodes

L'étude a intégré 16 résidents (9 hommes et 7 femmes) âgés au début de l'étude en 2014 de 53 à 91 ans (moyenne d'âge de 67 ans) et qui ont été suivi dans le cadre de l'étude sur une année.

Chaque résident a assisté à une séance mensuelle collective de zoothérapie.

Les trois groupes de 4 à 5 résidents ont été formés par la psychologue de l'établissement et modifiés en cas de décès, hospitalisation, arrivée d'un nouveau résident, etc.

Afin d'évaluer l'impact de l'équithérapie et de l'anisothérapie sur les résidents, nous avons donc établi, en concertation avec la psychologue, des questionnaires doubles destinés d'une part au personnel soignant et d'autre part aux résidents. Au terme de notre étude qui s'est déroulée sur 13 mois, 84 questionnaires ont été remplis de juin 2014 à octobre 2015.

Depuis sa mise en place en 2013 et donc également au moment de l'étude, la psychologue et l'équipe soignante de l'EHPAD déterminent quels sont les patients qui peuvent bénéficier en priorité de la thérapie. Cette évaluation se fait dans le cadre des projets d'accompagnement personnalisé, en accord avec le résident et sa famille. La capacité physique du résident est aussi prise en compte et une autorisation par le médecin traitant est requise avant le début des séances.

Les séances ont lieu à l'extérieur de l'EHPAD, dans l'un des deux centres pratiquant l'équithérapie et l'anisothérapie situés à proximité de Fabas.

Un groupe de résidents pratique l'équithérapie et l'anisothérapie au centre Equiloisirs à la ferme de La Fitte (09230 Fabas), et deux groupes suivent leurs séances à la ferme de Saint Ygnan, qui appartient à l'association Wakama Nagi (09200 Montjoie-en-Couserans). A la différence de la ferme de Saint Ygnan, le centre Equiloisirs permet aux résidents qui le souhaitent de monter sur les chevaux. Cependant l'association Wakama Nagi possède une multitude d'autres animaux que les chevaux et les ânes (dromadaires, walibis, lamas, rennes etc.) que les résidents peuvent aller voir.

Les séances de zoothérapie durent 1h30 et sont toujours encadrées par la psychologue, ainsi que par un membre du personnel soignant de la maison de retraite. Un gouter est proposé au milieu de la séance.

La thérapie se déroulant à l'extérieur, l'établissement ne met pas en place les séances de zoothérapie tout au long de l'année, mais uniquement de mars à novembre (selon les températures).

Au cours de la séance, les résidents sont amenés à caresser l'animal, le brosser, lui donner à manger, le câliner, marcher à ses côtés, tenir l'animal au licol, voire même le monter pendant quelques minutes.

La psychologue sollicite énormément les résidents au cours de chaque séance et même si ces dernières sont collectives chaque résident est aussi pris en charge par la psychologue de manière individuelle. En effet, elle pousse chaque patient à la communication et au contact avec les animaux.

3.1 QUESTIONNAIRE PERSONNEL SOIGNANT

Le premier questionnaire ci-dessous a été rempli pour chaque patient et à chaque séance par la psychologue et/ou le personnel soignant ayant assisté aux séances.

Nous l'avons construit sur la base de 24 items permettant une évaluation relativement exhaustive de l'humeur et du comportement du patient avant (dans les jours qui précèdent), pendant et après (dans les jours qui suivent) la zoothérapie.

En nous basant sur les études bibliographiques de référence et sur les paramètres les plus pertinents à recueillir et à analyser, ce questionnaire a été établi afin d'obtenir la quantité la plus importante et la plus complète d'informations. Nous avons pris en compte la vie quotidienne des résidents (humeur, alimentation, sommeil, relations sociales, participations aux activités, autonomie et confiance en soi) et les problèmes les plus fréquemment rencontrés en EHPAD (anxiété, agressivité, agitation, déambulation, désinhibition et acceptation dans la prise des médicaments).

La psychologue de Fabas et l'équipe soignante ont apporté des modifications afin d'optimiser le questionnaire par rapport aux conditions réelles de la zoothérapie et enfin, il a été validé par la directrice de thèse.

Ce questionnaire est composé de trois pages :

- Page 1 : Informations générales (dates et personnes ayant rempli le questionnaire) et informations sur le résident (nom, âge, médicaments, historique sur le suivi de la thérapie et commentaires sur l'évolution de l'état du patient).
- Page 2 : Items avec réponses fermées (échelle de 1 à 10, aucun, faible, modéré, conservé, forte etc.)
- Page 3 : Questions à réponses ouvertes concernant l'impatience des résidents à retrouver les animaux et espace pour les commentaires supplémentaires, libres, du personnel soignant.

Ce questionnaire a permis de mettre en évidence des points d'amélioration et des points de dégradation pour chaque item, pendant et/ou après la zoothérapie, par rapport à la période qui la précède.

Date : Séance évaluée : Equithérapie Date de la séance évaluée : Rédacteur(s) : Nom du patient : Age : Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances : Èvolution visible de la maladie (indépendamment de la zoothérapie) :	Questionnaire Z	oothérapie, 2014/2015 (Soignants)
Séance évaluée : Equithérapie Date de la séance évaluée : Rédacteur(s) : Nom du patient : Age : Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances :			
Date de la séance évaluée : Rédacteur(s): Nom du patient : Age : Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances :	<u>Date :</u>		
Date de la séance évaluée : Rédacteur(s): Nom du patient : Age : Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances :			
Rédacteur(s): Nom du patient: Age: Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies: Suivi de l'équithérapie: Depuis mois Nombre total de séances:	<u>Séance évaluée :</u>	Equithérapie	
Rédacteur(s): Nom du patient: Age: Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies: Suivi de l'équithérapie: Depuis mois Nombre total de séances:			
 Nom du patient : Age : Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances : 	Date de la séance évaluée :		
 Nom du patient : Age : Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances : 	Rédacteur(s) :		
 Age: Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies: Suivi de l'équithérapie: Depuis mois Nombre total de séances: 			
 Age: Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies: Suivi de l'équithérapie: Depuis mois Nombre total de séances: 			
 Médicaments (Antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologies : Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances : 			
Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances :			
Suivi de l'équithérapie : Depuis mois Nombre total de séances :			
Depuis mois Nombre total de séances :	 Médicaments (Antidépresseu 	urs, anxiolytiques, hypnotiques) et leurs posologie	s:
Depuis mois Nombre total de séances :			
Depuis mois Nombre total de séances :			
Nombre total de séances :			
Évolution visible de la maladie (indépendamment de la zoothérapie) :	_		
Evolution visible de la maladie (indépendamment de la zoothérapie) :			
	Evolution visible de la maladi	le (indépendamment de la zoothérapie) :	
			Page 1 sur 3
Page 1 sur 3	Marion Pastor, Faculté des sciences phar	maceutiques, 2014/2015	
	Marion Pastor, Faculté des sciences phar	maceutiques, 2014/2015	Page 1 sur 3

Questionnaire:

		Avant zoothérapie	Pendant zoothérapie	Après zoothérapie
Humeur : échelle de	1 (mauvaise) à 10 (Excellente)			
Appétit : Aucun/Mod	SETURE COLUMN DE RESPONSABILITATION DE SETURA			
Sommeil :		1		
	ne à plusieurs fois par nuit/Insomnie			
	ble ou modérée/Forte			
	Verbale :			
Agressivité :				
	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
	Physique :			
Dalatiana aratalaa	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
Relations sociales :	Avec le personnel soignant :			
	Indifférence/Repli/Ouverture Avec les autres résidents :			
	Indifférence/Repli/Ouverture			
	Avec la famille :			
	Indifférence/Repli/Ouverture			
Agitation :	Pendant les soins infirmiers :			
	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
	Pendant la toilette :			
	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
	En dehors des soins :			
D'	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
Deambulation : Jama	sis/Occasionnelle/Fréquente			
Désinhibition :	Verbale :			
	Jamais/Occasionnelle/Fréquente			
	Physique :	-		
	Jamais/Occasionnelle/Fréquente			
Participation aux	Zoothérapie :			
activités :	Aucune/Faible/Bonne			
activites .	Autres activités :			
	Aucune/Faible/Bonne			
	[M1004] \$600 74004 \$100 \$100 \$100 1000 \$10			
52	prise des médicaments :			
Aucune/Difficile/Bon				
Autonomie :	A la toilette :			
	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
	A l'habillage :			
	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
	Au repas :			
	Aucune/Faible ou modérée/Forte	_		
	A la marche :			
	Aucune/Faible ou modérée/Forte			
	Psychomotricité fine :			
C . (;	Aucune/Faible ou modérée/Forte	-		
Confiance en soi :	Aucune/Faible ou modérée/Forte			

Page 2 sur 3

Marion Pastor, Faculté des sciences pharmaceutiques, 2014/2015

	Impatience à retrouver les animaux ;	
	impatience a retrouver les animaux.	
	Commentaires supplémentaires :	
		Page 3 sur 3
A.	arion Pastor, Faculté des sciences pharmaceutiques, 2014/2015	
	arion i ascor, i acunc acs sciences pharmaceanques, 2014/2015	
1		

3.2 QUESTIONNAIRE PATIENT

Le second questionnaire a été conçu en parallèle pour interroger chaque patient (et être rempli par le personnel soignant) afin d'évaluer son ressenti propre sur la séance effectuée et sur la zoothérapie en général.

Il ne comporte qu'une page avec :

- Les informations générales et l'âge du patient
- Des questions ouvertes pour faire exprimer le ressenti du patient et qui viennent compléter les réponses données par le personnel soignant au premier questionnaire.

De plus, la psychologue de l'établissement mesure une fois par an l'état cognitif, mental, psychologique et dépressif des résidents par des outils d'évaluation gérontologique standardisée (MMSE, NPI, Echelle de Cornell, GDS par exemple). Elle choisit et adapte ces outils pour chaque résident en fonction de leurs pathologies.

Le MMSE est un test qui permet l'évaluation d'une personne sur un plan cognitif et mental. Le résultat doit prendre en compte l'âge, le niveau socioculturel, l'activité professionnelle et sociale, l'état affectif et le niveau de vigilance du sujet. Le MMSE est mesuré de 0 à 30. Un MMSE > 20 indique un stade léger de démence, entre 20 et 10 une démence modérée et en dessous de 10, la démence est considérée comme sévère. ⁹⁸ (Annexe 2)

Le NPI (NeuroPsychiatric Inventory), version longue, est un questionnaire qui permet d'évaluer les troubles psychologiques et du comportement chez des patients atteints de démence. Il porte sur 12 domaines : idées délirantes, agitation, anxiété, apathie, irritabilité, sommeil, hallucinations, dépression, euphorie, désinhibition, comportement moteur aberrant, modification de l'appétit et des comportements alimentaires. La fréquence, la gravité et le retentissement sont évalués pour chaque domaine. Le score Fréquence*Gravité de tous les domaines est calculé. S'il est supérieur à 2, ce score est considéré comme pathologique. ⁹⁹ (Annexe 3)

L'Echelle de Cornell est un outil utilisé pour donner une indication sur l'état dépressif d'un patient atteint de démence. Cette échelle évalue la gravité de 19 symptômes ou signes. L'échelle est mesurée de 0 à 38. Un score inférieur à 7 traduit l'absence de dépression. A l'inverse, un score supérieur à 25 indique une dépression majeure. Entre 8 et 14, il est question de dépression mineure et entre 15 et 24 de dépression probable. ⁹⁹ (Annexe 4)

La GDS est une échelle qui permet d'estimer l'état dépressif d'une personne âgée. Elle existe sous différentes versions dont une version à 15 items utilisée par la psychologue de l'EHPAD.

En dessous de 5, le score est considéré comme normal. A partir de 5, il y a un risque de dépression et un score au-dessus de 12 est en faveur d'une dépression sévère. (Annexe 5)

Questionnaire Zoothérapie, 2014/2015 (patients)
Date:
Séance évaluée : Equithérapie
<u>Date de la dernière séance :</u>
Rédacteur(s) :
o Nom du patient :
Date et score du dernier MMS :
Date et score du dernier NPI :
o Date et score du dernier GDS :
o Date et score de la dernière échelle de Cornell :
Avez-vous aimé cette séance ?
• Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié?
Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié?
Est-ce qu'il vous tarde de revoir les animaux ?
Marion Pastor, Faculté des sciences pharmaceutiques, Toulouse 2014/2015

4 Résultats

4.1 QUESTIONNAIRE PERSONNEL SOIGNANT

4.1.1 Présentation des patients (Annexe 6)

L'étude a inclus 16 résidents (9 hommes et 7 femmes) âgés au début de l'étude en 2014 de 53 à 91 ans soit une moyenne d'âge de 67 ans.

Concernant la diversité des pathologies, 6 résidents présentent, ou ont un antécédent de, syndrome dépressif, 5 cas de troubles du comportement, 2 syndromes de Korsakoff (trouble neurologique le plus souvent induit par une intoxication alcoolique chronique ¹⁰¹), 2 cas de schizophrénie et 2 cas de psychose chronique.

Tableau 4: Présentation des patients (Age, pathologie(s) principale(s), objectifs)

Age en 2014	Pathologie(s) principale(s)	Objectifs
57 ans	Syndrome de Korsakoff	-Agir sur les troubles de l'humeur
	Troubles cognitif et du comportement	-Le faire se sentir utile
	Sd dépressif	-Favoriser la communication non
		verbale
		-L'amener hors de l'EHPAD
57 ans	Déficit intellectuel	-Canaliser ses gestes brusques
	Troubles du comportement et de l'humeur	-Coordonner ses mouvements
		-L'ancrer dans la réalité
		-Favoriser les échanges avec les autres
		résidents
64 ans	Schizophrénie	-L'apaiser par l'activité, lui changer les
		idées
		-Maintien de l'autonomie
		-Le valoriser
76 ans	AVC avec hémiplégie et aphasie séquellaire	-Réeducation de la main
	1 - 1	-Améliorer l'humeur
53 ans		-Oubli du quotidien
		-L'inscrire dans une dynamique de groupe
	-	-Meilleure assurance
66 ans		-Stimuler la communication verbale
oo ans		-L'aider à être acteur dans une activité
	Traits autistiques	dynamique, de groupe et d'échange
68 ans	Encénhalonathia alcooligua	-A l'EHPAD difficulté à s'inscrire dans une
00 8113		dynamique de groupe (se met en retrait
	Trouble du comportement	et subit le rejet de certains résidents)
		-Créer du lien social avec les autres
		membres du groupe et apporter de
		l'affect et de l'émotionnel par les animaux
		-Stimulation sur le plan physique car
67		perte d'autonomie
67 ans	-	-Travail de valorisation de soi
65 ans		-Relations sociales
1		
64 ans	-	-Créer du lien social
	1	-Amener de l'affectif
	Troubles du comportement	-Le stimuler sur le plan spatio temporel car
		gros problèmes de désorientation
86 ans		-Améliorer l'autonomie sur le plan
		moteur
91 ans	AVC ischémique	-Favoriser les relations sociales
		-Mobilisation du corps
64 ans	Schizophrénie paranoïde	-L'aider à se concentrer sur une tâche
		-Lui apporter de l'apaisement
73 ans	Oenolisme chronique ayant entrainé une	-Ouverture au niveau de l'affect
	démence de Korsakoff	
	Sd dépressif	
64 ans	Perte d'autonomie	-Amener de l'affectif car rupture
<u> </u>		familiale
59 ans	Syndrome de Korsakoff	-Adaptation selon les phases : Stimulation
	•	
	Délires mégalo-maniaques et persécutifs	ou le sortir de l'environnement pour le
	57 ans 57 ans 57 ans 57 ans 64 ans 68 ans 68 ans 691 ans 64 ans 73 ans	Syndrome de Korsakoff Troubles cognitif et du comportement Sd dépressif 57 ans Déficit intellectuel Troubles du comportement et de l'humeur 64 ans Schizophrénie 76 ans AVC avec hémiplégie et aphasie séquellaire Sd dépressif 53 ans Psychose chronique Troubles du comportement Sd dépressif avec décompensation en 2008 Aucun diagnostic possible Traits autistiques 68 ans Encéphalopathie alcoolique Trouble du comportement 67 ans Exogénose chronique Sd dépressif Diagnostic d'un cancer en 09/14 65 ans Psychose délirante chronique stabilisée Sd dépressif 64 ans Exogénose chronique Incurie majeure Troubles du comportement 86 ans AVC ischémique Pathologie cognitive mixte 91 ans AVC ischémique 64 ans Schizophrénie paranoïde 73 ans Oenolisme chronique ayant entrainé une démence de Korsakoff Sd dépressif 64 ans Perte d'autonomie

4.1.2 Points d'amélioration et points de dégradation

Le tableau 5 ci-dessous met en évidence le nombre total de points d'amélioration et de dégradation sur le nombre total de questionnaires pour chaque patient.

<u>Tableau 5 : Nombre total de points d'amélioration et de dégradation sur le nombre total de questionnaires pour chaque patient</u>

	Symptômes	Objectifs	Points d'amélioration		Points de dégradation	
Patient 1	Tristesse	Agir sur les troubles de l'humeur	Humeur	9/9	Anxiété	3/9
	Ennui	Le faire se sentir utile	Participation aux autres activités	4/9	Appétit	2/9
	Ruminations	Favoriser la communication non	Confiance en soi	4/9	Avec les autres résidents	1/9
	Dévalorisation de soi	verbale	Psychomotricité fine	2/9	Agitation en dehors des soins	1/9
		L'amener hors de l'EHPAD	Avec le personnel soignant	2/9		
			Désinhibition verbale	2/9		
			Agitation en dehors des soins	1/9		
			Appétit	1/9		
			Avec les autres résidents	1/9		
			Agressivité verbale	1/9		
			Anxiété	1/9		
Patient 2	Agressivité	Canaliser ses gestes brusques	Humeur	6/9	Autonomie à la marche	2/9
	Agitation	Coordonner ses mouvements	Psychomotricité fine	3/9	Humeur	1/9
		L'ancrer dans la réalité	Anxiété	2/9	Appétit	1/9
		Favoriser les échanges avec les autres	Agressivité physique	2/9		
		résidents	Agitation en dehors des soins	2/9		
			Désinhibition verbale	2/9		
			Appétit	1/9		
			Avec les autres résidents	1/9		
			Participation aux autres activités	1/9		
n	T -) ·	Haratan and Hart H.Z. L. L. L.	Confiance en soi	1/9	A	- 1-
Patient 3	Très anxieux	L'apaiser par l'activité, lui changer les	Humeur		Agressivité verbale	1/8
	Tristesse	idées	Anxiété	6/8	Avec le personnel soignant	1/8
	Hypocondriaque	Maintien de l'autonomie	Déambulation	4/8	Agitation en dehors des soins	1/8
		Le valoriser	Avec les autres résidents		Désinhibition verbale	1/8
			Confiance en soi	3/8	Participation aux autres activités	1/8
			Désinhibition verbale	2/8		
			Autonomie à la marche	2/8		
			Agresivité verbale	1/8		
			Agitation en dehors des soins	1/8		
			Appétit	1/8		
Dationt 4	Agraccivitá	Dándunation de la main	Avec le personnel soignant	1/8	Anviótó	2 /0
Patient 4	Agressivité Tristesse	Réeducation de la main	Humeur Confiance en soi	8/8	Anxiété	3/8
		Améliorer l'humeur			Agitation en dehors des soins	2/8 1/8
	Agitation à la toilette		Avec les autres résidents Psychomotricité fine		Participation aux autres activités Agitation pendant la toilette	1/8
			Autonomie à la marche	4/8 2/9	Agriation pendant la tollette	1/8
				3/8 2/8		
Patient 5	Agitation	Oubli du guotidien	Agitation peandant la toilette Humeur	7/7	Désinhibition verbale	2/7
ratient 5	Agressivité verbale	L'inscrire dans une dynamique de groupe	Agressivité verbale	6/7	Desimination verbale	2//
	Agressivite verbale	Meilleure assurance	Anxiété	6/7		
		Iviellieure assurance	Agitation en dehors des soins			
			Désinhibition verbale	5/7 4/7		
			Confiance en soi	4/7		
			Désinhibition physique	3/7		
			Avec les autres résidents	2/7		
			Avec le personnel soignant	2/7		
			Agitation pendant la toilette	1/7		
Patient 6	Apathie	Stimuler la communication verbale	Humeur	6/7	Appétit	1/7
	, ipacine	L'aider à être acteur dans une activité	Avec le personnel soignant	4/7	Прест	-, -
		dynamique, de groupe et d'échange	Confiance en soi	4/7		
		ayaque, ue g. oupe et u estiui.ge	Déambulation	2/7		
			Avec les autres résidents	1/7		
			Anxiété	1/7		
			Psychomotricité fine	1/7		
Patient 7	Tristesse	A l'EHPAD difficulté à s'inscrire dans une	Humeur	6/6		0/6
	Agitation	dynamique de groupe (se met en retrait	Agitation en dehors des soins	4/6		-, -
	J	et subit le rejet de certains résidents)	Anxiété	2/6		
		Créer du lien social avec les autres	Avec les autres résidents	1/6		
		membres du groupe et apporter de	Psychomotricité fine	1/6		
		l'affect et de l'émotionnel par les animaux	Participation aux autres activités			
		Stimulation sur le plan physique car		`		
		perte d'autonomie				
	1		1	<u> </u>	L	

	1	1	T		1	
Patient 8	Tristesse	Travail de valorisation de soi	Humeur		Appétit	1/5
	ennui		Confiance en soi		Participation aux autre activités	1/5
			Avec le personnel soignant	2/5		
			Avec les autres résidents	2/5		
			Agitation en dehors des soins	2/5		
			Participation aux autres activités	2/5		
			Agressivité physique	1/5		
			Agressivité verbale	1/5		
			Appétit	1/5		
			Anxiété	1/5		
			Désinhibition verbale	1/5		
Patient 9	Tristesse	Relations sociales	Humeur	5/5	Participation aux autres activités	1/5
			Avec le personnel soignant	4/5		
			Autonomie à la marche	3/5		
			Appétit	1/5		
			Avec les autres résidents	1/5		
Patient 10	Agressivité verbale	Créer du lien social	Humeur	4/4		0/4
		Amener de l'affectif	Avec les autres résidents	4/4		
		Le stimuler sur le plan spatio temporel car	Avec le personnel soignant	3/4		
		gros problèmes de désorientation	Désinhibition verbale	3/4		
			Agitation en dehors des soins	2/4		
			Agressivité verbale	1/4		
Patient 11	Difficulté relations	Améliorer l'autonomie sur le plan	Humeur	4/4		0/4
	sociales	moteur	Anxiété	2/4		
			Agressivité verbale	1/4		
			Desinhibition verbale	1/4		
			Autonomie à la toilette	1/4		
			Sommeil	1/4		
Dationt 12	Agressivité	Favoriser les relations sociales	Humeur	3/3	Participation aux autres activités	1/3
Patient 12	Opposition aux soins	Mobilisation du corps	Aggresivité verbale	3/3	raiticipation aux autres activites	1/3
	Opposition aux soins	lviobilisation du corps	Désinhibition verbale	2/3		
			Aggresivité physique	2/3		
			Agitation en dehors des soins	2/3		
			Avec les autres résidents	1/3		
			Agitation pendant la toilette	1/3		
			Psychomotricité fine	1/3		
			Confiance en soi	1/3		
			Avec le personnel soignant	1/3		
Patient 13	Anxiété	L'aider à se concentrer sur une tâche	Désinhibiton verbale		Anxiété	1/3
	Irritabilité	Lui apporter de l'apaisement	Agressivité verbale		Autonomie à la marche	1/3
			Humeur	2/3	Confiance en soi	1/3
			Agitation en dehors des soins	2/3		
			Avec le personnel soignant	1/3		
Patient 14	Tristesse	Ouverture au niveau de l'affect	Avec le personnel soignant	3/3	Anxiété	3/3
	Repli sur soi		Avec les autres résidents	3/3	Autonomie à la marche	1/3
			Humeur		Psychomotricité fine	1/3
			Désinhibition verbale		Désinhibition verbale	1/3
					Participation aux autres activités	1/3
Patient 15	Difficultés dans les	Amener de l'affectif car rupture	Humeur	2/2	Anxiété	1/2
	relations sociales	familiale	Anxiété		Participation aux autres activités	1/2
	Agressivité verbale		Agressivité verbale	1/2		-,-
			Avec les autres résidents	1/2		
			Désinhibition verbale	1/2		
Dationt 10	Dáriodos do reali acce	Adaptation colon los phases : Stimulation				0 /1
ratient 16	Périodes de repli sur	Adaptation selon les phases : Stimulation	Anxiété	1/1		0/1
	· ·	•	Agitation en dehors des soins	1/1		
	périodes ou il est très	calmer	Déambulation	1/1		
	vif, anxieux, agressif,		Humeur	1/1		
	très délirant					

Le tableau 6 ci-après met en évidence, pour chaque patient, la synthèse des paramètres améliorés et dégradés.

Tableau 6 : Synthèse des paramètres améliorés et des paramètres dégradés pour chaque patient

	Nombre	Paramètres	Nombre total/	Paramètres les plus	Paramètres	Nombre total/	Paramètres les plus
	d'évaluations	améliorés	Nombre évaluations	améliorés	dégradés	Nombre évaluations	dégradés
Patient 1	9	11/24	28/9	Humeur (9/9)	4/24	7/9	Anxiété (3/9)
				Participation aux autres activités (4/9)			Appétit (2/9)
				Confiance en soi (4/9)			
Patient 2	9	10/24	21/9	Humeur (6/9)	3/24	4/9	Autonomie à la marche (2/9)
				Psychomotricité fine (3/9)			
Patient 3	8	11/24	31/8	Humeur (7/8)	5/24	5/8	Agressivité verbale (1/8)
				Anxiété (6/8)			Avec le personnel soignant (1/8)
				Déambulation (4/8)			Agitation en dehors des soins (1/8)
							Désinhibition verbale (1/8)
							Participation aux autres activités (1/8)
Patient 4	8	6/24	27/8	Humeur (8/8)	4/24	7/8	Anxiété (3/8)
				Confiance en soi (5/8)			Agitation en dehors des soins (2/8)
				Avec les autres résidents (5/8)			
				Psychomotricité fine (4/8)			
Patient 5	7	10/24	40/7	Humeur (7/7)	1/24	2/7	Désinhibition verbale (2/7)
		,	,	Agressivité verbale (6/7)			, , ,
				Anxiété (6/7)			
				Agitation en dehors des soins (5/7)			
Patient 6	7	7/24	19/7	Humeur (6/7)	1/24	1/7	Appétit (1/7)
		.,=.	25/ .	Avec le personnel soignant (4/7)		-, .	, ipposit (=, , ,
				Confiance en soi (4/7)			
Patient 7	6	6/24	15/6	Humeur (6/6)	0/24	0/6	
r delene 7		0/21	15/0	Agitation en dehors des soins (4/6)	0,21	0,0	
Patient 8	5	11/24	21/5	Humeur (5/5)	2/24	2/5	Appétit (1/5)
r delene o		11/21	22/3	Confiance en soi (3/5)		2,3	Participation aux autre activités (1/5)
Patient 9	5	5/24	14/5	Humeur (5/5)	1/24	1/5	Participation aux autres activités (1/5)
i dilene s		3/21	11/5	Avec le personnel soignant (4/5)	1,21	1,5	r articipation day duties detivites (1/3)
Patient 10	4	6/24	17/4	Humeur (4/4)	0/24	0/4	
r delene 10	T	0/24	1//4	Avec les autres résidents (4/4)	0/24	0/4	
Patient 11	4	6/24	10/4	Humeur (4/4)	0/24	0/4	
Patient 12	3	10/24	17/3	Humeur (3/3)	1/24	1/3	Participation aux autres activités (1/3)
r dtient 12		10/24	17/5	Aggresivité verbale (3/3)	1/24	1/3	r articipation dux duties detivites (1/5)
Patient 13	3	5/24	10/3	Désinhibiton verbale (3/3)	3/24	3/3	Anxiété (1/3)
i dilciil 13		3/24	10/5	Desimilation verbale (3/3)	3/24	3/3	Autonomie à la marche (1/3)
							Confiance en soi (1/3)
Patient 14	3	4/24	9/3	Avec le personnel soignant (3/3)	5/24	7/3	Anxiété (3/3)
i aticiit 14	3	4/24	3/3	Avec les autres résidents (3/3)	3/24	1/3	Allikiete (3/3)
Patient 15	2	5/24	6/2	Humeur (2/2)	2/24	2/2	Anxiété (1/2)
Patient 13	2	3/24	0/2	numeur (2/2)	2/24	2/2	
Patient 16	1	4/24	4/1	Anxiété (1/1)	0/24	0/1	Participation aux autres activités (1/2)
ratient 10	1	4/ 24	4/1	Affixiete (1/1) Agitation en dehors des soins (1/1)	0/ 24	0/1	
				Déambulation (1/1)			
T-1- (0/)	04	447/204/20 500	200/04/2444/	Humeur (1/1)	22/204/2 22/	42/04/500()	A
Totaux (%)	84	117/384 (30,5%)	289/84 (344%)	Humeur (72/84) 85,7%	32/384 (8,3%)	42/84 (50%)	Anxiété (11/84) 13,1%
				Confiance en soi (16/84) 19%			Participation aux autres activités (5/84) 6%
				Anxiété (13/84) 15,5%			Appétit (4/84) 4,8%
				Avec les autres résidents (12/84) 14,3%			Autonomie à la marche (3/84) 3,6%
Moyennes		7,3/24				2,6/24	

Le nombre de questionnaires par patient (de 1 à 9) dépend de la présence aux séances de chacun des résidents et du moment de leur intégration et de leur sortie de l'étude.

Nous considérons bien sûr qu'un nombre plus élevé de questionnaires apporte une validité plus importante des réponses.

Les tableaux 5 et 6 ci-dessus montrent qu'au cours de l'étude, pour l'ensemble des patients, les points d'amélioration ont été plus nombreux que les points de dégradation (avec en moyenne 7,3 items sur 24 améliorés contre 2,6 sur 24 dégradés).

Seul le patient 14, pour lequel l'équipe soignante a décidé d'interrompre les séances d'équithérapie et d'anisothérapie, présente un nombre de paramètres dégradés (5/24) plus important que celui des paramètres améliorés (4/24) sur les 3 séances ou il a été évalué.

En effet, ce patient souffre de troubles de l'équilibre assez importants et était très anxieux en présence des animaux à cause de leur taille imposante. N'ayant pas réussi à surmonter son angoisse, le résident avait alors développé une simple relation passive avec les animaux. Face à cela, l'équipe a préféré proposer les séances d'équithérapie et d'anisothérapie à un autre résident, plus susceptible d'être réceptif à cette approche thérapeutique. Désormais, le patient 14 participe uniquement aux séances de médiation canine.

De même, le nombre total d'amélioration sur le nombre de questionnaires est 6,7 fois plus élevé que le nombre total de dégradations sur le nombre de questionnaires (284/84 contre 42/84).

Ces deux tableaux mettent aussi en évidence les paramètres les plus améliorés au cours de l'étude : humeur (85,7%), confiance en soi (19%), anxiété (15,5%) et relations avec les autres résidents (14,3%) et ceux les plus dégradés : anxiété (13,1%), participation aux autres activités (6%), appétit (4,8%) et autonomie à la marche (3,6%).

Cependant, au vu des résultats, il apparait que les paramètres améliorés le sont de manière plus fréquente que les paramètres dégradés.

Le tableau 7 ci-dessous indique le nombre de patients ayant eu au moins un point d'amélioration ou un point de dégradation pour chaque item.

<u>Tableau 7 : Nombre de patients sur 16 ayant au moins eu un point d'amélioration ou un point de dégradation pour chaque item</u>

	Nombre de patients ayant eu au moins	Nombre de patients ayant eu au moins
	1 fois une amélioration sur 16 patients	1 fois une dégradation sur 16 patients
Humeur	16 (100%)	1 (6%)
Appétit	5 (31%)	4 (25%)
Sommeil	1 (6%)	0 (0%)
Anxiété	10 (63%)	5 (31%)
Agressivité verbale	9 (56%)	1 (6%)
Agressivité physique	3 (19%)	0 (0%)
Relations sociales	10 (63%)	1 (6%)
avec le personnel soignant	10 (03%)	1 (0%)
Relations sociales	13 (81%)	1 (6%)
avec les autres résidents	13 (81%)	1 (0%)
Relations sociales	0 (0%)	0 (0%)
avec la famille	0 (0%)	0 (0%)
Agitation pendant	0 (0%)	0 (0%)
les soins infirmiers	0 (0%)	0 (0%)
Agitation pendant	3 (19%)	1 (6%)
la toilette	3 (1970)	1 (0%)
Agitation en dehors des	10 (63%)	3 (19%)
soins	10 (0370)	3 (1370)
Déambulation	3 (19%)	0 (0%)
Désinhibition verbale	11 (69%)	3 (19%)
Désinhibition physique	1 (6%)	0 (0%)
Participation aux autres	4 (25%)	7 (44%)
activités	4 (23%)	7 (4470)
Acceptation dans la prise	0 (0%)	0 (0%)
des médicaments	0 (0%)	0 (0%)
Autonomie à la toilette	1 (6%)	0 (0%)
Autonomie à l'habillage	0 (0%)	0 (0%)
Autonomie au repas	0 (0%)	0 (0%)
Autonomie à la marche	3 (19%)	3 (19%)
Psychomotricité fine	6 (38%)	1 (6%)
Confiance en soi	8 (50%)	1 (6%)

Dans la colonne des points d'amélioration, les items ayant été modifiés le plus fréquemment, c'est-à-dire entre 10 et 16 patients concernés, sont présentés en vert. Les chiffres en rouges présentent les items ayant été modifiés le plus rarement, c'est-à-dire seulement 1 ou aucun patient concerné. Dans la colonne des points de dégradation, les couleurs sont inversées.

Ce tableau confirme les résultats dégagés par les tableaux 5 et 6. En effet, nous constatons que, pour la majorité des items, le nombre de patients ayant eu au moins une fois une

amélioration est nettement supérieur au nombre de patient ayant eu au moins une fois une dégradation.

Seuls les items de la participation aux autres activités et de l'autonomie à la marche ont eu respectivement un résultat en faveur d'une dégradation et un résultat équivalent.

La colonne des points de dégradation permet aussi de montrer que seul un nombre limité de patients est affecté (maximum 7 pour la participation aux autres activités), tandis que 6 items ont concernés entre 10 et 16 patients dans le cas des points d'amélioration.

Précédemment, il a été montré que l'humeur, l'anxiété et les relations avec les autres résidents ont été les items ayant été les plus améliorés. Le tableau 7 montre que ces mêmes items ont affecté le plus large nombre de patients. De même pour les relations avec le personnel soignant, l'agitation en dehors des soins et la désinhibition verbale qui ont affecté un nombre remarquable de patients.

A l'inverse, aucun point de dégradation n'a touché plus de 10 patients.

Enfin, alors que dans le tableau 6 l'anxiété était à la fois l'un des paramètres les plus améliorés (15,5%) et l'un des paramètres les plus dégradés (13,1%), le tableau 7 permet de voir que l'anxiété a été améliorée au moins 1 fois pour 10 personnes alors que la thérapie n'a elle entraîné de l'anxiété au moins une fois, que pour 5 personnes.

4.1.3 Conclusion

En premier lieu, ces résultats montrent que les séances d'équithérapie et d'anisothérapie peuvent sur certains points n'avoir aucune influence, que ce soit de manière positive ou négative : le sommeil, les relations sociales avec la famille, l'agitation pendant les soins infirmiers, l'acceptation dans la prise des médicaments, l'autonomie à l'habillage et l'autonomie au repas.

Cependant, il est possible de voir sur les résidents un réel impact positif de l'équithérapie et de l'anisothérapie. Une amélioration de l'humeur est retrouvée dans 85,7% des questionnaires et 100% des résidents ont vu au moins une fois leur humeur être améliorée. Leur confiance en eux (19% des questionnaires et 50% des patients), leur anxiété (15,5% des questionnaires et 63% des patients), leurs relations sociales avec le personnel soignant et les autres résidents (14,3% des questionnaires et 81% des patients), leur agitation et leur désinhibition verbale à de moindres niveaux font aussi partie des bienfaits apportés par la TAA.

Les points de dégradation peuvent tous s'expliquer.

Pour la grande majorité, ils n'ont aucun lien avec les séances et ils sont provoqués par l'environnement ou l'histoire personnelle du patient (ex : problèmes relationnels) et/ou par son état de santé.

Ensuite, l'appétit et la participation aux autres activités sont apparus comme impossibles à évaluer de manière fiable car le premier est très variable et le second dépend des activités proposées. Il est ainsi difficile de démontrer un effet de la TAA sur ces deux facteurs.

Concernant l'augmentation de la désinhibition verbale, c'est un point de dégradation mais cette aggravation peut aussi s'expliquer par une augmentation de la confiance en soi du patient et donc finalement être le résultat d'un point d'amélioration.

Par contre, avec cette étude il apparait que la zoothérapie peut provoquer chez certains patients de l'anxiété : 5 patients sur 16 mais pas à chaque séance (sauf pour le patient 14 dont l'équipe soignante a finalement décidé d'arrêter les séances justement en partie à cause de cette raison) et une diminution de leur autonomie à la marche : 3 patients sur 16 mais de manière non systématique et pour 1 cas à cause du changement de lieu de la thérapie.

Nous n'avons pas pu mesurer l'impact de la zoothérapie sur le traitement médicamenteux des patients. En effet, pour la grande majorité des patients, leur état étant stabilisé par un traitement médicamenteux instauré depuis longtemps, ce dernier n'est que rarement modifié. De plus, aucun des patients ne présentaient de difficulté dans la prise des médicaments et donc il a été impossible d'évaluer l'effet de la TAA dans ce domaine.

4.2 QUESTIONNAIRE PATIENT

4.2.1 Le ressenti des résidents

Ce second questionnaire a permis l'évaluation du ressenti des patients après les séances de zoothérapie.

Le Tableau 8 ci-après résume de manière synthétique les réponses des patients sur ce qu'ils ont le plus ou le moins apprécié au cours des séances.

<u>Tableau 8 : Tableau synthétique des réponses des patients sur ce qu'ils ont le plus ou le moins apprécié au cours des séances</u>

	Qu'est-ce que vous	Qu'est-ce vous avez
	avez le plus apprécié ?	le moins apprécié ?
Patient 1	La nature	Retourner à l'EHPAD
	Sortir de l'EHPAD	
	Revoir les animaux	
Patient 2	Monter sur le cheval	La chaleur
	Les photos	
	Entretien du cheval	
	Observer les chevaux	
	La promenade	
Patient 3	La nature	Le transport
	Entretien du cheval	La marche
	Gestes d'affection	
	Observer les chevaux	
	Revoir les animaux	
	La promenade	
Patient 4	Entretien du cheval	Le transport
	Gestes d'affection	
	La promenade	
	Observer les chevaux	
Patient 5	Entretien du cheval	Mouvements brusques
	Gestes d'affection	
Patient 6	La promenade	
Patient 7	Entretien du cheval	La marche
	Gestes d'affection	
Patient 8	Entretien du cheval	
Patient 9	La promenade	Mouvements brusques
	Monter sur le cheval	La marche
Patient 10	Revoir les animaux	
	Entretien du cheval	
Patient 11	Revoir les animaux	
	Entretien du cheval	
Patient 12	Entretien du cheval	
Patient 13	Gestes d'affection	Mouvements brusques
	Entretien du cheval	Crainte morsure
	La nature	
Patient 14	Les accompagnants	La marche
	Partir	
Patient 15	Revoir les animaux	Le changement de lieu
	Gestes d'affection	
Patient 16	La nature	
	Sortir de l'EHPAD	

Pour ce qui a été le plus apprécié, les réponses les plus retrouvées ont été : « monter sur le cheval, le brosser, lui donner à manger, le caresser, lui faire des bisous, le masser, le gratter ». Des réponses d'ordre plus général ont aussi été rapportées : « tout, la nature, les animaux, le soleil, l'endroit, la promenade, marcher ».

De manière plus personnalisée, un résident a ressenti qu' « il y a quelque chose de particulier qui se passe entre l'Homme et l'animal », une résidente très affectée par le décès d'un des poneys a apprécié de pouvoir « réconforter les animaux ». Une autre résidente a aimé se faire photographier à sa demande au cours de la séance. Une autre résidente a apprécié au cours d'une séance voir un autre résident sourire en caressant le cheval et elle a exprimé qu'elle aimerait rester dormir à la ferme. Un autre résident voudrait même y vivre. Enfin, un des résident a exprimé avoir pris plaisir à « changer d'air et sortir de l'EHPAD ».

Les réponses concernant ce qui a été le moins apprécié au cours des séances sont plus diverses. Un résident s'est fait marcher sur le pied par un poney lors d'une séance, deux résidentes ont eu peur du mouvement de certains chevaux et de leur imprévisibilité. La peur de se faire mal, notamment de se faire mordre les doigts en donnant à manger au cheval a été évoquée par une résidente. Certains résidents ont expliqué ne pas avoir aimé marcher ou d'avoir dû demander à se faire aider pour marcher. Un autre n'a pas apprécié le transport et enfin une résidente en fauteuil roulant qui n'avait pas assisté à la séance de zoothérapie dans « sa » ferme habituelle n'a pas apprécié le nouvel endroit du fait de ses difficultés à s'y déplacer avec son fauteuil. Au cours d'un été, une patiente s'est plainte de la chaleur. Cependant 5 patients sur les 16 inclus dans l'étude (31%) n'ont jamais rien eu à reprocher et les reproches émis par les résidents ont toujours été ponctuels.

Les patients ont de manière générale beaucoup plus et plus souvent apprécié leur séance et aux questions « Avez-vous aimé cette séance ? » et « est-ce qu'il vous tarde de revoir les animaux », ils ont tous et toujours répondu oui. Ils réclament d'ailleurs régulièrement de voir plus souvent les animaux.

Seul le patient 14 pour qui l'équipe soignante a décidé d'arrêter l'équithérapie et l'anisothérapie a donné des réponses qui ne sont pas en lien avec les animaux. En effet, ces derniers étant pour lui une source d'angoisse, il préférait se concentrer sur les accompagnateurs au cours des séances.

4.2.2 Les outils d'évaluation gérontologique standardisé

Le tableau 9 ci-dessous présente l'évolution sur une année des résultats obtenus à partir des outils gérontologiques pour chaque patient.

<u>Tableau 9 : Evolution des résultats obtenus à partir des outils gérontologiques pour chaque patient</u>

	Patie	Patient 1		Patient 2		Patient 4		Patient 5		Patient 6		Patient 7		
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2013	2014	2015	2014	2015	2009	2014	2015
MMSE sur 30	22	21					23		23			17		17
NPI sur 12					3	2				8	2		4	0
Echelle de Cornell sur 38			8	1	6	2				1	1			
GDS sur 15	9	6						1	1				2	3

Patie	ent 8	Р	atient	9	Patie	nt 10	P	atient 1	11	P	atient 1	12	Patie	nt 13	Patie	nt 14
2014	2015	2010	2014	2015	2014	2015	2013	2014	2015	2010	2014	2015	2014	2015	2014	2015
23	23	23		20	29	28	20		20	10		NR	28	28	19	19
1	0		1	2	6	2		0	1		5	1	2	5	5	0
											2	1				
			6	7	2	4		1	1				0	1	8	2

Les chiffres en vert indiquent une amélioration des scores du patient et ceux en rouge indiquent à l'inverse une dégradation.

Il apparait que la zoothérapie n'a pas modifié les résultats du MMSE des résidents de façon significative. Ce résultat a pu être faussé par le petit nombre de patients, leur hétérogénéité en termes d'affections et d'évolutions propres, et par les autres traitements en cours. Seul le patient 9 a présenté une dégradation de son état cognitif et mental. Ainsi, il est passé d'un stade léger de démence en 2010 à un stade modéré de démence en 2015.

Concernant le NPI, il est difficile de pouvoir s'exprimer car une mesure annuelle ne suffit pas à l'interpréter.

Avec l'échelle de Cornell, il apparait que le patient 2 est passé d'un état dépressif mineur à une disparition de son état dépressif.

Et enfin, le GDS a été amélioré pour le patient 14.

Il est difficile de relier de manière catégorique ces améliorations de l'état dépressif et cette dégradation du MMSE à un effet de la zoothérapie. Sur des patients traités depuis longtemps et institutionnalisés, les améliorations majeures ne sont pas attendues, et souvent une détérioration de l'état peut être observée. De plus, aucune cohorte contrôle (patients évalués sur la même durée mais sans zoothérapie) n'a été utilisée dans le cadre de notre étude.

5 Discussion

Depuis la mise en place de la zoothérapie en 2013 à l'EHPAD de Fabas environ 25 personnes ont eu l'occasion d'intégrer le programme de TAA et une cinquantaine de résidents ont assisté aux séances de médiation canine. Seule une personne a refusé d'assister aux séances. Cette personne a évoqué la crainte de devoir sortir de l'établissement.

Après avoir assisté à une ou plusieurs séances, aucun résident n'a demandé à arrêter cette activité.

La psychologue et l'équipe soignante ont pu constater pour certains patients une réponse faible par rapport aux objectifs fixés, notamment car ces derniers ne développaient pas de relation émotionnelle avec les animaux. Cependant l'équipe soignante a décidé d'interrompre les séances uniquement pour le Patient 14.

Autre cas pendant les 13 mois de l'étude, celui d'une résidente (Patient 13) qui a demandé à ne plus assister, au moins pour un temps, aux séances car elle avait l'habitude d'y aller avec son compagnon et celui-ci est décédé. Les séances lui rappelaient alors trop de souvenirs douloureux.

Un résident (Patient 3) a été hospitalisé pendant quelques mois en hôpital psychiatrique après un épisode de décompensation psychotique, mais à son retour il a demandé à reprendre les séances de zoothérapie.

Au cours de l'étude, une résidente (Patient 15) qui était suivie est décédée.

La limite principale de ce travail est la subjectivité dans les réponses aux questionnaires. De plus, au cours de l'étude, certains points sont apparus comme difficile voire impossible à évaluer : l'appétit, les relations sociales avec la famille et la participation aux autres activités. Certains point n'ont été améliorés que pour peu, voire aucun patient car la plupart des patients n'avaient besoin d'aucune amélioration sur ces points. C'est notamment le cas de la confiance en soi, l'agitation, la psychomotricité fine et l'autonomie. Cette étude ne permet pas ni de quantifier les bénéfices (car chaque patient réagit de manière différente à cette thérapie), ni de savoir la durée dans le temps de ces bénéfices.

L'EHPAD a signé une convention annuelle avec l'association Wakama Nagi afin de diminuer le coût des séances. Ainsi la maison de retraite paye pour une séance 6€ par résident (soit entre 24 et 30€ la séance) au lieu de 80€ par séance pour le groupe de 4 à 5 personnes. Le centre Equiloisirs, qui accueille 4 résidents une fois par mois, facture 75€ pour le groupe et par séance.

Depuis 2013, l'association « Donnons-nous la patte » amène une fois par mois à la maison de retraite de Fabas des labradors et un bichon havanais dans le cadre d'une AAA (Activité Assistée par l'Animal). Ces « chiens visiteurs » sont amenés dans les espaces communs et directement dans les chambres de certains résidents. En moyenne, ils visitent 20 à 25 personnes en 1h. Les résidents peuvent les caresser, effectuer des jeux de lancer et de rapport d'objets ou encore marcher en tenant le chien en laisse. Il n'est pas possible de comparer l'efficacité de ces visites avec celle de l'équithérapie, car les buts recherchés ne sont pas les mêmes. En effet, dans le cas de cette AAA, il n'y a pas d'objectifs thérapeutiques précis mis en place pour chaque résident, ni d'évaluations régulières de l'effet de ces visites. L'objectif, plus collectif, est de faire passer un moment ludique et convivial aux résidents, de leur procurer l'envie de sourire et des émotions positives. Le coût de la séance est de 30€ (45€ en comptant les frais de déplacement).

A l'EHPAD de Fabas, la zoothérapie ne coute rien aux familles des résidents. Tout est pris en charge par le budget animation de l'établissement.

6 Conclusion

Ce travail amène à la conclusion que bien que pouvant avoir une efficacité réelle, l'équithérapie et l'anisothérapie ne s'adressent pas à toutes les personnes âgées en EHPAD et qu'il est important de prendre en compte les pathologies et habitudes de la personne âgée (effets négatifs lorsqu'il y a un changement de lieu pour les séances par exemple).

C'est une thérapie différente de celles habituellement proposées et très sollicitée que ce soit par les résidents, leur famille ainsi que les structures avoisinantes dans le cas de l'EHPAD de Fabas.

Un travail réel est effectué au moment de la séance pour atteindre les objectifs clairement établis et un suivi personnalisé est effectué régulièrement par l'équipe soignante.

Cette thérapie augmente le contact entre les résidents, en permettant des moments d'échanges, de partage et de communication différents de ceux qu'ils ont habituellement au sein de l'EHPAD.

Depuis 2013, aucun résident n'a jamais manifesté de rejet envers les animaux et au contraire, un nombre plus important de séances est demandé.

Depuis son arrivée à la maison de retraite de Fabas, Mme Sarah Heimann est très sollicitée. Ainsi elle a été contactée en 2015 par l'hôpital de St Girons pour mener des séances de zoothérapie à la ferme de Saint Ygnan avec des patients issus de la Maison d'Accueil Spécialisée et de l'Unité Cognitivo Comportementale. Les séances de zoothérapie sont menées à la ferme de Saint Ygnan. Au moment de la canicule de l'été 2015, elle a amené directement des animaux à l'hôpital car les déplacements hors de l'établissement n'étaient pas autorisés pour les résidents. Depuis avril 2016, elle se rend également dans une autre maison de retraite en Ariège, pour amener au contact des patients des lapins, cochons d'inde, poneys et chèvres.

Pour l'avenir proche, les projets de l'EHPAD de la Croix du Sud sont l'accueil de nouveaux animaux. En 2016, un chien est attendu de manière permanente au sein de l'établissement et en 2017, d'autres animaux, notamment des poules, seront accueillis dans le parc de l'EHPAD.

CONCLUSION

La première partie de ce travail a permis de mettre en évidence l'efficacité de la TAA à partir des données actuelles de la littérature.

Ainsi, grâce aux méta-analyses et études qui ont été menées sur le sujet, il apparait que cette thérapie amène chez les patients une amélioration de l'estime de soi, un sentiment de confiance, d'autodétermination et de meilleurs résultats dans le contact social. Les chercheurs ont aussi mis en évidence une augmentation de l'autonomie dans la vie quotidienne. Enfin, la TAA est bénéfique chez les patients souffrant d'états dépressifs, d'anxiété, ou présentant des troubles du comportement et des symptômes cliniques associés. Notre étude a permis de confirmer ces éléments, en particulier une amélioration de l'humeur, de la confiance en soi, de l'anxiété et des relations sociales qui a pu être observée chez 16 patients suivis sur une période de 13 mois.

La TAA semble donc avoir sa place dans l'arsenal thérapeutique mis en œuvre pour des patients atteints de dépression légère à moyenne, des patients schizophréniques et pour des personnes âgées institutionnalisées et souffrant plus ou moins de troubles cognitifs. La TAA peut améliorer la qualité de vie de ces patients, mais uniquement si les séances sont régulières (au moins toutes les semaines), et correctement préparées et encadrées par une personne qualifiée dans le domaine.

Il est important de garder à l'esprit que la TAA n'est pas une thérapie curative et qu'elle doit toujours être associée aux traitements conventionnels du patient. De plus, chaque patient présente un bénéfice plus ou moins important face à la TAA. La TAA ne doit donc pas être présentée comme une thérapie universelle, au risque d'entrainer de fortes déceptions, mais plutôt comme une thérapie adjuvante, complémentaire de la prise en charge pharmacologique.

L'étude menée à l'EHPAD de Fabas montre qu'une TAA menée dans de bonnes conditions amène des bienfaits et peut améliorer la qualité de vie d'une personne plus ou moins âgée en institution. Cependant cette étude montre aussi que les résultats de la thérapie varient d'une personne à l'autre et qu'elle n'est pas indiquée pour toutes les personnes âgées.

Ce travail met également en évidence la difficulté de mettre en place des outils pour valider statistiquement des améliorations. En effet, les bienfaits observés de l'équithérapie et de l'anisothérapie sont propres à chaque patient, à sa personnalité et son vécu, et pas forcément liés à sa pathologie ou un critère facilement défini.

Cette difficulté a également été décrite dans les travaux présentés dans la première partie bibliographique et pourrait expliquer les écarts de résultats et les contradictions entre les études portant sur le même sujet.

Malgré le nombre important d'animaux de compagnie et le développement croissant des Interventions Assistées par l'Animal en France, ce n'est que le 28 janvier 2015 que l'Assemblée nationale a voté en faveur du changement de statut de l'animal dans le Code Civil passant de celui de « Bien meuble» à celui d'« êtres vivants doués de sensibilité ». Cette décision peut apparaître comme tardive, pourtant la France est un des premiers pays à avoir franchi cette étape. 102

Ce vote permet de laisser espérer de meilleures conditions de vie pour les animaux et il confirme que la TAA à toute sa place dans notre société.

Un autre élément qui confirme que la France est un acteur majeur de la médiation par l'animal est la tenue en juillet 2016 à Paris de la 14^{ème} Conférence Internationale et Triennale de l'IAHAIO.

Dans le cadre de l'officine, il est essentiel que les équipes de professionnels de la santé puissent être sensibilisées à la TAA. En effet, la délivrance au comptoir et l'éducation thérapeutique des patients donnent l'occasion d'une proximité et d'une écoute avec le patient qui permettraient dans certaines situations de conseiller la TAA, voire même d'orienter vers un centre qui la pratique à proximité (après vérification que la thérapie est encadrée par une personne qualifiée) ou vers un zoothérapeute indépendant diplômé.

<u>ANNEXES</u>

LISTE DES ANNEXES:

- Annexe 1 : Déclaration Universelle des Droits de l'animal (75-76)
- Annexe 2 : Mini-Examen de l'Etat Mental (MMSE) dans sa version consensuelle établie par le Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs (GRECO) (77-78)
- Annexe 3 : NPI Version longue (79-91)
- Annexe 4 : Echelle de Cornell (92)
- Annexe 5 : Echelle de Dépression Gériatrique 15 Items (93)
- Annexe 6: Fiches patients (sexe, âge, pathologies, symptômes, objectifs, points d'amélioration, points de dégradation et commentaires des soignants) (94-102)

Annexe 1 : Déclaration Universelle des Droits de l'animal 83

PRÉAMBULE:

Considérant que la Vie est une, tous les êtres vivants ayant une origine commune et s'étant différenciés au cours de l'évolution des espèces,

Considérant que tout être vivant possède des droits naturels et que tout animal doté d'un système nerveux possède des droits particuliers,

Considérant que le mépris, voire la simple méconnaissance de ces droits naturels provoquent de graves atteintes à la Nature et conduisent l'Homme à commettre des crimes envers les animaux,

Considérant que la coexistence des espèces dans le monde implique la reconnaissance par l'espèce humaine du droit à l'existence des autres espèces animales,

Considérant que le respect des animaux par l'Homme est inséparable du respect des Hommes entre eux,

IL EST PROCLAME CE QUI SUIT:

Article premier

Tous les animaux ont des droits égaux à l'existence dans le cadre des équilibres biologiques. Cette égalité n'occulte pas la diversité des espèces et des individus.

Article 2

Toute vie animale a droit au respect.

Article 3

Aucun animal ne doit être soumis à de mauvais traitements ou à des actes cruels.

Si la mise à mort d'un animal est nécessaire, elle doit être instantanée, indolore et non génératrice d'angoisses.

L'animal mort doit être traité avec décence.

Article 4

L'animal sauvage a le droit de vivre libre dans son milieu naturel, et de s'y reproduire. La privation prolongée de sa liberté, la chasse et la pêche de loisir, ainsi que toute utilisation de l'animal sauvage à d'autres fins que vitales, sont contraires à ce droit.

Article 5

L'animal que l'Homme tient sous sa dépendance a droit à un entretien et à des soins attentifs. Il ne doit en aucun cas être abandonné, ou mis à mort de manière injustifiée. Toutes les formes d'élevage et d'utilisation de l'animal doivent respecter la physiologie et le comportement

Les exhibitions, les spectacles, les films utilisant des animaux doivent aussi respecter leur dignité et ne comporter aucune violence.

Article 6

L'expérimentation sur l'animal impliquant une souffrance physique ou psychique viole les droits de l'animal.

Les méthodes de remplacement doivent être développées et systématiquement mises en œuvre.

Article 7

Tout acte impliquant sans nécessité la mort d'un animal et toute décision conduisant à un tel acte constituent un crime contre la vie.

Article 8

Tout acte compromettant la survie d'une espèce sauvage, et toute décision conduisant à un tel acte constituent un génocide, c'est à dire un crime contre l'espèce. Le massacre des animaux sauvages, la pollution et la destruction des biotopes sont des génocides.

Article 9

La personnalité juridique de l'animal et ses droits doivent être reconnus par la loi. La défense et la sauvegarde de l'animal doivent avoir des représentants au sein des organismes gouvernementaux.

Article 10

L'éducation et l'instruction publique doivent conduire l'Homme, dès son enfance, à observer, à comprendre, et à respecter les animaux.

La Déclaration Universelle des Droits de l'Animal a été proclamée solennellement à Paris, le 15 octobre 1978, à la Maison de l'Unesco.

Son texte a été révisé par la Ligue Internationale des Droits de l'Animal en 1989 et a été rendu public en 1990.

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

011	mation
Je 1	ais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes
	très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
1.	En quelle année sommes-nous ?
	En quelle saison ?
	En quel mois ?
4.	Quel jour du mois ?
5.	Quel jour de la semaine ?
Je ı	ais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :
6.	Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si	examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7.	Dans quelle ville se trouve-t-il?
8.	Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9.	Dans quelle région est situé ce département ?
10.	À quel étage sommes-nous ici ?
Apr	rentissage
Je i	ais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car
ie v	us les redemanderai tout à l'heure.
11.	Cigare
	Fleur
	Porte
	étez les 3 mots.
	LATER OF THE CASE
	ntion et calcul
VOL	ez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
	93
	86
	79
	72
	65
	tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler
ie r	ot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne
pos	ion. (Ce chiffre ne doit <u>pas</u> figurer dans le score global.)
Rap	
Pou	ez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à
	re?
19.	Cigare
	Teur
	Porte
Lan	7200
	gage Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23.	Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
	Ecoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25.	Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
20	Prenez cette feuille de papier avec la main droite
	Pliez-la en deux
21.	Et jetez-la par terre
28.	Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

29.	"Fermez les yeux" et dire au sujet : Faites ce qui est écrit . Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contensens.	une phrase entière.
Pra	xies constructives	
30.	Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : "Voulez-vous recopier ce dessin ?"	
	mpter 1 point pour chaque bonne réponse. ORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du	niveau socioculturel).
	ouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, herche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State E	

recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsycol 2003 ;13(2) :209-36.

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom:		Age:			l'évaluati	
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	FxG	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur, Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994 Traduction Française P.H.Robert. *Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice – France 1996* Le NPI est protégé par un copyright.

F x G = Fréquence x Gravité

A. IDEES DÉLIRANTES

(NA)

« Le patient/la patiente croît-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

NON	Passez à la section sui	vante OUI	Posez les questions complémentaires inc	liquées c	i-dessous
				Oui	Non
		il/elle être en danger ou	que les autres ont l'intention de lui		
fair	e du mal?				
	patient/la patiente croit-	- 1987년 - 1일 : 10 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12			
	patient/la croit-il/elle qu				
			désirables vivent sous son toit ?		
	이 경기에서 이 2014년에 무게 되었다면 그 것 때문에 가득했다.		son conjoint ou d'autres personnes ne	-	-
	pas ceux qu'ils prétende		-1/-11 11		
7. Le p	patient/la patiente croit-i		ui/elle dans la maison où il/elle habite ? s de sa famille ont l'intention de		0
	andonner?	anta anait il/alla avva da	a management and I'm weit à la télévision	_	4
ou c	lans des magazines sont	réellement présentes d	s personnes que l'on voit à la télévision lans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur		12
	er ou de communiquer a				
9. Cro	it-il/elle en d'autres cho	ses inhabituelles sur le	squelles je ne vous ai pas interrogé?		
Si la re déliran		liminaire se trouve con	firmée, déterminez la fréquence et le degré	de gravi	té de ces idé
« Mai	QUENCE intenant je voudrais savo e problèmes). Diriez-vo		ce se produisent ces choses (utilisez le con ent»	nporteme	nt qui pose
Quelq	uefois : moins d'une f	ois par semaine			1
357// 07	souvent : environ une				2
Fréqu	emment : plusieurs for	is par semaine mais pa	as tous les jours		3
Très	fréquemment : tous le	s jours ou pratiquemen	nt tout le temps		4
ces co	intenant je voudrais con		té de ces comportements. Par gravité, je v ints pour le patient/la patiente ? Diriez-		
Léger	: les idées délirantes so	ont présentes mais elle	s semblent inoffensives et sont peu		
	vantes pour le patient/la		p, administrative and 5000 5000 5000 5000 5000 5000 5000 50		1
		•	rturbantes pour le patient/la patiente.		2
			es et représentent une source majeure		
			ients «à la demande» indique que les idées		
	ntes ont un degré de gra		unite dat alla de come de la mayor de la della de la come de la co		3
RETI	ENTISSEMENT				
A que		nt est perturbant pour	vous au plan émotionnel ? (pour vous,	en tant	que soignar
	lu tout 0		Modérément		3
Mini			Sévèrement		4
Légèi	rement 2		Très sévèrement, extrêmement	t	5
0.000			B		

NPI - Version Française / Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France

3

(NA)

B. HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales? »

NON Passez à la sec	tion suivante	OUI Posez les questions complèmen	itaires indiquées c	1-dessous
	.,		Oui	Non
1. Le patient/la patien	te dit-il/elle entend	re des voix ou se comporte-t-il/elle comme s	'il/elle	
entendait des voix				
		es personnes qui ne sont pas là ?		
		s choses que les autres ne voient pas ou se		
	[10] [10] [10] [10] [10] [10] [10] [10]	uit des choses que les autres ne voient pas (de		
des animaux des lu		1 1	<u>_</u>	
		es odeurs que les autres ne sentent pas ?	. 🗅	
		ir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle r		-
des choses qui ram		es goûts dans la bouche dont on ne connaît		
pas la cause ?	ie uit-ii/eile avoii ut	es gouts dans la bouche dont on ne connait		
	to décrit il/alla d'au	tres sensations inhabituelles ?	<u>.</u>	<u> </u>
7. Le patient/la patien	ie decrit-ii/elie d au	ues sensations initiabituenes :	_	_
Si la réponse à la que hallucinations	estion préliminaire	se trouve confirmée, déterminez la fréquenc	e et le degré de	gravité de ce
FREQUENCE « Maintenant je voud plus de problèmes). D		elle fréquence se produisent ces choses (utilise se produisent »	ez le comporteme	ent qui pose
Quelquefois : moins	d'une fois par sem	naine		1
Assez souvent : env	iron une fois par se	emaine		2
Fréquemment : plus	ieurs fois par sema	ine mais pas tous les jours		3
Très fréquemment	tous les jours ou p	pratiquement tout le temps		4
		gré de gravité de ces comportements. Par gra ou invalidants pour le patient/la patiente ?		
Léger : les hallucinat	ions sont présentes	mais semblent inoffensives et sont peu épro	ouvantes	
pour le patient/la patie	ente.	0-0-0-0-1 4-4-17 (1990-1977) - 19 (1990-1976) - 19 (1990		1
Moyen : les hallucina	tions sont éprouvai	ntes et perturbantes pour le patient/la patien	te.	2
Important: les hallu	cinations sont très p	perturbantes et représentent une source majer	ure de trouble	
du comportement. Il p	eut se révéler néces	saire d'administrer des médicaments « à la de	emande »	
pour les maîtriser.				3
RETENTISSEME	NТ			
		rbant pour vous au plan émotionnel ? (por	ur vous en tant	ane soianan
entourage)	ortenient est pertui	pour vous au plan emotionner : (po	ui vous, cii talit	que soignan
Pas du tout	0	Modérément		3
Minimum	1	Sévèrement		4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrê	mement	5
		35		

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

 ${\it w.} Y-a-t-il\ des\ périodes\ pendant\ les quelles\ le\ patient/la\ patiente\ refuse\ de\ coopérer\ ou\ ne\ laisse\ pas\ les\ gens\ l'aider\ ?$ Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements? 2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière? 3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte? 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande? 5. Le patient/la patiente rait-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère? 6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets? 7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 5. Il a réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité agitation FREQUENCE 4. Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » 6. Quelquefois: moins d'une fois par semaine 6. Assez souvent : environ une fois par semaine 7. Assez souvent : environ une fois par semaine 7. Assez souvent : environ une fois par semaine 8. CRAVITE 8. Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur ce gravité est » 6. Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 7. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 8. Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et représente une source maigure de				Oui	Non
changer de vêtements?					
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ? apporte ? 4. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ? 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande? 5. Le patient/la patiente rie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ? 6. Le patient/la patiente fait-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ? 6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ? 7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ? 6. Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité agitation FREQUENCE 4. Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine 4. Assez souvent : environ une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4. GRAVITE 4. Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur ce gravité est » Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficil d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la ra			nes activités comme prendre un bain ou		
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ? 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande? 5. Le patient/la patiente rie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ? 6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ? 7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 9. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 1. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 1. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle d'une autre d'une d					
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande? 3. Le patient/la patiente criet-til/elle ou jure-t-il/elle avec colère? 5. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets? 5. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? 5. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? 8. REQUENCE 8. Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » 9. Quelquefois: moins d'une fois par semaine 8. Assez souvent: environ une fois par semaine 9. Assez souvent: environ une fois par semaine 9. Assez souvent: environ une fois par semaine 9. Assez souvent: environ une fois par semaine 10. Assez souvent: environ une fois par semaine 11. Assez souvent: environ une fois par semaine 12. Assez souvent: environ une fois par semaine 13. Assez souvent: environ une fois par semaine 14. Assez souvent: environ une fois par semaine 15. Assez souvent: environ une fois par semaine 16. Assez souvent: environ une fois par semaine 17. As qual patiente environ une fois par semaine 18. Assez souvent: environ une fois par semaine 19. Assez souvent: environ une fois par semaine 20. Assez souvent: environ une fois par semaine 21. Assez souvent: environ une fois par semaine 22. Assez souvent: environ une fois par semaine 23. Assez souvent: environ une fois par semaine 24. Assez souvent: environ une fois par semaine 25. Assez souvent: environ une fois par semaine 26. Assez s	 Le patient/la patient 			_	_
de l'amener à faire ce qu'on lui demande? Le patient/la patiente fait-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère? Le patient/la patiente fait-il/elle des objets? Le patient/la patiente fait-il/elle des objets? Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? B. Le patient/la patiente et le degré de gravité de cravité ce schoses (utilisez le comportement qui plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent» Des produisent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ une fois par semaine La sez souvent : environ					
is. Le patient/la patiente cric-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère? is. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets? is. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? is. Le patient/la patiente montre-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? is. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? is. Le patient/la patiente et le degré de gravité ou son agitation? is. Le patient/la patiente cet le degré de gravité de ces choses (utilisez le comportement qui olus de problèmes). Diriez-vous qui elle se problèmes). Diriez-vous qui elle se comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente? Diriez-vous que leur ce gravité est » is. Ager: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Indoyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la contrôler. 2 majeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 Agent le patient l'agit				-	-
is Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets? Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? Is la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de gitation REQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui oblus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine Requemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3 Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 Againtenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ses comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur de gravité est » Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer 'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. 1 Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer 'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la contrôler. 2 important : l'agitation est très perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer 'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 important : l'agitation est très perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer 'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 3 autre de difficultés ; il est possible que le					
meubles ou lance-t-il/elle des objets? Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? li la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité gitation REQUENCE * Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui dus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent > Quelquefois: moins d'une fois par semaine lassez souvent: environ une fois par semaine lassez fréquemment: plusieurs fois par semaine 12 lassez fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps 13 la frès fréquemment: vous les jours ou pratiquement tout le temps 14 BERAVITE * Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que se comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente? Diriez-vous que leur curavité est > Éger: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le ontrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. 14 doyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 mportant : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. 2 administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se de la coutrôler. 3 d'admi				4	ш
Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal? Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? la la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité of gitation PREQUENCE *Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui dus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent * **Duelquefois: moins d'une fois par semaine lussez souvent: environ une fois par semaine seréquemment: plusieurs fois par semaine réquemment: plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours rès fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps **Adaintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire: à que es comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente? Diriez-vous que leur carvité est * **Aéger: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le ontrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **Adoyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. **Adoyen: l'agitation est très perturbant pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et perturbant pour vous, en tant que so natourage) **Adunistration de médica			es portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les	_	
Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation? Il la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité gitation REQUENCE Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui dus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent >> Quelquefois: moins d'une fois par semaine Lassez souvent: environ une fois par semaine Sréquemment: plusieurs fois par semaine passe tous les jours Très fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 BRAVITE Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire: à que es comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente? Diriez-vous que leur corravité est >> Ager: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le ontrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen: ce comportement est perturbante pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se naturale pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments				M 70	19
ii la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité a gitation PREQUENCE **Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui dus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent ** Puelquefois : moins d'une fois par semaine **Lassez souvent : environ une foi				M=2	0
REQUENCE **Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui dus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent ** **Quelquefois : moins d'une fois par semaine	. Le patient/la patien	te montre-t-il/elle d'u	ne autre façon son agressivité ou son agitation?	ч	ш
Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois: moins d'une fois par semaine Assez souvent: environ une fois par semaine Préquemment: plusieurs fois par semaine Préquemment: plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire: à que rese comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente? Diriez-vous que leur ceravité est » Léger: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. 1 Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 important: l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4		estion préliminaire se	trouve confirmée, déterminez la fréquence et le de	egré de g	ravité de
Assez souvent : environ une fois par semaine Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur ce gravité est » Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente et représente une source majeure de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	« Maintenant je voud			nporteme	ent qui po
Trèquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours A crès fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps A dintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que se comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur caravité est » A deger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. A doyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. A propertant : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. A d'administration de médicaments est souvent nécessaire. A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so ntourage) Pas du tout O Modérément 3 d'inimum 1 Sévèrement 4	57/1 65				
GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur ce gravité est » Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					
« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur ce gravité est » Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer 'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					
« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur ce gravité est » Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	res frequemment	tous les jours ou pra	atiquement tout le temps		4
contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	« Maintenant je voud ces comportements so				
contrôler en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer 'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 INTERENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	éger : ce comporten	nent est perturbant po	our le patient/la patiente mais il est possible de le		
Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile d'attirer l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. 2 Important: l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source majeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					1
'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou de le/la contrôler. (Important : l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					
Important: l'agitation est très perturbante pour le patient/la patiente et représente une source najeure de difficultés; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					2
najeure de difficultés ; il est possible que le patient/la patiente ait peur qu'on lui fasse du mal. L'administration de médicaments est souvent nécessaire. 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					
C'administration de médicaments est souvent nécessaire. RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so intourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					
A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que so ntourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					3
A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que se entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	PETENTISSEME	NT			
			ent nour vous ou plan émotionnel ? (nous vous	on tort	ma coim
Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4		onement est perturba	ant pour vous au pian emotionner ? (pour vous,	on tant	que soigi
Minimum 1 Sévèrement 4	•	0	Madérément		3
Légèrement 2 Très sévèrement, extrêmement 5	V 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		Severement		**

D. DEPRESSION / DYSPHORIE	(NA)
« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se se	ent triste ou déprimé(e) ? »

NON	Passez à la section suivante	OUI	Posez les questions complémentaires in	ndiquées c	i-dessou
				Oui	Non
ce q	ui semblerait indiquer qu'il/elle es	t triste ?	la patiente pleure facilement ou sanglote,		
	oatient/la patiente dit-il/elle ou fait- qu'il/elle n'a pas le moral ?	-il/elle des	choses indiquant qu'il/elle est triste		
	patient/la patiente se rabaisse-t-il/el e) raté(e) ?	le ou dit-il/	/elle qu'il/elle a l'impression d'être		
	patient/la patiente dit-il/elle qu'il/el re puni(e) ?	le est quelq	qu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite		
	patient/la patiente semble-t-il/elle ti l/elle n'a pas d'avenir ?	rès découra	gé(e) ou dit-il/elle		
5. Le p	patient/la patiente dit-il/elle est un s	fardeau pou	ur sa famille ou que sa famille		
	patient/la patiente exprime-t-il/elle e suicider ?	son désir d	e mourir ou parle-t-il/elle	П	_
	patient/la patiente montre-t-il/elle d	'autres sign	nes de dépression ou de tristesse ?	٥	0

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

FREQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

Quelquefois: moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

GRAVITE

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant.

Moyen : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager.

2 Important : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente.

3 3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

chiodrage)			
Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

E. ANXIETE			(NA)
« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inqu	uiet(ète) ou effrayé(e) sans raison appar	ente ? S	emble-t-il/elle
très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le p			
NON Passez à la section suivante OUI Po	osez les questions complémentaires ind	iquées c	i-dessous
		~ ·	
1 7		Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au su			
2. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la p	atiente se sent mal à l'aise, incapable		
de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	······································		
3. Y-a-t-il des période pendant lesquelles le patient/la pa			
souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire s	ans autre raison apparente		
que sa nervosité?	oc nové des polnitations ou	_	_
 Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estoma le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptôm 			
problèmes de santé)	les non expilques par des		
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits de sante)	u certaines situations qui le/la		-
rendent plus nerveux(se) comme par exemple circuler			
ou se trouver au milieu de la foule ?	on voltare, reneonaer des anns		
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contra	rié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e)	li i − i	
de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle)			
pour ne pas être séparé(e)) ?	. (b agrippe v mene a vous		
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d	l'anxiété ?	ā	5
P P	T. 150-150-150-150	1/1 -3 /	30 Th
Si la réponse à la question préliminaire se trouve con	firmée, déterminez la fréquence et le de	gré de gi	ravité de cette
anxiété	ego (1.000), til til det er til strette til 1900 og er til 1900 og er til 1900 og er til 1900 og er til 1900 o Til til 1900 og er t	0	
FREQUENCE			
« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence s	e produisent ces choses (utilisez le com	porteme	nt qui pose le
plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent.		•	
Quelquefois: moins d'une fois par semaine			1
Assez souvent : environ une fois par semaine			2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas to	ous les jours		3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement t	out le temps		4
GRAVITE			
« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité o			
ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants	pour le patient/la patiente ? Diriez-v	ous que	leur degré de
gravité est »			
Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la			
possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de	e la patiente vers autre chose ou en		121
le/la rassurant.			1
Moyen: l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/l		nt	2
exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont			2
Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représ	ente une source majeure de sourrance		3
pour le patient/la patiente.			3
RETENTISSEMENT			
	us au plan émotionnel ? (nous vous	on tort	ana soianont
A quel point ce comportement est perturbant pour vou entourage)	is au pian emotionnei? (pour vous,	en tant	que soignant,
Pas du tout 0	Modérément		3
Minimum 1	Sévèrement		4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmemen	t	5
	waremen	-	

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

(NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ». ? »

	ction suivante	OUI	Posez les questions complémentaires in	diquées c	ei-dessous
				Oui	Non
rapport à son état l	habituel?		bien ou être trop heureux(se) par		0
ne trouvent pas dró	ôle ?		elle pour des choses que les autres		
	de façon déplacée (lo		de l'humour puéril et une tendance dersonne est victime d'un incident	0	
 Le patient/la patien 	nte raconte-t-il/elle de	s blagues o	ou fait-il/elle des réflexions qui ne font	(8)==0	
rire personne sauf					
5. Fait-il/elle des farce de les rendre juste		pincer les	gens ou prendre des objets et refuser		
Le patient/la patien richesses qu'il/elle		u prétend-i	l/elle avoir plus de qualités ou de		
		autres sign	es révélant qu'il/elle se sent trop bien	_	. .
ou est trop heureux	к ?				
Si la réponse à la que exaltation de l'humeu	and the contract of the complete for the contract of the contr	e trouve c	onfirmée, déterminez la fréquence et le d	egré de g	ravité de cet
	lrais savoir avec quel Diriez-vous qu'elles s		e se produisent ces choses (utilisez le connt»	mporteme	ent qui pose
Quelquefois: moins	d'une fois par sem	aine			1
Assez souvent : env	iron une fois par se	maine			2
Fréquemment : plus	sieurs fois par semai	ne mais pa	s tous les jours		3
Très fréquemment	: tous les jours ou p	ratiqueme	nt tout le temps		4
			té de ces comportements. Par gravité, je v nts pour le patient/la patiente ? Diriez-		
	euse est perçue par l	es amis et	la famille mais ne perturbe pas le patient	1	002
la patiente Moyen : l'humeur jo	viance act nottom	onormala			1 2
			e patient/la patiente est euphorique et		4
pratiquement tout l'a			- parama parama es capacida et		3
RETENTISSEME A quel point ce com		bant pour	vous au plan émotionnel ? (pour vous,	en tant	que soigna
entourage)					
0 /	0		Modérément		3
entourage) Pas du tout Minimum Légèrement	n (n)		Modérément Sévèrement Très sévèrement, extrêmemer		3 4 5

NPI - Version Française / Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France

G. APATHIE / INDIFFERENCE

(NA)

« Le patient/la patiente a-t-il (elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

NON	Passaz à la saction avivant-	OUT	Possar les questions complémentains :- 1:	1600 al	doseous
NON	Passez à la section suivante	OUI	Posez les questions complémentaires indiqu	iees ci Dui	Non
1 Lens	atient/la natiente semble-t-il/elle m	oins snonts	ané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?		
	atient/la patiente est-il/elle moins				-
			te se montre-t-il/elle moins affectueux(se)	•	
	apport a son état habituel, le patie lanque-t-il/elle de sentiments ?	nt/ia patien	te se montre-t-n/ene moins affectueux(se)	1	
		maina auv			
	atient/la patiente participe-t-il/elle				4
	atient/la patiente semble-t-il/elle n	noins s inte			
	x projets des autres ?				
	atient/la patiente a-t-il/elle perdu t	out interet	■ SUPERTURBED AND THE CONTRACTOR OF THE SECOND SEC		-
	embres de sa famille ?	220 N N		1	
		enthousiast	e par rapport à ses centres d'intérêt	200	y
	tuels?	40 600 1526		I.	
	atient/la patiente montre-t-il/elle d	autres sign	5 PELATER - PER 1961 → COMMENT OF COMMENT O		
nouv	elle ne l'intéresse ?			1	
FRÉQ	/ indifférence. UENCE				
	tenant je voudrais savoir avec quel problèmes). Diriez-vous qu'elles	(7 10)	e se produisent ces choses (utilisez le comporent»	temen	t qui pos
Quelqu	iefois : moins d'une fois par sen	naine			1
	souvent : environ une fois par s				2
Fréque	emment : plusieurs fois par sema	ine mais pa	as tous les jours		3
Très fr	réquemment : tous les jours ou j	pratiqueme	nt tout le temps		4
	É DE GRAVITÉ enant je voudrais connaître le degr	ré de gravité	é de ces comportements. Par gravité, je veux dir	e:àq	uel point
comport	ements sont-ils perturbants ou inval	idants pour	le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degr	é de g	ravité est
T (11				
			équences sur les activités quotidiennes ;		
	rence est légère par rapport au con				2.40
			i suggère d'entreprendre des activités.		1
			ontée grâce aux persuasions et encouragements	S	
			elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion		
			s proches ou de membres de la famille.		2
		331 3353	temps aucun encouragement ni événement		
extérieu	ır ne parvient à la faire disparaître	.			3
		e comporte	ment est perturbant pour vous au plan émotio	nnel ?	(pour vo
	que soignant, entourage)		M - 16-6		2
Pas du			Modérément		3
Minim			Sévèrement		4
Légère	amont 2		Très sávarament avtrêmement		•

9

(NA)

H. DESINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

NON	Passez à la sec	tion suivante	OUI	Posez les questions complémentaires inc	diquées c	i-dessous
					Oui	Non
	atient/la patient conséquences de		ère impulsi	ve sans sembler se préoccuper		
				qui lui sont totalement		-
		'il/elle les connaissa		déplacées ou blessantes ?		
				nit-il/elle des remarques d'ordre	-	ч
		elle n'aurait pas faite				
				questions très personnelles ou privées		
dont	on ne parle pas	, en général en publ	ic?			
				he-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle		
		façon qui lui ressem				
		e montre-t-il/elle d'a	utres signes	s indiquant une perte de contrôle	-	_
de s	es impulsions?					
Si la r désinh		stion préliminaire se	e trouve co	nfirmée, déterminez la fréquence et le de	egré de gr	ravité de cet
« Mai		ais savoir avec quell riez-vous qu'elles so		e se produisent ces choses (utilisez le cort »	nporteme	nt qui pose l
Quelq	uefois : moins	d'une fois par sema	ine			1
		ron une fois par sei				2
		eurs fois par semair				3
Très f	réquemment :	tous les jours ou pr	atiquement	tout le temps		4
ces con	ntenant je voudr			é de ces comportements. Par gravité, je v ts pour le patient/la patiente ? Diriez-		
Léger	: l'impulsivité e	est perceptible mais	il est génér	alement possible de l'atténuer en attiran	t	
		e la patiente vers au			70	1
				ent être surmontée par la personne		
	pant du patient/o					2
				vention de la personne s'occupant du pa	tient/	
de la p	atiente et est un	e source de gène ou	d'embarras	en société.		3
RETE	NTISSEMEN	ΝΤ				
	point ce comp		ant pour v	ous au plan émotionnel ? (pour vous,	en tant	que soignan
	u tout	0		Modérément		3
Minir		1		Sévèrement		4
Légèr	ement	2		Très sévèrement, extrêmemen	t	5

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas ».

NON	Passez à la section suivante	OUI	Posez les questions complémentaires ind	iquées c	i-dessous
				Oui	Non
1. Le	patient/la patiente a-t-il/elle n	nauvais caractère?	Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds »		
	ilement pour des petits riens '				
2. Le 1	patient/la patiente a-t-il/elle d	es sautes d'humeur	r qui font qu'il/elle peut être très		
bier	n l'espace d'un moment et en	colère l'instant d'a	après ?		
3. Le 1	patient/la patiente a-t-il/elle de	e brusques accès de	colère ?		
4. Est-	-il/elle impatient(e), supporta	nt mal les retards o	u le fait de devoir attendre les activités		
qui	sont prévues ?				
5. Le 1	patient/la patiente est-il/elle g	grincheux(se) et irr	itable?		
	patient/la patiente cherche-t-i				
	patient/la patiente montre-t-il				
FREO « Ma	ilité / instabilité de l'humeur QUENCE	ec quelle fréquence	onfirmée, déterminez la fréquence et le de e se produisent ces choses (utilisez le com nt»		
Ouelo	quefois : moins d'une fois p	ar semaine			1
	souvent : environ une fois				2
	nemment : plusieurs fois par		s tous les jours		3
	fréquemment : tous les jou				4
« Ma			é de ces comportements. Par gravité, je ve tts pour le patient/la patiente ? Diriez-v		
Léger	: l'irritabilité ou l'instabilité	de l'humeur est p	perceptible mais il est généralement		
			de la patiente vers autre chose et en		
Section 1	assurant.		1		1
		té de l'humeur son	t flagrantes et peuvent difficilement		10m
	irmontées par la personne s'o				2
	rtant : l'irritabilité ou l'insta				-
			sonne s'occupant du patient/de la patiente		
	t très éprouvantes.	ici vention de la per	some s occupant du patient de la patiente		3
et son	t ties epiouvantes.				3
RET	ENTISSEMENT				
A que	el point ce comportement est	perturbant pour v	ous au plan émotionnel ? (pour vous,	en tant	que soignan
entour		950 (55)			p.50 S.50
Pas d	lu tout 0		Modérément		3
Mini	mum 1		Sévèrement		4
Légè	rement 2		Très sévèrement, extrêmement		5

K. SOMMEIL (NA)

«Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ?»

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ? 2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le le patients se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? 3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ? 4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ? 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ? 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravitroubles du sommeil FREQUENCE 4. Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent	NON	Passez à la section	suivante OUI P	osez les questions complémentaires in	ndiquées c	i-dessous
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ? 2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le le patients se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? 3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ? 4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ? 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ? 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravitroubles du sommeil FREQUENCE 4. Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent					Oui	Non
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? 3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ? 4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit? 5. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ? 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ? 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravit troubles du sommeil FREQUENCE 4. Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine 4. Assez souvent : environ une fois par semaine 5. Préquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 7. Très fréquemment : lous les jours ou pratiquement tout le temps 4. GRAYITE 4. Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » 1. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 1. Important : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver de son	1. Est-	ce que le patient/la p	atiente éprouve des difficulté	s à s'endormir ?		
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit?	2. Est-	ce que le patient/la p	patiente se lève durant la nuit	(ne pas tenir compte du fait que le	_	_
inappropriées la nuit ? 4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ? 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ? 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravitroubles du sommeil FREQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qu plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine 12 Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient et vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point œ comportement est perturbant p	toile	ttes et se rendort en	suite immédiatement) ?			
4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ? 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ? 6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravit roubles du sommeil FREQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qu plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine Préquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3 Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4			patiente erre, fait les cent pas	ou se met à avoir des activités		
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le mafin et qu'il est temps de démarrer la journée?			patiente vous réveille durant	la nuit ?		
6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ? 7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravit troubles du sommeil FREQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine 2 Fréquemment : plusieurs fois par semaine 3 Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2 Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du cargiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 44	5. Est-	ce que le patient/la p	patiente se réveille la nuit, s'	habille et fait le projet de sortir en	П	П
7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ? 8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravit troubles du sommeil FREQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine Préquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 1 Moyen : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du cargiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 44					_	
8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravit troubles du sommeil FREQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2 Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 44	l'hal	oitude?				
préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ? Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravit troubles du sommeil FREQUENCE « Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement que plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent » Quelquefois : moins d'une fois par semaine Assez souvent : environ une fois par semaine Préquemment : plusieurs fois par semaine as pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2 Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4						
### Transport of the properties of the product of t				Austra, que fincialité en Anglorge de des partires en processes en A Beginn y de pris formes		
Assez souvent: environ une fois par semaine Fréquemment: plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment: tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à que ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente? Diriez-vous que leur gravité est » Léger: des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen: des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. Important: des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	FREQ « Mair	QUENCE ntenant je voudrais s			omporteme	ent qui pose l
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4 GRAVITE « Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	Quelq	uefois : moins d'ur	ne fois par semaine			1
GRAVITE «Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	Assez	souvent : environ	une fois par semaine			2
### GRAVITE ** Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est ** Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2 Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4						
« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur gravité est » Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2 Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	Très f	réquemment : tous	s les jours ou pratiquement	tout le temps		4
Moyen: des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. 2 Important: des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	« Mair ces cor	ntenant je voudrais o mportements sont-il				
cargiver. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4					bateurs.	1
Important: des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4						2
peuvent être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). 3 RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4						-
caregiver) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4						
A quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que entourage) Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4						3
entourage) Modérément 3 Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	RETE	NTISSEMENT				
Pas du tout 0 Modérément 3 Minimum 1 Sévèrement 4	(775)2		ment est perturbant pour vo	us au plan émotionnel ? (pour vous	, en tant	que soignant
Minimum 1 Sévèrement 4			0	Modérément		3
Légèrement 2 Très sévèrement extrêmement 5			1	Sévèrement		
Degetement 2 1165 Severement, extremement 3	Légèr	ement	2	Très sévèrement, extrêmement	nt	5

L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

(NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON	Passez à la section su	ivante OUI	Posez les questions complémentaires indi-	iquées c	i-dessous
	***************************************			Oui	Non
1. Est-	ce que le patient/la pat	iente a perdu l'appétit ?			
		iente a plus d'appétit qu			
3. Est-	ce que le patient/la pat	iente a maigri ?			
	ce que le patient/la pat				
		N=0.70.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0	nt dans son comportement alimentaire com	me	
de n	nettre par exemple trop	de nourriture dans sa b	ouche en une seule fois ?		
6. Est-	ce que le patient/la a et	un changement dans le	e type de nourriture qu'il/elle aime		
com	me de manger par exe	mple :	641 (🖜 🖶 1947) 전 643 전 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12		
	and fill the contract of the property of the contract of the c	es sortes de nourritures	particulières ?		
			omportements alimentaires comme par		
			rriture chaque jour ou manger les aliments		
	tement dans le même o		1 3		
			pétit ou de sa façon de manger sur lesquels		
	e vous ai pas posé de c		pent ou us ou raçon us manger our resquess		
J	r r				
		préliminaire se trouve c u de sa façon de manger	confirmée, déterminez la fréquence et le de	egré de	gravité de ce
FREC	UENCE				
		oir avec quelle fréquen	ce se produisent ces choses (utilisez le com	norteme	nt qui noca 1
		ous qu'elles se produise		portenie	ant qui pose i
prus u	problemes). Diffez-vi	ous qu'elles se produise	»		
Ouela	uefois : moins d'une	fois par semaine			1
	souvent : environ un				2
		ois par semaine mais pa	as tous les jours		3
		es jours ou pratiquemen			4
	- equeliment : tous :	so Jours ou prunquemer	ne to de la tomps		-
ces co	ntenant je voudrais cor	nandin i Properti i magana di mana di mana ang ili mana ang ang ang ang ang ang ang ang ang	ité de ces comportements. Par gravité, je ve unts pour le patient/la patiente ? Diriez-ve		
Lágar	· des changements des	ne l'annétit au les alime	ante cont précente mais n'ont pas entroîné		
	ngement de poids et ne		ents sont présents mais n'ont pas entraîné		1
					1
			ents sont présents et entraînement des		•
	tions mineures de poi				2
			it et les aliments sont présents et entraînen	i.	
des flu	ctuations de poids, sor	it embarrassants et d'un	e manière générale perturbent le patient.		3
		ent est perturbant pour	vous au plan émotionnel ? (pour vous,	en tant	que soignant
	u tout)	Modérément		3
Mini			Sévèrement		4
	ement 2		Très sévèrement, extrêmement		5
Leger	ement 2	×	1165 Severement, extremement		3

Échelle de Cornell (Comell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.) Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examinateur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Prénom :Nom :	I	Date de na	issanc	e:		
Date du test : Nor						
Les évaluations doivent être basées sur les s Aucun point ne devra être attribué si les sym Il faut coter chaque item et en faire l'	ptômes sont secondaires à une in	firmité ou d				
	bsent 1 = modéré ou		tent		$2 = s\epsilon$	vère.
A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUN	MEUR:					
1. Anxiété, expression anxieuse, ruminat	ions, soucis		a	0	1	2
Tristesse, expression triste, voix triste			a	0	1	2
 Absence de réaction aux événements : 			a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, hume	eur changeante		a	0	1	2
B. TROUBLES DU COMPORTEMEN	Γ:					
5. Agitation, ne peut rester en place, se t			a	0	1	2
 Ralentissement, lenteur des mouveme Nombreuses plaintes somatiques 	nts, du débit verbal, des réaction	ons	a	0	1	2
(coter 0 en présence de symptômes gastr			a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans l	es activités habituelles (coter					
seulement si le changement est survenu	brusquement, il y a moins d'ur	n mois)	a	0	1	2
C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:						
9. Perte d'appétit, mange moins que d'ha	abitude		a	0	1	2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est sur 11. Manque d'énergie, se fatigue facilen activité (coter seulement si le changeme	ent, incapable de soutenir une		a	0	1	2
c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	it est sui venu brusquement,		a	0	1	2
D. FONCTIONS CYCLIQUES						
12. Variations de l'humeur dans la journé	e, symptômes plus marqués le	matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus t			a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	400 0 1110111111		a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que	d'habitude		a	0	1	2
E. TROUBLES IDÉATOIRES:						
16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas 17. Auto-dépréciation, s'adresse des repr			a	0	1	2
sentiment d'échec	, F		a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire			a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'hum	eur, idées délirantes de pauvre					
de maladie ou de perte	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		a	0	1	2
TOTAL: sur 38 Nombre de a :						
Le score seuil pour penser à un syndrom	e dépressif est de 10.					
	5852					

Annexe 5 : Echelle de Dépression Gériatrique 15 Items 100

(Comptez 1 si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13 OUI aux autres questions	OUI	NON
1	Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?		
2	Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?		
3	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		
4	Vous ennuyez-vous souvent ?		
5	Étes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?		
6	Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?		
7	Étes-vous heureux (se) la plupart du temps ?		
8	Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?		
9	Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?		I
10	Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?		
11	Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?		
12	Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?		
13	Avez-vous beaucoup d'énergie ?		
14	Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?		
15	Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?		

Calculez le score : /15

Annexe 6: Fiches patients (sexe, âge, pathologies, symptômes, objectifs, points d'amélioration, points de dégradation et commentaires des soignants)

L'âge des patients est celui au début de l'étude c'est-à-dire en juin 2014.

Patient 1:

Homme 57 ans

<u>Pathologies</u>: Syndrome de Korsakoff, troubles cognitif et du comportement, antécédents de dépression.

Symptômes : Tristesse, ennui, ruminations et dévalorisation de soi.

<u>Objectifs</u>: Agir sur les troubles de l'humeur, le faire se sentir utile, favoriser la communication non verbale et l'amener hors de l'EHPAD.

<u>Points d'amélioration</u>: Humeur, participation aux autres activités, confiance en soi, psychomotricité fine, agressivité verbale, appétit, agitation en dehors des soins, relations avec le personnel soignant, relations avec les autres résidents, désinhibition verbale et anxiété.

<u>Points de dégradation</u>: Anxiété, appétit, agitation en dehors des soins et relation avec les autres résidents.

<u>Commentaires des soignants</u>: Seule activité à laquelle il participe de manière régulière et au cours d'une séance le patient a présenté de l'anxiété face à un cheval agité mais il est redevenu calme de lui-même.

Patient 2:

Femme 57 ans

Pathologies : Déficit intellectuel, troubles du comportement et de l'humeur.

Symptômes : Agressivité et agitation.

<u>Objectifs</u>: Canaliser ses gestes brusques, coordonner ses mouvements, l'ancrer dans la réalité et favoriser les échanges avec les autres résidents.

<u>Points d'amélioration</u>: Humeur, psychomotricité fine, anxiété, agressivité physique, agitation en dehors des soins, désinhibition verbale, appétit, relations avec les autres résidents, participation aux autres activités et confiance en soi.

<u>Points de dégradation</u>: Autonomie à la marche, humeur et appétit.

<u>Commentaires soignants</u>: Résidente très impatiente à l'idée des séances de zoothérapie et prête bien avant le départ à la ferme. La patiente a changée de ferme pour une séance et cela l'a rendue plus réservée et lui a fait prendre moins d'initiatives.

Patient 3:

Homme 64 ans

<u>Pathologie</u>: Schizophrénie.

Symptômes: Très anxieux, hypochondriaque et tristesse.

<u>Objectifs</u>: L'apaiser par les activités, lui changer les idées, agir sur le maintien de l'autonomie et le valoriser.

<u>Points d'amélioration</u>: Anxiété, humeur, déambulation, relations avec les autres résidents et le personnel soignant, confiance en soi, désinhibition verbale, autonomie à la marche, agressivité verbale, agitation en dehors des soins et appétit.

<u>Points de dégradation</u>: Agressivité verbale, relations avec le personnel soignant, agitation en dehors des soins, désinhibition verbale et participation aux autres activités.

<u>Commentaires soignants</u>: Ce résident a raté de nombreuses séances car il a été hospitalisé en hôpital psychiatrique après un épisode de décompensation psychotique. A son retour, il a demandé à reprendre les séances de zoothérapie.

Patient 4:

Femme 76 ans

Pathologies: AVC avec hémiplégie et aphasie séquellaire, syndrome dépressif.

<u>Symptômes</u>: Agressivité, tristesse et agitation à la toilette.

Objectifs : Rééducation de la main et amélioration de son humeur.

<u>Points d'amélioration</u>: Humeur, confiance en soi, relation avec les autres résidents, psychomotricité fine, autonomie à la marche et agitation pendant la toilette.

<u>Points de dégradation</u>: Anxiété, agitation en dehors des soins, participation aux autres activités et agitation pendant la toilette.

<u>Commentaires soignants</u>: Résidente très impatiente à l'idée des séances de zoothérapie, beaucoup de progrès au niveau de sa psychomotricité fine et elle a été affectée par le décès d'un poney.

Patient 5:

Femme 53 ans

<u>Pathologies</u>: Psychose chronique, trouble du comportement et syndrome dépressif.

Symptômes : Agitation et agressivité verbale.

Objectifs: L'inscrire dans une dynamique de groupe, lui faire oublier son quotidien et l'amener

à avoir plus d'assurance en soi.

Points d'amélioration : Humeur, agressivité verbale, anxiété, agitation en dehors des soins,

désinhibition verbale, confiance en soi, relations avec le personnel soignant et les autres

résidents, agitation pendant la toilette et désinhibition physique.

Points de dégradation : Désinhibition verbale.

Commentaires soignants : Résidente très impatiente à l'idée des séances de zoothérapie. A

cause de problèmes relationnels avec d'autres résidents, elle est arrivée très énervée avant

une séance, or au cours de celle-ci la patiente a été très impliquée, attentive, a eu de bonnes

relations et n'a pas crié. Une autre fois, elle a présenté des problèmes gastriques ce qui a

entraîné une majoration de ses troubles du comportement (notamment de son anxiété). La

séance au cours de cette période a calmé de manière importante son anxiété (pendant la

séance et dans les jours qui ont suivi). La résidente a déjà présenté de l'anxiété face aux

hennissements des chevaux. L'équipe soignante a remarqué une autonomie de plus en plus

importante dans le brossage des animaux à mesure que le nombre de séances pour cette

résidente augmente.

Patient 6:

Homme 66 ans

Pathologies: Traits autistiques.

<u>Symptômes</u>: Apathie.

Objectifs : Stimuler la communication verbale et l'aider à être un acteur dans une activité

dynamique, de groupe et d'échange.

105

Points d'amélioration : Relations avec le personnel soignant, humeur, confiance en soi,

déambulation, relations avec les autres résidents, anxiété et psychomotricité fine.

<u>Points de dégradation</u>: Appétit.

Commentaires soignants : Ce résident ne sort que très rarement de sa chambre mais il se

présente spontanément au départ de chaque séance de zoothérapie. C'est la seule activité à

laquelle il participe. Les soignants ont constaté une amélioration de son autonomie au fil des

séances. Par exemple, désormais il se rend seul aux toilettes ce qui n'était pas le cas au début

de la zoothérapie.

Patient 7:

Femme 68 ans

<u>Pathologies</u>: Encéphalopathie alcoolique et trouble du comportement.

<u>Symptômes</u>: Tristesse et agitation.

Objectifs: Créer du lien social avec les autres membres du groupe car au sein de l'EHPAD cette

patiente subit le rejet de certains résidents et à tendance à se mettre en retrait. Lui apporter

de l'affect et de l'émotionnel par les animaux car cette résidente est très en demande sur ce

plan. Stimulation sur le plan physique car perte d'autonomie.

Points d'amélioration : Humeur, anxiété, agitation en dehors des soins, relations avec les

autres résidents, psychomotricité fine et participation aux autres activités.

Points de dégradation : Aucun.

Commentaires soignants: La résidente exprime son envie de revenir à la ferme entre les

séances.

Patient 8:

Homme 67 ans

<u>Pathologies</u>: Exogénose chronique, syndrome dépressif et diagnostic d'un cancer en

septembre 2014.

Symptômes: Tristesse et ennui.

106

Objectifs: Travail de valorisation de soi.

<u>Points d'amélioration</u>: Humeur, confiance en soi, relations avec le personnel soignant et les

autres résidents, anxiété, agressivité verbale et physique, agitation en dehors des soins,

appétit, participations aux autres activités et désinhibition verbale.

Points de dégradation : Appétit et participation aux autres activités.

Commentaires soignants : Résident impatient à l'idée des séances de zoothérapie. Seule

activité à laquelle il participe de manière régulière. Très bonne participation.

Patient 9:

Homme 65 ans

<u>Pathologies</u>: Psychose délirante chronique stabilisée et syndrome dépressif.

Symptômes: Tristesse.

Objectifs: Favoriser les relations sociales.

Points d'amélioration : Humeur, relations avec le personnel soignant et les autres résidents,

autonomie à la marche et appétit.

<u>Points de dégradation</u>: Participations aux autres activités.

<u>Commentaires soignants</u>: Résident très impatient à l'idée des séances de zoothérapie.

Patient 10:

Homme 64 ans

<u>Pathologies</u>: Exogénose chronique, incurie majeure (c'est-à-dire une négligence extrême dans

le soin de soi et de l'hygiène corporelle) et trouble du comportement.

<u>Symptômes</u>: Agressivité verbale.

Objectifs : Créer du lien social, amener de l'affectif et stimulation sur le plan spatio-temporel

car gros problèmes de désorientation.

107

Points d'amélioration : Humeur, relations avec les autres résidents et le personnel soignant,

désinhibition verbale, agitation en dehors des soins et agressivité verbale.

<u>Points de dégradation :</u> Aucun.

Commentaires soignants: Résident très impatient à l'idée des séances de zoothérapie, il

prend régulièrement des nouvelles des animaux et il a notamment été affecté par le décès

d'un des poneys. Avant deux des séances, il s'est rasé et a fait sa toilette alors qu'il a une

incurie majeure. C'est la seule activité à laquelle il participe et, au sein de l'EHPAD, il ne parle

pas aux autres résidents.

Patient 11:

Femme 86 ans

<u>Pathologies</u>: AVC ischémique et pathologie cognitive mixte.

Symptômes : Difficultés dans les relations sociales.

Objectifs : Améliorer l'autonomie sur le plan moteur.

Points d'amélioration: Humeur, anxiété, agressivité verbale, désinhibition verbale, autonomie

à la toilette et sommeil.

Points de dégradation : Aucun.

Commentaires soignants : Cette patiente a été très affectée par le décès d'un poney. Elle

exprime régulièrement son envie de faire plus souvent des séances de zoothérapie. Un

épisode de toux important l'a empêché de dormir quelques jours avant une séance.

Patient 12:

Homme 91 ans

Pathologies: AVC ischémique.

<u>Symptômes</u>: Agressivité et opposition aux soins.

Objectifs: Favoriser les relations sociales et mobilisation du corps.

108

Points d'amélioration : Humeur, agressivité verbale, relations avec les autres résidents et le

personnel soignant, agressivité physique, agitation en dehors des soins, désinhibition verbale,

agitation pendant la toilette, psychomotricité fine et confiance en soi.

Points de dégradation : Participation aux autres activités.

Commentaires soignants : Résident très impatient à l'idée des séances de zoothérapie. Ce

résident est en fauteuil roulant et lors des séances il demande à être aidé afin de se relever et

de pouvoir câliner les chevaux.

Patient 13:

Femme 64 ans

Pathologies: Schizophrénie.

Symptômes : Anxiété et irritabilité.

Objectifs: L'aider à se concentrer sur une tâche et lui apporter de l'apaisement.

<u>Points d'amélioration</u>: Désinhibition verbale, agressivité verbale, humeur, agitation en dehors

des soins et relations avec le personnel soignant.

Points de dégradation : Anxiété, autonomie à la marche et confiance en soi.

Commentaires soignants : Résidente impatiente à l'idée des séances de zoothérapie. Son

anxiété est exacerbée face au cheval mais elle fait des efforts et les soignants ont pu observer

des progrès. Elle a peur des mouvements du cheval.

Patient 14:

Homme 73 ans

Pathologies : Œnolisme chronique ayant entraîné une démence de korsakoff et un syndrome

dépressif.

<u>Symptômes</u>: Tristesse et repli sur soi.

Objectifs: Ouverture au niveau de l'affect.

109

Points d'amélioration : Relations avec le personnel soignant et les autres résidents, humeur

et désinhibition verbale.

<u>Points de dégradation</u>: Anxiété, autonomie à la marche, psychomotricité fine, désinhibition

verbale et participation aux autres activités.

Commentaires soignants: L'équipe soignante a décidé d'interrompre les séances

d'équithérapie et d'anisothérapie pour ce patient. En effet, ce dernier souffre de troubles de

l'équilibre et il était peu rassuré face aux animaux de taille imposante. N'ayant pas réussi à

surmonter cette peur, le patient avait développé une relation purement passive avec l'animal

et était peu impliqué.

Patient 15:

Femme 64 ans

Pathologies: Perte d'autonomie mais rien sur le plan psychiatrique.

<u>Symptômes</u>: Difficultés dans les relations sociales et agressivité verbale.

Objectifs : Amener de l'affectif car rupture familiale. A la demande de cette patiente car étant

de santé fragile, elle souhaitait profiter de la vie, de l'amour des animaux et d'une activité

extérieure.

Points d'amélioration: Humeur, anxiété, agressivité verbale, relation avec les autres résidents

et désinhibition verbale.

<u>Points de dégradation</u>: Anxiété et participation aux autres activités.

Commentaires soignants : Le changement de ferme à une séance l'a rendue anxieuse du fait

de son déplacement en fauteuil sur ce nouveau terrain. Cette patiente est décédée au cours

de l'étude.

Patient 16:

Homme 59 ans

Pathologies: Syndrome de Korsakoff, délires mégalo-maniaques et persécutifs, trouble

spatio-temporel très marqué et troubles mnésiques.

110

<u>Symptômes</u>: Alternance entre des périodes de repli sur soi et envie de rien avec des périodes ou il est très vif, délirant, anxieux et agressif.

<u>Objectifs</u>: Adaptation selon les phases c'est-à-dire soit la stimulation du résident soit au contraire le faire sortir de son environnement pour le calmer.

Points d'amélioration : Anxiété, agitation en dehors des soins, déambulation et humeur.

Points de dégradation : Aucun.

<u>Commentaires soignants</u>: Résident très volontaire au cours des séances. Ce patient a intégré l'étude en 2015.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 2. **Headey, B.** Health Benefits and Health Cost Savings Due to Pets: Preliminary Estimates from an Australian National Survey Springer. (1999).
- 3. Pachana, N.A., Ford, J.H, Andrew, B., & Dobson, A.J. Relations between companion animals and self-reported health in older women: cause, effect or artifact? PubMed NCBI. (2005).
- 4. Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., Woodward, C., & Abernathy, T. Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: an analysis of a one-year longitudinal study. PubMed NCBI. (1999).
- 7. **Borel, S.** La zoothérapie ou comment le contact ordinaire avec l'animal est devenu une aide psychologique. *Bull. Société Enseign. Neuchâtel. Sci.* (2008).
- 8. Condoret, A. L'animal, compagnon de l'enfant. (Fleurus, 1973).
- 11. **Nimer, J. & Lundahl, B.** Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoos Multidiscip. J. Interact. People Anim.* **20,** 225–238 (2007).
- 12. **Kamioka, H.** *et al.* Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complement. Ther. Med.* **22,** 371–390 (2014).
- 24. Johnson, R. A., Meadows, R. L., Haubner, J. S. & Sevedge, K. Animal-assisted activity among patients with cancer: effects on mood, fatigue, self-perceived health, and sense of coherence. *Oncol. Nurs. Forum* **35**, 225–232 (2008).
- 25. **Allen, K. & Blascovich, J.** The value of service dogs for people with severe ambulatory disabilities. A randomized controlled trial. *JAMA* **275**, 1001–1006 (1996).
- 33. **Antonioli, C. & Reveley, M. A.** Randomised controlled trial of animal facilitated therapy with dolphins in the treatment of depression. *BMJ* **331**, 1231 (2005).
- 34. Marr, C. A. et al. Animal-assisted therapy in psychiatric rehabilitation. Anthrozoos 13, 43–47
- 37. **Chu, C.-I., Liu, C.-Y., Sun, C.-T. & Lin, J.** The effect of animal-assisted activity on inpatients with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* **47**, 42–48 (2009).
- 38. **Villalta-Gil, V. et al.** Dog-Assisted Therapy in the Treatment of Chronic Schizophrenia Inpatients. *Anthrozoos Multidiscip. J. Interact. People Anim.* **22,** 149–159 (2009).
- 41. **Pedersen, I., Martinsen, E. W., Berget, B. & Braastad, B. O.** Farm Animal-Assisted Intervention for People with Clinical Depression: A Randomized Controlled Trial. *Anthrozoos Multidiscip. J. Interact. People Anim.* **25,** 149–160 (2012).
- 42. **Colombo, G., Buono, M. D., Smania, K., Raviola, R. & De Leo, D.** Pet therapy and institutionalized elderly: a study on 144 cognitively unimpaired subjects. *Arch. Gerontol. Geriatr.* **42,** 207–216 (2006).

- 43. **Essen, J. J., Cardiello, F. & Baun, M. M.** Avian companionship in alleviation of depression loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychol. Rep.* **78**, 339–348 (1996).
- 45. Virués-Ortega, J., Pastor-Barriuso, R., Castellote, J. M., Población, A. & Pedro-Cuesta, J. de. Effect of animal-assisted therapy on the psychological and functional status of elderly populations and patients with psychiatric disorders: a meta-analysis. *Health Psychol. Rev.* **6**, 197–221 (2012).
- 46. **Fung, H. H., Carstensen, L. L. & Lang, F. R.** Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: implications for socioemotional selectivity across the life span. *Int. J. Aging Hum. Dev.* **52,** 185–206 (2001).
- 47. **Erickson, D. H., Beiser, M. & Iacono, W. G.** Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* **107,** 681–685 (1998).
- 48. Hammen, C. Stress and depression. Annu. Rev. Clin. Psychol. 1, 293–319 (2005).
- 49. **Wildes, J. E., Harkness, K. L. & Simons, A. D.** Life events, number of social relationships, and twelvemonth naturalistic course of major depression in a community sample of women. *Depress. Anxiety* **16,** 104–113 (2002).
- 50. **Crowley-Robinson, P., Fenwick, D. C. & Blackshaw, J. K.** A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. *Appl. Anim. Behav. Sci.* **47**, 137–148 (1996).
- 51. **Holcomb, R., Jendro, C., Weber, B. & Nahan, U.** Use of an Aviary to Relieve Depression in Elderly Males. *Anthrozoös* **10,** 32–36 (1997).
- 52. **Stasi, M. F.** *et al.* Pet-therapy: a trial for institutionalized frail elderly patients. *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.* 407–412 (2004). doi:10.1016/j.archger.2004.04.052
- 53. **Zisselman, M. H., Rovner, B. W., Shmuely, Y. & Ferrie, P.** A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients. *Am. J. Occup. Ther. Off. Publ. Am. Occup. Ther. Assoc.* **50,** 47–51 (1996).
- 54. **Motomura, N., Yagi, T. & Ohyama, H.** Animal assisted therapy for people with dementia. *Psychogeriatrics* **4,** 40–42 (2004).
- 55. **Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I. & Silver, H.** Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. A controlled pilot study. *Psychother. Psychosom.* **74,** 31–35 (2005).
- 56. **PhD, C. C. R.** Health, Aquariums, and the Non-Institutionalized Elderly. *Marriage Fam. Rev.* **8,** 163–173 (1985).
- 57. **Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S. & Beni, A.** Animal-Assisted Therapy for Elderly Schizophrenic Patients: A One-Year Controlled Trial. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* **9,** 439–442 (2001).
- 58. **Richeson, N. E.** Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* **18,** 353–358 (2003).
- 59. **Kanamori, M.** *et al.* A day care program and evaluation of animal-assisted therapy (AAT) for the elderly with senile dementia. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* **16,** 234–239 (2001).

- 60. **Bernstein, P. L., Friedmann, E. & Malaspina, A.** Animal-Assisted Therapy Enhances Resident Social Interaction and Initiation in Long-Term Care Facilities. *Anthrozoos Multidiscip. J. Interact. People Anim.* **13,** 213–224 (2000).
- 61. **Banks, M. R. & Banks, W. A.** The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoös* **18,** 396–408 (2005).
- 62. Banks, M. R., Willoughby, L. M. & Banks, W. A. Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: use of robotic versus living dogs. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* **9**, 173–177 (2008).
- 63. **Perelle, I. B. & Granville, D. A.** Assessment of the Effectiveness of a Pet Facilitated Therapy Program in a Nursing Home Setting. *Soc. Anim.* **1,** 91–100 (1993).
- 64. **Kongable, L. G., Buckwalter, K. C. & Stolley, J. M.** The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **3,** 191–198 (1989).
- 65. **Kovács, Z., Kis, R., Rózsa, S. & Rózsa, L.** Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clin. Rehabil.* **18,** 483–486 (2004).
- 66. **Kawamura, N., Niiyama, M. & Niiyama, H.** Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. *Psychogeriatrics* **7**, 8–13 (2007).
- 67. **McNicholas, J. & Collis, G.** *Animals as social supports: Insights for understanding animal-assisted therapy.* (2006). at https://habricentral.org/resources/25669>
- 68. **Cohen-Mansfield, J.** Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry* **9,** 361–381 (2001).
- 69. University, S. C. P. of P. C. M., Institute, L. G. U. P. of P. F. & Guelph, O. B. H. G. P. in the D. of P. U. of. Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists: A Guide for Health and Social Scientists. (Oxford University Press, USA, 2000).
- 70. **Berry, A.** *et al.* Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatr. Off. J. Jpn. Psychogeriatr. Soc.* **12,** 143–150 (2012).
- 72. **Holcomb, R. & Meacham, M.** Effectiveness of an Animal-Assisted Therapy Program in an Inpatient Psychiatric Unit. *Anthrozoos Multidiscip. J. Interact. People Anim.* **2,** 259–264 (1989).
- 73. **Haughie, E., Milne, D. & Elliott, V.** An Evaluation of Companion Pets with Elderly Psychiatric Patients. *Behav. Cogn. Psychother.* **20**, 367–372 (1992).
- 75. **Guez S.** "Les allergies aux animaux, il n'y a pas que le chat". Congrès Francophone d'Allergologie. (2012).
- 85. **Borioni, N.** *et al.* Effect of equestrian therapy and onotherapy in physical and psycho-social performances of adults with intellectual disability: a preliminary study of evaluation tools based on the ICF classification. *Disabil. Rehabil.* **34,** 279–287 (2012).

- 88. Galletier, A. Pourquoi les chevaux nous font tant de bien?. (2010).
- 94. **Nurenberg, J. R.** *et al.* Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* **66**, 80–86 (2015).

REFERENCES WEBOGRAPHIQUES

- 1. Chambre Syndicale des Fabricants d'Aliments pour Chiens, Chats, Oiseaux (FACCO). Communique de presse. www.facco.fr. [En ligne] Mai 2015. [Citation : 17 septembre 2015.]
- 5. **Zoothérapie Québec.** La zoothérapie. http://zootherapiequebec.ca. [En ligne] 2015. [Citation: 12 octobre 2015.]
- 6. **Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal (aftaa).** Origines de la médiation animale dans le domaine du soin. http://www.aftaa.fr. [En ligne] 2015. [Citation : 26 novembre 2014.]
- 9. **Institut de Zoothérapie agatéa.** Application Formation Recherche. http://www.agatea.org. [En ligne] 5 février 2014. [Citation : 6 novembre 2014.]
- 10. International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO). Guidelines on Definitions of Terms used in Animal Assisted Intervention, Animal Assisted Activity, and Kinds of Animals Involved and their Welfare. http://www.iahaio.org. [En ligne] 2014. [Citation: 21 septembre 2015.]
- 13. **A. GUILMARD.** Article "Quand le cheval murmure à l'oreille du patient". http://www.therapiecheval.ch. [En ligne] Automne 2012. [Citation: 1er octobre 2015.]
- 14. **Whale and Dolphin Conservation Society (WDCS).** Dolphin-assisted-therapy-report.pdf. http://uk.whales.org. [En ligne] Octobre 2007. [Citation : 8 octobre 2015.]
- 15. **Société Française d'Equithérapie (SFE).** Reconnaissance de l'équithérapie. http://sfequitherapie.free.fr. [En ligne] Octobre 2006. [Citation : 27 juillet 2015.]
- 16. **Equit'aide.** Equicien, un métier reconnu. http://www.handicheval.asso.fr. [En ligne] [Citation : 4 novembre 2015.]
- 17. **Institut Français de Zoothérapie (IFZ).** Nos sessions Automne 2015 et Printemps 2016. http://www.institutfrancaisdezootherapie.com. [En ligne] 2003-2015. [Citation : 20 octobre 2015.]
- 18. **Institut de Zoothérapie agatéa.** Formation Devenir Intervenant en Médiation Animale. http://www.agatea.org. [En ligne] 5 février 2014. [Citation : 20 octobre 2015.]
- 19. **Institut Français de Zoothérapie (IFZ).** La zoothérapie et Médiation par l'animal. http://www.institutfrancaisdezootherapie.com. [En ligne] 2003-2015. [Citation : 5 novembre 2014.]
- 20. **Unité Mixte de Formation Continue en Santé (UMFCS).** Plaquette DU RAMA 2015 2016. http://www.uclermont1.fr. [En ligne] 2015. [Citation : 20 octobre 2015.]
- 21. **Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval (FENTAC).** Thérapie avec le cheval Equithérapie Médiations thérapeutiques Formation professionnelle. http://www.fentac.org. [En ligne] 2014. [Citation : 6 novembre 2014.]
- 22. **Handicheval.** Formation Initiale et Continue Equicien. http://www.handicheval.asso.fr. [En ligne] [Citation : 22 octobre 2015.]

- 23. **Institut de Formation en Equithérapie (IFEq).** Formation d'équithérapeute. http://www.ifequitherapie.fr. [En ligne] Avril 2012. [Citation : 22 octobre 2015.]
- 26. **Institut de Formation en Equithérapie (IFEq)**. En savoir + sur la médiation équine. http://www.ifequitherapie.fr. [En ligne] Avril 2012. [Citation : 31 juillet 2015.]
- 27. **Corporation des zoothérapeutes du Québec.** FAQ. http://corpozootherapeute.com. [En ligne] [Citation : 9 novembre 2015.]
- 28. IFEq. FAQ. www.ifequitherapie.fr. [En ligne] avril 2012. [Citation: 3 mars 2016.]
- 29. **Cégep de la Pocatière.** Stratégies d'intervention en zoothérapie. http://www.formationextra.com. [En ligne] 2014-2015. [Citation : 8 novembre 2015.]
- 30. **Ecole Franco Canadienne de médiation Animale (EFCMA).** École. http://www.efcma.fr. [En ligne] 2014. [Citation : 26 juillet 2015.]
- 31. **Pet Partners.** Pet Partners Therapy Dogs & Other Therapy Animals. https://petpartners.org [En ligne] [Citation: 8 novembre 2015.]
- 32. **Organisation Mondiale de la Santé.** CIM-10 volume 2. http://apps.who.int. [En ligne] 2008. [Citation: 8 mars 2016.]
- 35. **eVIDAL.** Schizophrénie. https://www-evidal-fr.docadis.ups-tlse.fr. [En ligne] 2015. [Citation : 2 aout 2015.]
- 36. **Faculté de Medecine Pierre et Marie Curie.** Pharmacologie Antipsychotiques Neuroleptiques. http://www.chups.jussieu.fr. [En ligne] [Citation : 2 aout 2015.]
- 39. **eVIDAL.** Dépression. https://www-evidal-fr.docadis.ups-tlse.fr. [En ligne] 2015. [Citation: 11 aout 2015.]
- 40. Edward O. Wilson. Biophilia. http://www.hup.harvard.edu. [En ligne] 2015. [Citation: 19 juillet 2015.]
- 44. **Boland, B.** Poster PAgées & neuroleptiques. http://www.prescrire.org. [En ligne] [Citation : 2 aout 2015.]
- 71. **American Occupational Therapy Association (AOTA).** About Occupational Therapy. http://www.aota.org. [En ligne] 2016. [Citation: 8 mars 2016.]
- 74. **Label Allergènes Contrôlés.** Allergie aux animaux de compagnie. http://www.allergens-controlled.com. [En ligne] 15 novembre 2011. [Citation : 26 juillet 2015.]
- 76. aha! Centre d'Allergie Suisse. Allergie aux animaux. http://www.aha.ch. [En ligne] 2015. [Citation : 26 juillet 2015.]
- 77. **Laboratoire Stallergenes.** Allergique aux animaux de compagnie?. http://www.stallergenes.fr [En ligne] 2015. [Citation: 26 juillet 2015.]
- 78. **eVIDAL.** Rhinite Allergique. https://www-evidal-fr.docadis.ups-tlse.fr. [En ligne] 2015. [Citation : 21 novembre 2015]

- 79. **Zoothérapie Québec.** FAQ. http://zootherapiequebec.ca. [En ligne] 2015. [Citation : 24 novembre 2015]
- 80. **Institut Français de Zoothérapie.** Formation à l'éducation du chien médiateur. http://www.institutfrancaisdezootherapie.com. [En ligne] 2003-2015. [Citation : 24 novembre 2015]
- 81. **Licorne et Phenix.** Les automnales. http://www.licorne-et-phenix.org. [En ligne] [Citation : 20 octobre 2015.]
- 82. **Groupement International d'Etudes en Thérapie Avec le Cheval (GIETAC).** Charte Déontologie 2010. http://www.therapiecheval.ch. [En ligne] Janvier 2010. [Citation : 12 octobre 2015.]
- 83. **Syndicat Français des Zoothérapeutes.** Charte d'éthique et de déontologie. http://www.syndicatfrancaisdeszootherapeutes.fr. [En ligne] 2015. [Citation : 15 octobre 2015.]
- 84. **Société Française d'Equithérapie (SFE).** Les différentes formes de soin. http://sfequitherapie.free.fr. [En ligne] Octobre 2006. [Citation : 27 juillet 2015.]
- 86. **Institut de Formation en Equithérapie (IFEq).** Les différentes approches en médiation équine. http://www.ifequitherapie.fr. [En ligne] Avril 2012. [Citation : 6 novembre 2014.]
- 87. Equit'aide. Equicie. http://www.equitaide.com. [En ligne] [Citation: 4 novembre 2015.]
- 89. **Société Française d'Equithérapie (SFE).** Charte d'Ethique et de Déontologie des Equithérapeutes. http://sfequitherapie.free.fr. [En ligne] Octobre 2006. [Citation : 5 novembre 2015.]
- 90. **Handicheval.** Catalogue handicheval 2016. http://www.handicheval.asso.fr. [En ligne] [Citation : 5 novembre 2015.]
- 91. Le Blog de la Médiation Animale. Equicien est un métier reconnu! A qui le tour maintenant?. http://www.mediation-animale.org. [En ligne] 14 février 2014. [Citation : 5 novembre 2015.]
- 92. **Journal of Clinical Psychology.** Equine-Related Treatments For Mental Disorders Lack Empirical Support: A Systematic Review of Empirical Investigations. https://onlinelibrary-wiley-com.docadis.ups-tlse.fr. [En ligne] 2014. [Citation: 10 décembre 2015]
- 93. CIF-Enfants et Adolescents. http://apps.who.int. [En ligne] 2012. [Citation: 15 décembre 2015]
- 95. Poster "Equine Assisted Therapy for patients with severe chronic psychiatric disorders". www.equineassistedinterventions.org. [En ligne] 2011. [Citation: 13 décembre 2015]
- 96. **Insee** Commune de Fabas (09230) Chiffres clés Évolution et structure de la population 2011. http://www.insee.fr. [En ligne] [Citation : 15 mai 2016]
- 97. **La Croix du Sud** Maison de retraite médicalisée. http://www.residencelacroixdusud.com. [En ligne] [Citation : 15 mai 2016]
- 98. **HAS.** Recommandation Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Diagnostic et prise en charge. www.has-sante.fr. [En ligne] décembre 2011. [Citation: 17 février 2016]

- 99. **Dr Karim Hamadachi.** Utilisation des outils d'évaluation gérontologique au quotidien-Formation pratique DIU coordination EHPAD. www.db-gersite.com. [En ligne] 14 janvier 2009. [Citation : 18 février 2016]
- 100. **Mobiqual.** Dépression chez la personne âgée GDS 15 items. www.mobiqual.org. [En ligne] [Citation : 19 février 2016]
- 101. **Revue de Neuropsychologie Neurosciences Cognitives et Cliniques.** Le syndrome de Korsakoff. http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net. [En ligne] 2009. [Citation : 16 mai 2015]
- 102. **Fondation 30 Millions d'Amis.** Statut juridique : les animaux reconnus définitivement comme des êtres sensibles dans le Code civil. http://www.30millionsdamis.fr. [En ligne] 28 janvier 2015. [Citation : 26 novembre 2015]
- 103. HAS. MMSE. http://www.has-sante.fr. [En ligne] 2015. [Citation: 11 mars 2016]
- 104. **Centre Mémoire de Ressources et de Recherche Nice.** NPI Version longue. http://www.cmrr-nice.fr. [En ligne] 1996. [Citation: 18 mars 2016]
- 105. **Sommeil et Médecine Générale.** Echelle de Cornell. http://www.sommeil-mg.net. [En ligne] 25 janvier 2016. [Citation: 18 mars 2016]

AUTEUR: Marion PASTOR

TITRE: LA THERAPIE ASSISTEE PAR L'ANIMAL: ETUDE DE 16 CAS SUR LES EFFETS DE

L'EQUITHERAPIE ET DE L'ANISOTHERAPIE EN EHPAD

DIRECTEUR DE THESE: Sophie DOISNEAU-SIXOU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 13 juin 2016,

Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Université Paul Sabatier Toulouse III

La Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) est une thérapie adjuvante aux traitements conventionnels qui met en relation un zoothérapeute, un animal sélectionné et préparé et un patient. L'objectif de cette thérapie est une amélioration de l'état psychologique et physique du patient. De nombreuses études tendent à montrer un effet bénéfique de la TAA sur des patients de tous âges et atteints de pathologies diverses. Cette thèse, d'une part, fait une synthèse de l'ensemble des études menées sur les effets de la zoothérapie chez des patients psychiatriques et/ou âgés. D'autre part, elle présente un travail réalisé sur 13 mois et ayant inclus 16 patients d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) qui a mis en place depuis 2013 des séances d'équithérapie et d'anisothérapie.

ANIMAL ASSISTED THERAPY : STUDY OF 16 CASES ON THE EFFECTS OF THERAPY WITH HORSES AND ONOTHERAPY ON ACCOMMODATION ESTABLISHMENTS FOR DEPENDENT ELDERLY PERSONS

Animal-assisted therapy (AAT) is an adjuvant therapy that establishes links between a zootherapeute, a selected animal, and a patient. This therapy aims to improve psychological and physical health of patients. Many studies tend to show a beneficial effect of ATT in patients of any age, with multiple pathologies. This thesis includes, on the one hand, an overview of studies carried out on effects of zootherapy on psychiatric and/or old patients. On the other hand, this thesis presents the results of a 13-months long study that has included 16 patients from an « EHPAD » where therapy with horses and donkeys sessions have been set since 2013.

MOTS-CLES: Thérapie Assistée par l'Animal – EHPAD – Equithérapie – Anisothérapie

KEY WORDS: Animal Assisted Therapy – Accommodation establishments for dependent elderly persons – Therapy with horses – Onotherapy

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie