



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

CFUO

Année 2020-2021

MEMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Julie BELLOIR

**Apports de la médiation équine thérapeutique dans l'accompagnement
orthophonique de patients avec un trouble neurocognitif majeur
associé à la maladie d'Alzheimer**

Directeur du mémoire : Madame Nicole DENNI-KRICHEL, orthophoniste,
zoothérapeute et formatrice en médiation animale

Co-directeurs du mémoire : Madame Sandrine BORIE-PINEAU, orthophoniste, formatrice
et praticienne en médiation équine

Dr Philippe SERRAND, chef de pôle médico-technique et
président de la CME, centre hospitalier de l'Estran

Autres membres du jury : Madame Guénaél BRUNET-RIO, orthophoniste
Madame Emilie MEURIN-VARNIER, orthophoniste



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

CFUO

Année 2020-2021

MEMOIRE
en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie
présenté par

Julie BELLOIR

Apports de la médiation équine thérapeutique dans l'accompagnement
orthophonique de patients avec un trouble neurocognitif majeur
associé à la maladie d'Alzheimer

Directeur du mémoire : Madame Nicole DENNI-KRICHEL, orthophoniste,
zoothérapeute et formatrice en médiation animale

Co-directeurs du mémoire : Madame Sandrine BORIE-PINEAU, orthophoniste, formatrice
et praticienne en médiation équine

Dr Philippe SERRAND, chef de pôle médico-technique et
président de la CME, centre hospitalier de l'Estran

Autres membres du jury : Madame Guénaél BRUNET-RIO, orthophoniste
Madame Emilie MEURIN-VARNIER, orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma reconnaissance à mes directeurs de mémoire, Mme BORIE-PINEAU, Mme DENNI-KRICHEL et Dr SERRAND, pour leur accompagnement, leur implication et leurs conseils tout au long de la réalisation de ce projet.

Sans leur participation, ce mémoire n'aurait pas eu lieu. Aussi, je souhaite remercier chaleureusement les résidents et l'ensemble du personnel de l'EHPAD « Le jardin des épices » à Pontorson, pour leur accueil et l'intérêt qu'ils ont porté à cette étude.

Je remercie André-Jean BELLOIR, Marin BELLOIR et « Cactus » pour le temps qu'ils m'ont accordé durant les expérimentations.

Je remercie Dr Damiano CERASUOLO pour son analyse statistique des données de l'étude.

Je souhaite remercier Elise ORVAIN pour la relecture de ce mémoire.

Enfin, je souhaite remercier mon entourage pour son soutien et ses encouragements durant la réalisation de ce mémoire, et plus généralement au cours de ces cinq dernières années.

SOMMAIRE

INDEX DES TABLEAUX	1
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	2
INTRODUCTION	3
PROBLEMATIQUE	4
1. TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR ASSOCIE A LA MALADIE D'ALZHEIMER	4
1.1. Généralités	4
1.2. Signes cliniques	4
1.2.1. Atteinte mnésique.....	4
1.2.2. Atteinte communicationnelle	5
1.2.3. Atteintes cognitives associées	5
1.2.4. Atteinte comportementale	6
1.3. Nouvelles modalités de communication	6
1.3.1. Modalité non-verbale	6
1.3.2. Modalité sensorielle	7
1.4. Considération des émotions	7
1.5. Prise en charge.....	8
1.5.1. Quels traitements ?	8
1.5.2. Intervention orthophonique	8
2. MEDIATION ANIMALE.....	10
2.1. Généralités	10
2.1.1. Définitions	10
2.1.2. Interaction Homme-animal	10
2.2. Médiation animale et TNCM associé à la maladie d'Alzheimer : intérêts démonstrés	10
2.3. Limites de la médiation animale	11
2.3.1. Risques pour le patient âgé.....	12
2.3.2. Risques pour l'animal.....	12
2.4. Médiation avec les équidés	13
2.4.1. Définition et terminologies.....	13
2.4.2. Pourquoi recourir à la médiation équine thérapeutique avec des patients avec un TNCM ?.....	13

2.5.	<i>Etat de la recherche</i>	14
3.	OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE	15
3.1.	<i>Hypothèses générales et opérationnelles</i>	16
3.2.	<i>Variables étudiées</i>	16
METHODOLOGIE		16
1.	PROTOCOLE	16
1.1.	<i>Déroulement de l'étude</i>	16
2.	POPULATION	17
2.1.	<i>Les participants</i>	17
2.1.1.	Recrutement	17
2.1.2.	Critères de sélection	18
2.2.	<i>L'équipe soignante</i>	18
2.3.	<i>Le cheval</i>	18
3.	MATERIEL	19
3.1.	<i>Outils d'évaluation</i>	19
3.1.1.	La GECCO	19
3.1.2.	La NPI-ES	21
4.	TRAITEMENT DES DONNEES	21
4.1.	<i>Recueil et analyse des données audio-visuelles</i>	21
4.2.	<i>Recueil et analyse des données comportementales</i>	21
4.3.	<i>Analyse qualitative</i>	22
RESULTATS		22
1.	ECHANTILLON D'ETUDE	22
2.	ANALYSE STATISTIQUE	22
2.1.	<i>Actes de langage</i>	23
2.2.	<i>Actes de langage adéquats</i>	24
2.3.	<i>Actes de langage inadéquats</i>	25
2.4.	<i>Actes de langage non-verbaux</i>	25
3.	ANALYSE QUALITATIVE	26
3.1.	<i>Les participants</i>	26
3.2.	<i>Les soignants</i>	26
3.3.	<i>Comportement</i>	27
3.3.1.	Participant n°28	27

3.3.2. Résidente x	27
DISCUSSION	27
1. RAPPEL DES RESULTATS	27
1.1. Hypothèse générale 1 : La communication verbale	27
1.1.1. Interprétation des résultats	28
1.2. Hypothèse générale 2 : La communication non-verbale	29
1.2.1. Interprétation des résultats	29
1.3. Hypothèse générale 3 : Le comportement	30
2. POINTS FORTS DE L'ETUDE	30
2.1. Reproductibilité de l'étude	30
2.2. Bilan en situation écologique	31
2.3. Analyse des résultats a posteriori	31
2.4. Le cheval	31
3. LIMITES DE L'ETUDE	32
3.1. Limites liées à la méthodologie	32
3.1.1. Généralisation des résultats	32
3.1.2. Biais méthodologique	32
3.1.3. Fidélité procédurale	32
3.1.4. Fidélité inter juge	32
3.2. Limites liées à l'organisation	33
3.2.1. Lieu et horaires des expérimentations	33
3.2.2. Masque chirurgical	33
4. INTERETS D'UN ACCOMPAGNEMENT ORTHOPHONIQUE DE PATIENTS AVEC UN TNCM EN PARTENARIAT AVEC LE CHEVAL	33
4.1. Communication	33
4.2. Sensorialité	34
4.3. Mémoire	35
4.4. Bienfaits liés à l'environnement extérieur	35
4.5. Bienfaits pour l'équipe soignante	36
5. PERSPECTIVES DE RECHERCHES	36
5.1. Difficultés de la recherche en orthophonie et en médiation animale	36
5.2. Intérêt de poursuivre ce travail	37
5.2.1. Les troubles du comportement des patients avec un TNCM	38

5.2.2. La consommation de psychotrope des patients avec un TNCM	38
5.2.3. L'équipe soignante	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40
TABLE DES ANNEXES	47

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Déroulement de l'étude.....	17
Tableau 2 : Critères de recrutement	18
Tableau 3 : Moyennes (écarts-types) et résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour chaque situation.....	23
Tableau 4 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage	23
Tableau 5 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage adéquats	24
Tableau 6 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage inadéquats	25
Tableau 7 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage non-verbaux	25

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AAA	Activités Assistées par l'Animal
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
EBP	Evidence Based Practice
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FENTAC	Fédération nationale des thérapies avec le cheval
FFE	Fédération française d'équitation
GECCO	Grille d'évaluation des capacités de communication
HAS	Haute autorité de santé
IFEq	Institut de formation en équithérapie
MAE	Médiation avec les équidés
MMSE	Mini-mental state examination
NPI-ES	Inventaire neuropsychiatrique (version Equipe Soignante)
SFE	Société française d'équithérapie
TAA	Thérapie assistée par l'animal
TAC	Thérapie avec le cheval
TFA	Thérapie facilitée par l'animal
TNCM	Trouble neurocognitif majeur

INTRODUCTION

L'accompagnement des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer est un véritable enjeu de santé publique : deux plans d'action de santé publique ont été mis en place et près de dix milliards d'euros y sont consacrés tous les ans (*La maladie d'Alzheimer en chiffres*, s. d.).

Le rôle de l'orthophoniste auprès de ces patients est de soutenir le plus longtemps possible la communication en aidant l'entourage à continuer à échanger avec eux malgré les difficultés comportementales. Même à un stade sévère, les fonctions de communication peuvent être préservées. Comprendre les signaux verbaux et non-verbaux et les encourager est un véritable enjeu en matière d'accompagnement de ces patients.

A ce jour, il n'existe aucun traitement curatif, aussi les approches non-pharmacologiques doivent-elles être promues. De cette façon, de plus en plus de professionnels médicaux et paramédicaux proposent des thérapies assistées par les animaux (TAA). Si la littérature actuelle suggère que la TAA peut améliorer les troubles du comportements associés à la maladie d'Alzheimer (Majić et al., 2013; Richeson, 2003; Sillou, 2016), les études scientifiques manquent, et les données actuelles ne permettent pas de démontrer l'efficacité de cette pratique.

Ainsi, afin de développer la recherche dans ce domaine et de promouvoir l'accompagnement des malades par la médiation équine thérapeutique, la Fédération Française d'équitation et l'association France Alzheimer ont signé un accord le trois septembre 2019 (*Un accord de collaboration signé par la Fédération Française d'Equitation et France Alzheimer*, 2020). C'est dans ce cadre que notre étude s'intéresse à l'influence de la présence du cheval dans l'accompagnement orthophonique de patients souffrants de troubles neurocognitifs majeurs associés à la maladie d'Alzheimer.

Dans un premier temps, nous situerons le contexte théorique de notre étude, les enjeux relatifs à l'accompagnement orthophonique de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs et la mise en place de médiation équine thérapeutique. Dans un second temps, nous détaillerons la méthodologie élaborée et l'analyse des résultats obtenus. En dernier lieu, nous aborderons autour d'une discussion les limites, points forts et perspectives de cette recherche.

PROBLEMATIQUE

1. Trouble neurocognitif majeur associé à la maladie d'Alzheimer

1.1.Généralités

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative d'apparition insidieuse. Elle entraîne un dysfonctionnement lent et progressif des fonctions cognitives de la personne atteinte conduisant à une perte d'autonomie fonctionnelle (Sabadell et al., 2018).

Autrefois cataloguée comme « démence », la classification du DSM-V (Diagnostic and statistical manual of mental disorder), définit maintenant la maladie comme un trouble neurocognitif majeur (TNCM). Ainsi, ce trouble repose sur un déclin du fonctionnement cognitif du patient affectant l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, dans un ou plusieurs domaines (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo-motrices ou cognition sociale). Plusieurs maladies peuvent être à l'origine d'un TNCM comme la maladie d'Alzheimer, la maladie à corps de Lewy, la dégénérescence fronto-temporale... Ces difficultés ne relèvent pas d'un état confusionnel (délirium) ou d'un trouble mental et peuvent être associées à des troubles du comportement (Derouesné, 2013).

1.2.Signes cliniques

1.2.1. *Atteinte mnésique*

La maladie d'Alzheimer est connue pour être une pathologie de la mémoire. La plainte première du patient concerne essentiellement la mémoire explicite et particulièrement la mémoire épisodique (accès aux souvenirs d'évènements personnellement vécus dans un contexte spatio-temporel). Cependant, il est à noter que les souvenirs plus anciens sont préservés (Rousseau, 2018).

La mémoire sémantique (mémoire des mots, concepts, connaissances du monde) s'altère aussi progressivement induisant de réelles difficultés de communication. Ce déficit peut s'exprimer sous la forme d'un manque du mot ou de difficultés en tâche de fluence (Nicolas et al., 2007).

La mémoire à court terme (encore appelée mémoire de travail), rend possible le traitement et le maintien temporaire d'informations en mémoire lors d'une tâche. L'atteinte de ce système empêche le passage de nouvelles données de la mémoire à court terme vers la

mémoire à long terme. Ainsi, il ne sera plus possible pour le patient atteint d'un TNCM dû à la maladie d'Alzheimer d'encoder et de récupérer des informations en mémoire à long terme (sans que l'indiçage ne puisse aider le patient) (Thomas-Anterion & Laurent, 2006).

1.2.2. Atteinte communicationnelle

Selon T. Rousseau, les difficultés linguistiques du malade avec un TNCM dépendent de multiples éléments : la sévérité du trouble neurocognitif, des facteurs liés à l'individu (âge, niveau socio-économique), des facteurs liés à l'environnement et au contexte d'échange avec l'interlocuteur (Rousseau, 2018). Ainsi est-il possible de voir apparaître des modifications de la communication du patient tout au long de la maladie.

a) La communication verbale

Les perturbations langagières dans la maladie d'Alzheimer se caractérisent par un trouble lexico-sémantique sans altération des compétences phonologiques et syntaxiques. Il est donc possible de constater un manque du mot par l'utilisation de circonvolutions, périphrases ou néologismes. Le discours du malade est également ponctué de paraphasies verbales ou sémantiques (substitution d'un mot pour un autre). A mesure de l'avancée de la maladie, le discours s'appauvrit et la compréhension orale du patient est de plus en plus difficile. A un stade très avancé, le malade peut devenir jargonnant voire écholalique ou bien parfois mutique. Il est à noter une relative préservation du langage automatique (les formules de politesse par exemple) (Rousseau, 2008).

b) La communication écrite

A l'instar de la communication verbale, le tableau clinique de la communication écrite affiche une dégradation progressive des capacités. Au stade initial de la maladie, le patient présente souvent une agraphie lexicale ; c'est-à-dire des difficultés pour orthographier des mots irréguliers. Ces troubles s'aggravent avec le développement de la maladie, et l'agraphie devient alors phonologique (difficultés pour orthographier les non-mots). A terme, la communication écrite chez ces patients peut être rompue (Rousseau, 2018).

1.2.3. Atteintes cognitives associées

Bien que les tableaux cliniques soient très variables, il est possible d'observer plusieurs perturbations associées :

- Des troubles gnosiques (agnosie auditive, visuelle ou tactile) qui relèvent la plupart du temps d'une désorientation (Thomas-Anterion & Laurent, 2006).

- Des troubles praxiques (apraxie constructive, apraxie de l'habillage, apraxie idéatoire, apraxie idéomotrice) affectant les représentations abstraites du geste moteur à effectuer (Dujardin & Lemaire, 2008).
- Des perturbations des fonctions exécutives comme la programmation, l'inhibition, la planification, le rétrocontrôle (Michalon, 2018).
- Des difficultés langagières, principalement en lien avec la dégradation de la mémoire sémantique (Nicolas et al., 2007).

1.2.4. Atteinte comportementale

Les troubles du comportement apparaissent dès le début de la maladie et leurs fréquences augmentent conjointement à l'avancée de la maladie, ce qui représente un fardeau pour l'entourage des patients. En deux mille trois, environ quatre-vingt-douze pourcent des patients présentaient au moins un symptôme comportemental (Benoit et al., 2003). L'apathie est le trouble le plus fréquemment observé (quarante-neuf pourcent de prévalence) ; bien que d'autres difficultés comportementales soient observées telles que la dépression, l'agressivité, l'anxiété ou les troubles du sommeil (Zhao et al., 2016).

1.3. Nouvelles modalités de communication

Le déclin des fonctions cognitives implique pour un patient avec un TNCM, une adaptation de sa communication en fonction de l'avancée de la maladie. En effet, à un stade sévère, l'accès aux informations stockées dans le réseau sémantique ne sera plus possible. Il s'agira alors pour les patients de traiter les informations extérieures en sollicitant d'autres canaux de communication.

1.3.1. Modalité non-verbale

La communication non-verbale correspond à la transmission d'informations par des modalités gestuelles et corporelles (le regard, la tonalité de la voix, la gestion de l'espace et les expressions faciales). Ce mode communicationnel est essentiel pour réguler les échanges, comprendre l'autre, ses intentions et interpréter ses messages (Michalon, 2018).

Selon le courant de pensée de Palo Alto, il est impossible de ne pas communiquer, et « *tout comportement prend valeur de message* » (Picard & Marc, 2015). La communication correspond à la simple transmission d'un message, qu'importe le canal utilisé (oral ou gestuel). Ainsi, le malade avec un TNCM peut-il entrer en interaction, même lorsque la communication semble rompue depuis déjà longtemps.

Alors que T. Rousseau observe une augmentation des actes non-verbaux des patients avec un TNCM dû à la maladie d'Alzheimer (Rousseau, 2018), L. Schiaratura note une sensibilité aux comportements non-verbaux et une conservation des expressions faciales, même à un stade sévère (Schiaratura, 2008). Pour appuyer ces propos, les travaux de A. Di Pastena, soulignent une atteinte différenciée entre la communication verbale et la communication non-verbale. Ainsi est-il constaté une augmentation des gestes déictiques et marqueurs du discours chez ces patients, comme pour compenser la perte verbale (Di Pastena, 2014).

1.3.2. Modalité sensorielle

Avec l'avancée de la maladie, les expériences sensorielles deviennent un mode de communication privilégié pour les patients. Ainsi appréhendent-ils le monde grâce à leurs sens : la vision, l'odorat, l'ouïe, le toucher et le goût.

Il est cependant à noter que le vieillissement, associé à la maladie d'Alzheimer, implique de nombreuses privations sensorielles (diminution du goût et de l'odorat, perte de repères visuo-spatiaux et visuo-perceptifs, presbycousie, maladies oculaires ...). S'il n'est pas pris en charge assez précocement, cet émoussement des sens peut conduire à une diminution drastique de l'autonomie, à un isolement social et une augmentation des symptômes psychocomportementaux (Kenigsberg et al., 2015).

Néanmoins, même à un stade sévère de la maladie la fonction du toucher (et plus précisément la sensation des vibrations et des pressions) est maintenue (Charlot, 2013).

1.4.Considération des émotions

Bien que le langage devienne un obstacle à la communication des patients avec un TNCM, et que la reconnaissance des expressions faciales soit difficile (Michalon, 2018) ; les patients continuent à ressentir des sensations et des émotions. En effet, les travaux de Grain et Rousseau soulignent une préservation de l'expression de l'état interne du patient (Grain & Rousseau, 2014).

En plus d'avoir une corrélation avec les troubles du comportement (Grain & Rousseau, 2014), les émotions affectent la communication des patients avec un TNCM. En effet, T. Rousseau constate qu'une interaction chargée émotionnellement invitera davantage un patient à s'exprimer (Rousseau, 2011).

De plus, les émotions jouent également un rôle important dans l'encodage d'informations. En effet, la rétention d'informations chez les patients avec un TNCM dû à la maladie

d'Alzheimer est soumise à un effet d'intensité émotionnelle. De cette façon, la mémorisation est meilleure lorsque les stimuli présentés sont chargés émotionnellement ou qu'ils font référence à un élément très personnel du patient (Sava & Chainay, 2013). Ainsi, considérer le patient et les émotions qui le traversent doit faire partie intégrante de son accompagnement.

1.5.Prise en charge

1.5.1. *Quels traitements ?*

Il n'existe pas de traitement curatif pour la maladie d'Alzheimer. Des médicaments sont disponibles mais leurs effets sont faibles et ne permettent pas d'enrayer la progression de la maladie. Au regard de l'absence de pertinence clinique de l'efficacité de ces médicaments, la Haute Autorité de Santé (HAS) a décidé de ne plus les rembourser (*JORF n°0124 du 1 juin 2018 texte n° 20, s. d.*).

Également, les troubles psychocomportementaux génèrent du stress pour le patient et son entourage (aidants, famille, soignants), et altèrent le bien-être et la qualité de vie de chacun. Ils impliquent une forte consommation de psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs) chez ces patients. Les travaux de S. Bonin-Guillaume nous apprennent que la consommation d'au moins un antipsychotique concerne vingt-six pourcent de l'échantillon, et pour soixante-et-un pourcent, cette consommation était chronique (Bonin-Guillaume et al., 2014).

Ainsi, les traitements non médicamenteux doivent-il être promus. L'HAS suggère des interventions portant sur l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son aidant (aménagement physique, aides à domicile, formation du personnel soignant...), des prises en charges psychologiques et psychiatriques (pour faire face à l'annonce de la maladie et son évolution), des interventions portant sur des activités motrices, cognitives et comportementales (*Recommandation de bonne pratique, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge, 2011*)

1.5.2. *Intervention orthophonique*

Parmi les traitements non-médicamenteux, l'accompagnement orthophonique tient une place importante dans le suivi des patients souffrants d'un TNCM. Alors qu'un entraînement cognitif chez des sujets en début de maladie semble ralentir l'apparition des signes cliniques (Arfeux-Vaucher et al., 2012) ; l'intervention écosystémique semble quant à elle plus adaptée à un stade sévère. En effet, il a été démontré des retentissements plus importants sur les

capacités mnésiques de patients à un stade sévère avec une thérapie écosystémique plutôt qu'avec une thérapie cognitive (Delaby et al., 2011).

a) Intervention écosystémique

Lorsque les troubles de la communication d'un patient sont trop importants, il est observé un renoncement à l'interaction de la part de l'entourage. Cette non-stimulation des habilités de communication implique peu à peu pour le patient, un repli social et une perte du statut d'individu communicant. Par conséquent, l'enjeu de l'intervention orthophonique réside dans la préservation du statut de communicant afin d'espérer ralentir la dégradation des fonctions de communication (Michalon, 2018).

Plus spécifiquement, il s'agit de mettre en place des échanges adaptés afin d'éviter toute rupture de communication. L'orthophoniste intervient donc sur la communication fonctionnelle du patient dans son milieu de vie et sur les microsystèmes dans lesquels il évolue (Rousseau, 2018). Autrement dit, il convient d'intervenir auprès de l'entourage du patient (famille, soignants) afin de le sensibiliser au maintien de la communication.

b) Approches multimodales

- La pédagogie Montessori adaptée à la personne âgée avec un TNCM

La méthode Montessori admet que les troubles du comportement chez la personne âgée avec un TNCM sont des réponses face à des émotions ou des besoins non satisfaits. Cette méthode s'applique à ajuster l'environnement des patients pour leur permettre de communiquer et de retrouver leur autonomie, notamment par la stimulation de la mémoire procédurale via des gestes répétés (Favre, 2017).

- La Validation©

La Validation© est une méthode de communication adressée aux personnes âgées avec un TNCM dû à la maladie d'Alzheimer inventée par Naomie Feil. Cette pratique suppose que les troubles du comportement des patients avec TNCM sont le résultat de différents conflits émotionnels intérieurs qu'ils essaient de résoudre avant de mourir. Pour les aider à solutionner leurs problèmes, la Validation© propose différentes techniques telles que : la reformulation, la réminiscence, l'utilisation de la musique, le toucher réançant... Ainsi, en accueillant leur parole et leurs angoisses, les patients retrouvent leur statut d'individus communicants et voient leur anxiété diminuer (Feil & Klerk-Rubin, 2018).

2. Médiation animale

2.1. Généralités

2.1.1. Définitions

Beaucoup de termes co-existent pour définir le concept d'accompagnement de personnes en difficulté par les animaux. Parmi eux : la zoothérapie, la médiation animale, la thérapie assistée par l'animal (TAA), les activités assistées par l'animal (AAA), la thérapie facilitée par l'animal (TFA)... Certaines appellations soulèvent la notion de soin (zoothérapie, thérapie facilitée par l'animal) alors que d'autres relèvent de l'accompagnement d'une façon générale. L'utilisation d'un terme concerne souvent d'un choix d'appartenance à un courant de pensée ou à une formation. Dans le cadre de ce mémoire, nous utiliserons le terme générique de « médiation animale ».

2.1.2. Interaction Homme-animal

Les interactions entre l'Homme et les animaux existent depuis longtemps. L'utilisation thérapeutique des animaux n'est cependant documentée qu'à partir des années 1960 par Boris Levinson dans le domaine de la pédopsychiatrie (Levinson, 1962). Depuis, les études ne cessent de se développer pour mettre en évidence les intérêts de cet accompagnement.

V. Servais évoque les atouts de cette relation à propos de la communication. Elle suggère que la mise en relation avec des animaux est une ressource pour les patients souffrants de troubles de la communication verbale. En effet, ces interactions sollicitent souvent des modalités sensorielles comme le regard ou le toucher mettant la communication verbale au second plan. Délivrés des normes sociales qu'impose l'échange verbal (tour de parole, attention ...), les patients ne sont plus en difficulté face au langage. Outre la simplification de la communication, l'introduction d'un animal dans un cadre thérapeutique permet de faire diminuer la pression qui peut porter sur le patient en supprimant la relation duelle soignant/soigné. L'animal est alors considéré comme un médiateur et la relation entre le patient, le soignant et l'animal est dite « triangulaire » (Servais, 2007).

2.2. Médiation animale et TNCM associé à la maladie d'Alzheimer : intérêts démontrés

De nombreux écrits reconnaissent l'intérêt de la médiation animale auprès de patients avec un TNCM. Dans leur ouvrage, F. Berger et G. Dibou rappellent que l'interaction avec un animal implique chez les patients des traitements de l'information à plusieurs niveaux : sensoriel,

moteur, cognitif et émotionnel. Ils ajoutent que la communication des animaux s'effectue sur un versant non-verbal, ce qui est facilitateur pour les patients avec un TNCM (Beiger & Dibou, 2017).

Si V. Bernabei et al. rapportent que la plupart des échantillons d'étude sont peu représentatifs et homogènes (Bernabei et al., 2013) ; d'autres études soulignent des résultats probants concernant plusieurs domaines :

- Les paramètres physiologiques : J.S.J. Odendaal constate une diminution de la pression artérielle ainsi qu'une augmentation de la sécrétion d'ocytocine et d'endorphine (hormones jouant un rôle dans la réduction du stress notamment) après seulement cinq minutes de contact entre un homme et un chien (Odendaal, 2000). D'autres études corroborent ces données en établissant que la présence de chiens-visiteurs sur plusieurs semaines fait décroître significativement la pression artérielle et le rythme cardiaque de patients âgés résidants en maison de retraite (Grandgeorge & Hausberger, 2011; Handlin et al., 2018).
- Les symptômes psychocomportementaux : B.McCabe et al. montrent que l'introduction d'un chien dans une unité Alzheimer pendant quatre semaines permet de diminuer les troubles du comportements des patients avec un TNCM (McCabe et al., 2002). De même, d'autres études indiquent une diminution des symptômes psychocomportementaux (principalement l'agressivité, l'agitation et la dépression) des patients avec un TNCM dû à la maladie d'Alzheimer (Majić et al., 2013; Richeson, 2003; Sillou, 2016).
- La qualité de vie : F. Moretti montre une amélioration de la qualité de vie après une intervention hebdomadaire de quatre-vingt-dix minutes de médiation animale pendant six semaines pour des patients institutionnalisés avec un TNCM (Moretti et al., 2011).
- L'équipe soignante : Un médecin gériatre interviewé dans un reportage sur le cheval Peyo (cheval intervenant dans des services de soins palliatifs) confirme que l'introduction du cheval dans le service a considérablement soudé l'équipe soignante. Elle ajoute que l'équipe a pu accompagner les résidents sous un autre angle (*Peyo, cheval de coeur*, 2017).

2.3.Limites de la médiation animale

Il existe différents facteurs pouvant limiter la mise en place de la médiation animale auprès de patients avec un TNCM ; à la fois du côté des bénéficiaires mais également du côté des animaux.

2.3.1. Risques pour le patient âgé

La médiation animale pour une personne avec un TNCM peut comprendre plusieurs risques qu'il est important de ne pas négliger : les zoonoses, les chutes, les complications respiratoires et les morsures. L'association de ces risques à l'affaiblissement du système immunitaire et aux comorbidités liées au vieillissement est vectrice de complications médicales. Les morsures et griffures peuvent être un facteur limitant la médiation animale en raison des blessures ou infections qu'elles engendrent. En outre, il n'est pas rare d'observer des zoonoses (maladies transmises de l'animal à l'homme) transmises par morsure ou léchage (Poujol, 2009). Toutefois, une enquête épidémiologique relève que les morsures de chien ne concernent que dix pourcent des plus de soixante-neuf ans (Overall & Love, 2001). Les allergies peuvent également être un frein à la mise en place de médiation animale. En effet, les patients asthmatiques qui sont exposés à des allergènes de chien sans y être sensibilisés présentent une élévation de leur réactivité bronchique (Langley, 2005). Enfin, les risques de chute sont à prendre en considération. Un service d'urgence d'Australie a recensé pendant un an de multiples cas de chutes traumatiques (entraînant une fracture) à cause d'un animal de compagnie chez des personnes âgées (Kurrle et al., 2004).

2.3.2. Risques pour l'animal

Les animaux doivent également être protégés lors de séances de médiation animale. A. Poujol évoque des blessures par inadvertances ou par agression (liées aux troubles comportementaux des patients). Elle souligne également l'importance du respect du bien-être psychique de l'animal : il ne doit pas être sollicité constamment et doit disposer d'un endroit pour se reposer (Poujol, 2009). Il est également à noter que l'animal n'est pas un outil thérapeutique en soi. La Fondation Adrienne et Pierre Sommer (organisme à but non lucratif qui promeut la médiation animale) fait remarquer que la médiation animale peut être considérée comme une approche non-médicamenteuse, mais qu'elle ne peut se substituer en aucun cas à un traitement médicamenteux (Fondation Adrienne et Pierre Sommer, 2018).

Enfin, il revient au thérapeute seul d'évaluer les besoins du patient et d'estimer si la mise en relation avec un animal pourrait lui être bénéfique. En effet, les résultats positifs de cette mise en relation sont intrinsèquement liés à la façon dont le thérapeute intègre l'animal dans sa prise en charge (Servais, 2007).

2.4.Médiation avec les équidés

2.4.1. Définition et terminologies

A l'instar de la médiation animale, beaucoup de termes co-existent pour traiter de la médiation équine. Dans la littérature francophone, les termes les plus fréquemment retrouvés sont : l'équithérapie et la thérapie avec le cheval (TAC). Ces approches thérapeutiques visent la mise en relation psychique et corporelle entre un patient, un thérapeute et un cheval selon des objectifs prédéfinis (Cheval et Diversité, s. d.). L'emploi de ces appellations dépend des organismes formateurs : la fédération nationale des thérapies avec le cheval (FENTAC) utilise le terme de TAC, la société française d'équithérapie (SFE) et l'institut français d'équithérapie (IFEq) utilisent le terme d'équithérapie, la fédération française d'équitation (FFE) utilise le terme de médiation avec les équidés (MAE). Le terme d'hippothérapie peut également être retrouvé dans la littérature. Dans ce cas, il s'agit d'une thérapie motrice qui utilise les déplacements du cheval pour solliciter le corps des patients (Cheval et Diversité, s. d.). Dans tous ces cas, l'Homme utilise les bienfaits de la relation avec le cheval pour des objectifs différents (Institut français du cheval et de l'équitation, 2018). Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons le terme générique de « médiation équine thérapeutique ».

2.4.2. Pourquoi recourir à la médiation équine thérapeutique avec des patients avec un TNCM ?

A la lumière de la première partie traitant des difficultés engendrées par la maladie d'Alzheimer, les considérations suivantes conduisent à supposer que l'interaction entre une personne avec un TNCM et un cheval semble être pertinente et adaptée à sa prise en charge.

a) Interaction émotionnelle

C. Scopa à travers sa revue de littérature expose de nombreuses études sur les liens émotionnels entre Homme et Cheval (Scopa et al., 2019). Elle précise tout d'abord que cette relation ne peut avoir d'effet que si l'interaction est réciproque (investissement des deux parties). Il est intéressant de comprendre qu'un accordage affectif est facile avec ces animaux puisqu'ils présentent une très bonne détection et compréhension des signaux infra-verbaux. En effet, les chevaux peuvent comprendre et ajuster leurs comportements selon l'état attentionnel (et émotionnel) de l'Homme.

A l'instar des patients avec un TNCM, les émotions prennent une place considérable dans la communication des chevaux. En effet, ces derniers peuvent mémoriser les individus sur un

plan émotionnel ; c'est-à-dire qu'ils accordent une valence émotionnelle (positive ou négative) à un individu en fonction de sa perception (valence positive pour une expression faciale positive et valence négative pour une expression faciale négative) (Trosch, 2020). Ainsi ont-ils une mémorisation des individus à long terme. Enfin, notons que les chevaux peuvent percevoir des variations de valence émotionnelle dans la voix de l'Homme.

b) Interaction sensorielle

Les bienfaits de la médiation équine thérapeutique à propos des troubles sensoriels de patients autistes renseignés dans la littérature pourraient permettre un éclairage sur notre sujet. En effet, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude référant les apports d'une médiation équine thérapeutique pour la sensorialité de patients avec un TNCM. L'ouvrage « *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* » met en lumière les différents liens entre la maladie d'Alzheimer et l'autisme, et reconnaît que ces deux maladies sont ressemblantes sur bien des aspects, notamment dans leur perte de contact avec le monde. Concernant la sensorialité, les auteurs indiquent que les patients Alzheimer et autistes expriment le besoin de recourir à des expériences sensorielles pour se rassurer (Lheureux-Davidse, 2018).

A ce titre, l'ouvrage de C. Barrois indique que la médiation équine thérapeutique apporte des effets considérables sur la sensorialité des patients autistes (Barrois et al., 2020) lorsque leurs corps sont mis en relation avec les chevaux. En effet, cette médiation propose aux patients une véritable stimulation sensorielle en mobilisant principalement, l'olfaction et le toucher. Ils ajoutent que le moment de passage et de contact avec la fourrure du cheval provoque un véritable apaisement. C. Mainville complète ces données en précisant les différentes stimulations sensorielles possibles (Mainville, 2018). Le toucher est stimulé par les textures du cheval (crins, poils, sabots, naseaux) et outils utilisés (brosses, équipements), l'olfaction est stimulée par l'odeur même du cheval (ou des substances corporelles : salive, crottin), la vision et l'audition sont stimulées par les bruits qui sortent du quotidien des patients (bruits de sabots, nouvel environnement visuel et sonore, ...).

2.5. Etat de la recherche

Les éléments soulevés dans cette problématique laissent penser que la médiation animale et plus particulièrement équine, semble être une approche non-médicamenteuse pertinente pour des patients atteints d'un TNCM associé à la maladie d'Alzheimer. A notre connaissance, peu d'études scientifiques rigoureuses ont été menées pour justifier cette pratique. En effet, J. Pauw relate dans sa revue systématique, les difficultés dans l'évaluation de l'efficacité de la médiation

animale : des écarts entre les résultats statistiques et l'analyse qualitative, des échantillons de taille insuffisante, l'absence de groupe témoin, une importante hétérogénéité des participants, l'utilisation de différentes échelles rendant les résultats non-comparables (Pauw, 2000). Ces constats sont corroborés par les études de H. Kamioka et L. Hameury qui soulèvent différentes contraintes méthodologiques et un manque de description des différents biais (Hameury, 2017; Kamioka et al., 2014).

Cependant, depuis quelques années, il est possible de constater une multiplication des travaux de recherches des étudiants en orthophonie sur la médiation animale et la maladie d'Alzheimer témoignant ainsi de l'engouement pour cette pratique. Parmi eux, nous pouvons citer : « *Communication et maladie d'Alzheimer : le chien libérateur d'émotions* » (Delacour, 2012), « *Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : quels bénéfices pour la communication ?* » (Charbonnier, 2017), « *Impact de la présence du chien sur la communication non-verbale de patients âgés atteints d'une démence de type Alzheimer dans le cadre d'un atelier conversationnel dirigé* » (Boude, 2019), et « *Participation active du chien médiateur à la prise en soin orthophonique : impact sur la communication et le bien-être de patients présentant une Démence de Type Alzheimer ou maladie apparentée résidant en EHPAD* » (Méro, 2020). Il est à noter qu'aucune étude à propos de la médiation équine thérapeutique et de la communication de patients avec un TNCM n'a encore été réalisée.

Pourtant, à l'instar des professions médicales et paramédicales, les orthophonistes se doivent de justifier leurs choix thérapeutiques auprès des patients, du corps médical et de la société (Rousseau et al., 2014). En effet, il s'agit d'apporter au patient l'assurance de bénéficier du soin le plus adapté. C. Maillard et N. Durieux évoquent l'importance de l'Evidence Based Practice (EBP) et de l'usage de publications scientifiques récentes pour permettre de prendre les meilleures décisions cliniques possibles (Maillard & Durieux, 2014). Ainsi est-il nécessaire de mener d'autres études scientifiques pour valider cette pratique qui tend à se développer chez les orthophonistes mais également dans les structures sociales et médico-sociales.

3. Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif principal de la recherche est d'évaluer l'influence de la présence d'un cheval sur la communication verbale de patients avec un TNCM dû à la maladie Alzheimer. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'influence de la présence d'un cheval sur la communication non-verbale et sur le comportement des patients avec un TNCM dû à la maladie Alzheimer.

3.1.Hypothèses générales et opérationnelles

Hypothèse générale 1 : La présence du cheval améliore la communication verbale des patients avec un TNCM.

Hypothèse opérationnelle 1.1 : Le discours verbal des patients avec un TNCM augmente quantitativement en présence du cheval.

Hypothèse opérationnelle 1.2 : Le discours des patients avec un TNCM est plus cohérent en présence du cheval.

Hypothèse générale 2 : La présence du cheval améliore la communication non-verbale des patients.

Hypothèse opérationnelle 2.1 : Le discours non-verbal des patients avec un TNCM augmente quantitativement en présence du cheval.

Hypothèse générale 3 : La présence du cheval apaise les patients.

Hypothèse opérationnelle 3.1 : Les troubles du comportement (idées délirantes, hallucinations, agitation, dépression, anxiété, apathie, désinhibition, irritabilité, comportement moteur aberrant, troubles du sommeil et de l'appétit) des patients avec un TNCM sont moins importants après la séance avec le cheval.

3.2.Variables étudiées

Dans notre étude, nous nous attacherons à savoir si les mesures des variables dépendantes (communication verbale et non-verbale, cohérence du discours, troubles du comportement) diffèrent de façon significative selon les conditions expérimentales (présence/absence du cheval).

METHODOLOGIE

1. Protocole

1.1.Déroulement de l'étude

L'expérimentation s'est déroulée du huit juin 2020 au trente-et-un juillet 2020 au sein du centre hospitalier de l'Estran, auprès des résidents de l'EHPAD « Le Jardin des épices » (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) à Pontorson. Chaque participant bénéficie de deux entretiens.

	1^{ère} entretien	2^{ème} entretien
Personnes présentes sur le lieu de l'expérimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Un participant - Un soignant - L'examineur 	<ul style="list-style-type: none"> - Un participant - Un soignant - L'examineur - Un poney - Un membre du personnel du Haras de la Baie
Activité réalisée	L'examineur passe la Grille d'Evaluation des capacités de communication (GECCO) au participant.	L'examineur passe la Grille d'Evaluation des capacités de communication (GECCO) au participant.
<i>Les entretiens sont filmés pour permettre une analyse ultérieure exhaustive.</i>		
Après la séance	Le soignant accompagnateur remplit la NPI-ES concernant le comportement du participant dans les heures qui suivent l'entretien.	Le soignant accompagnateur remplit la NPI-ES concernant le comportement du participant dans les heures qui suivent l'entretien

Tableau 1 : Déroulement de l'étude

Pour des raisons logistiques et de bien-être animal, deux entretiens ont été réalisés tous les jours dans un garage à côté de l'EHPAD, au sein du centre hospitalier de l'Estran. Le cheval s'est déplacé au plus près des participants afin de limiter les situations angoissantes et déstabilisantes (par exemple : monter dans un véhicule, découvrir un nouvel environnement extérieur) et de les solliciter le moins possible en termes de déplacement.

2. Population

2.1. Les participants

2.1.1. Recrutement

Les participants (et/ou leur représentant) susceptibles d'intégrer l'échantillon de l'expérimentation ont été informés de l'étude par un entretien oral et une lettre d'information (annexe A). Des explications sur le déroulement de l'étude, sur les bénéfices, les contraintes, les risques possibles, le temps de passation de l'étude, ont été délivrées dans un langage compréhensible par tous. Après avoir laissé un délai de quinze jours pour leur donner la

possibilité de poser des questions, les participants ont dû également signer un formulaire de consentement nominatif (annexe B).

2.1.2. Critères de sélection

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Les participants doivent être atteints d'un trouble neurocognitif majeur associé à la maladie d'Alzheimer : score inférieur à vingt-cinq à l'épreuve du MMSE (Mini mental state examination).- Les participants doivent être des résidents de l'EHPAD « Le Jardin des épices » ou de l'accueil de Jour de l'EHPAD rattaché au centre hospitalier de l'Estran à Pontorson.- Les participants doivent être de langue maternelle française ou avoir vécu en France ou dans un pays francophone depuis au moins dix ans.	<ul style="list-style-type: none">- Les participants ne doivent pas présenter de troubles de la vue et/ou de l'audition (s'ils existent, ils doivent être correctement corrigés).

Tableau 2 : Critères de recrutement

2.2.L'équipe soignante

Avant le début des expérimentations, l'équipe soignante de l'EHPAD a participé à une réunion d'information au sujet de l'étude, de son déroulement et des conduites à tenir lors des entretiens. Des soignants se sont portés volontaires pour participer à l'étude, et d'autres y ont été inclus en fonction de l'organisation des services. Dans une majorité des cas, les soignants ont pu accompagner le même participant sur les deux entretiens. A la fin de l'étude, les soignants accompagnateurs ont rempli un questionnaire de satisfaction sur le projet de recherche.

2.3.Le cheval

L'animal choisi pour cette expérimentation est un cheval prénommé « Cactus », retraité de centre équestre, âgé de vingt-sept ans. Pour des raisons de sécurité, le propriétaire (et gérant du

Haras de la Baie) tenait en longe l'animal à chaque séance. Une convention a été établie entre le centre hospitalier de l'Estran et le propriétaire du cheval afin de prévenir tout dommage matériel ou physique entre les deux partis (annexe C).

Afin de respecter son bien-être, « Cactus » ne participait qu'à deux séances de trente minutes par jour. Il était invité à pâturer de l'herbe avant et après chaque séance.

3. Matériel

3.1. Outils d'évaluation

3.1.1. La GECCO

La Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) est conçue pour l'analyse pragmatique et écologique du langage. Elle comprend 3 versions, la plus récente a été utilisée car elle est étalonnée auprès d'une population de patients avec un TNCM dû à la maladie d'Alzheimer. Inspirée des taxonomies de Dore (pour les actes verbaux) et de Labourel (pour les actes non-verbaux), la grille permet de classer les actes de langage et déterminer leur adéquation dans le discours (Rousseau, 2018). Elle comporte trois situations :

c) Situation n°1 : entrevue dirigée

L'examineur pose des questions au participant au sujet de son identité. Dans notre étude, nous avons sélectionné six questions : « Quel est votre prénom ? », « Quel âge avez-vous ? », « Etes-vous marié(e) ? », « Avez-vous des enfants ? », « Où habitez-vous en ce moment ? », « Quel était votre métier ? ».

d) Situation n°2 : tâche d'échange d'informations

L'examineur propose au participant de choisir une photo parmi plusieurs et la fait deviner à l'examineur. Les rôles sont inversés par la suite. Lorsque la compréhension de la consigne n'est pas possible, l'examineur choisit une photo et le participant est invité à la décrire. Dans notre étude, nous avons sélectionné quatre photos (données dans la GECCO) plastifiées au format A4 (annexe D).

Lors de l'entretien en présence du cheval, quatre autres photos plastifiées au format A4 sont proposées : deux photos d'agriculteurs travaillant dans les champs avec des chevaux, une photo de chevaux tirant une calèche, une photo d'une arrivée de courses de chevaux (annexe E).

e) Situation n°3 : discussion libre

L'examineur engage la conversation dans le but d'évaluer le langage spontané et les thèmes abordés naturellement. Dans notre étude, nous avons sélectionné les questions suivantes : « Je ne vous ai pas trop embêté avec mes questions ? », « Qu'est-ce que vous pensez de ce qu'on vient de faire ? ». Lorsque le participant n'initie pas la conversation, l'entretien peut devenir semi-directif. Dans ce cas, les questions utilisées sont les suivantes : « Comment ça se passe à l'EHPAD ? », « Qu'est-ce que vous aimez bien faire de votre temps libre ? », « Participez-vous à des animations ? ».

Lors de l'entretien en présence du cheval, d'autres questions sont posées : « Qu'est-ce que vous aimeriez dire à Cactus ? », « Comment le trouvez-vous ? », « Voulez-vous lui donner à manger ? », « Avez-vous, vous-même, eu un ou des chevaux dans votre vie ? ou un autre animal ? ».

f) Cotation

Pour chaque participant, l'examineur doit créer un profil sur la plateforme en ligne de la GECCO. Trois grilles sont générées, une pour chaque situation (annexe F). Après visionnage de l'entretien, l'examineur renseigne tous les types d'actes de langage produits par le participant : questions (ouvertes, fermées, rhétoriques), réponses (ouvertes, fermées, qualification), actes de description, actes d'affirmation, mécanismes conversationnels (exemple : « d'accord »), actes performatifs, actes divers (non classables), actes de langage non-verbaux.

Pour chaque acte de langage produit, l'examineur doit apprécier son adéquation, se questionner sur les raisons de l'inadéquation et les reporter dans la grille (absence de cohésion ou absence de feed-back ou absence de cohérence).

En renseignant le temps passé pour chaque situation, le logiciel calcule une fréquence par minute des actes de langage produits, ce qui permet une analyse quantitative du discours et une meilleure comparaison entre les participants.

Après avoir reporté les productions dans le logiciel de la GECCO, une grille de synthèse des compétences de communication est générée pour chaque participant ; elle reprend les actes de langage produits au cours de chaque situation (en fréquence par minute).

3.1.2. *La NPI-ES*

L'Inventaire Neuropsychiatrique version Equipe Soignante (NPI-es) est un questionnaire qui permet d'évaluer les troubles du comportement d'un patient (annexe G). Cet inventaire est recommandé par la HAS pour objectiver les troubles du comportement en lien avec la maladie d'Alzheimer (*Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, 2009).

g) Cotation

Le soignant accompagnateur répond à différentes questions sur le patient (anxiété, appétit, agressivité...) et le score est calculé en fonction de la fréquence des troubles, de la gravité, du retentissement. Plus le score est élevé, plus les troubles du comportement sont présents.

4. Traitement des données

4.1. Recueil et analyse des données audio-visuelles

Les enregistrements vidéo sont archivés de façon anonyme sur un support chiffré au sein du centre hospitalier de l'Estran pendant deux ans à compter de leur date d'enregistrement. Pour cette étude et pour chaque participant, il est retenu les données suivantes à partir des grilles de synthèses :

- Le total des actes de langage produits (en fréquence par minute)
- Le total des actes de langage non-verbaux produits (en fréquence par minute)
- Le total des actes de langage adéquats produits (en fréquence par minute)
- Le total des actes de langage inadéquats produits (en fréquence par minute)

Ces informations sont enregistrées dans un fichier informatisé de façon anonyme. Elles ont été traitées par la suite par Dr Cerasuolo, assistant hospitalier-universitaire de l'unité de biostatistique et de recherche clinique du centre hospitalier universitaire de Caen.

4.2. Recueil et analyse des données comportementales

Les soignants accompagnateurs de chaque participant ont dû remplir la NPI-ES après chaque séance sur le serveur de l'hôpital : Hôpital Manager. Cependant, nous avons été confrontés à plusieurs problèmes logistiques qui ont rendu inexploitable les données concernant les comportements des participants.

4.3. Analyse qualitative

Des observations qualitatives ont été relevées après l'analyse des vidéos mais également en fonction des retours des soignants.

RESULTATS

1. Echantillon d'étude

L'échantillon de l'étude est initialement composé de 23 participants : 13 femmes et 10 hommes. Ces participants recrutés au sein de l'EHPAD de Pontorson, sont âgés en moyenne de 84 ans et 3 mois (avec un écart-type de 15,9 ans). Parmi ces participants, 42,9% présentent un score au MMSE compris entre 16 et 25, 47,6% présentent un score au MMSE compris entre 15 et 6 et 9,5% présentent score au MMSE compris entre 5 et 0.

Il est à noter que deux participants ont souhaité quitter l'étude après le premier entretien. Leurs résultats n'ont donc pas été pris en compte dans l'analyse statistique. Au total, l'étude comprend 21 participants, 13 femmes et 8 hommes.

2. Analyse statistique

Afin de vérifier nos hypothèses et d'établir une analyse statistique, nous avons utilisé le test des rangs signés de Wilcoxon. Ce test non-paramétrique a permis de comparer les mesures des variables dans les différentes conditions de passation et de déterminer si la différence des résultats est significative. La significativité du test est mesurée grâce à la p-value. Dans notre étude, les résultats sont significatifs si la p-value est inférieure à 0,05. Les résultats obtenus sont référencés dans le tableau 1.

	Situation	Sans cheval	Avec cheval	P-value
Total des actes	Trois situations	11,5 (2,7)	12,8 (3,1)	< 0,001
	Entrevue dirigée	12,5 (3,0)	13,4 (3,7)	0,19
	Echange informations	10,0 (3,6)	11,8 (2,9)	0,02
	Discussion libre	12,1 (3,3)	13,3 (3,8)	0,09
Actes adéquats	Trois situations	9,0 (3,6)	11,5 (2,5)	< 0,001
	Entrevue dirigée	9,8 (2,8)	12,0 (2,9)	0,006
	Echange informations	7,8 (3,5)	10,1 (2,0)	0,002
	Discussion libre	9,4 (2,8)	12,4 (3,6)	< 0,001
Actes inadéquats	Trois situations	2,5 (2,4)	1,4 (1,5)	0,001
	Entrevue dirigée	2,7 (3,2)	1,4 (1,8)	0,03*
	Echange informations	2,2 (2,0)	1,7 (1,9)	0,14*
	Discussion libre	2,7 (2,5)	1,0 (1,1)	0,001*
Actes non-verbaux	Trois situations	2,0 (1,1)	3,1 (0,9)	< 0,001
	Entrevue dirigée	2,0 (1,3)	3,2 (1,3)	0,002*
	Echange informations	1,9 (1,3)	2,9 (0,9)	0,008*
	Discussion libre	2,0 (1,2)	3,2 (1,1)	0,001*

Tableau 3 : Moyennes (écarts-types) et résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour chaque situation

2.1. Actes de langage

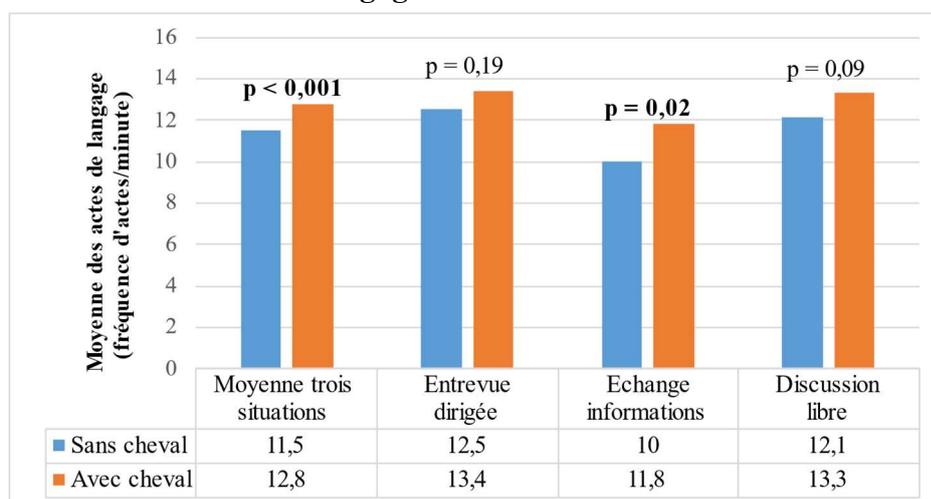


Tableau 4 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage

Le tableau 3 ainsi que le tableau 4 montrent que, sur l'ensemble des trois situations, la communication globale des participants est significativement plus importante en présence du cheval ($M=12,8$; $ET=3,1$) qu'en l'absence du cheval ($M=11,5$; $ET=2,7$), $p<0,001$. Ces résultats sont cependant à nuancer puisque que le nombre d'actes totaux dans les situations d'entretien dirigé et de discussion libre ne sont pas significatifs (respectivement, $p=0,19$ et $p=0,09$).

D'une façon générale, les résultats mettent en évidence que la présence du cheval influence la production d'actes de langage des patients atteints d'un TNCM.

2.2. Actes de langage adéquats

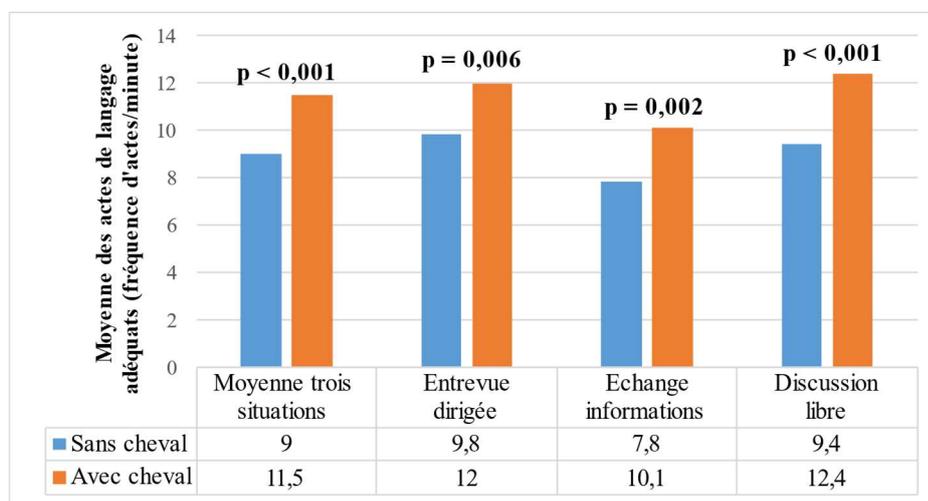


Tableau 5 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage adéquats

Le tableau 5 ainsi que le tableau 1 montrent que, sur l'ensemble des trois situations, le discours des participants est significativement plus adéquat en présence du cheval ($M=11,5$; $ET= 2,5$) qu'en l'absence du cheval ($M=9,0$; $ET=3,6$), $p<0,001$. Ce résultat est appuyé par la significativité des résultats pour l'adéquation du discours dans les trois situations analysées séparément (soit entretien dirigé : $p=0,006$; échange d'informations : $p=0,002$; discussion libre : $p<0,001$).

Les résultats mettent en évidence que la présence du cheval influence la production d'actes de langage adéquats des patients atteints d'un TNCM.

2.3. Actes de langage inadéquats

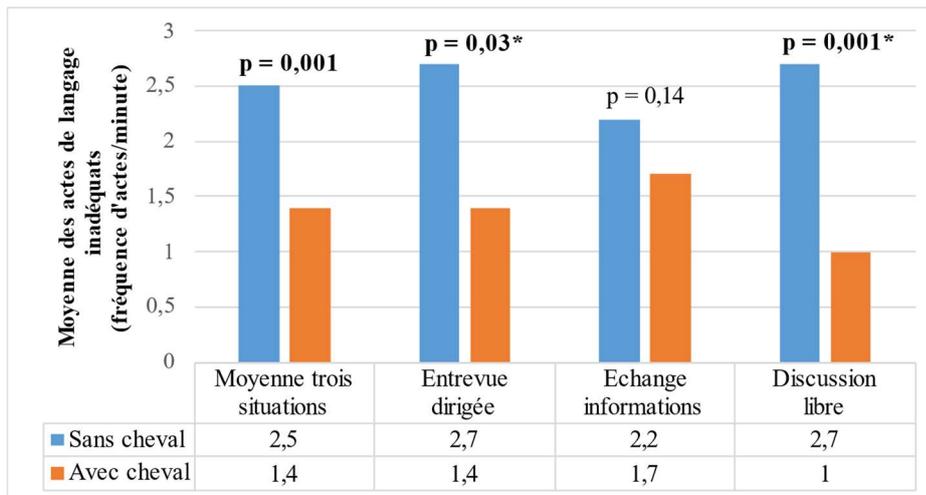


Tableau 6 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage inadéquats

Les tableaux 6 et 3 montrent que, sur l'ensemble des trois situations, l'inadéquation du discours des participants est significativement moins importante en présence du cheval (M=1,4 ; ET=1,5) qu'en l'absence du cheval (M=2,5 ; ET=2,4), $p = 0,001$. Il est à noter que l'indice « * », indique que le test des rangs signés de Wilcoxon n'a pas pu être calculé avec précision ; la significativité des résultats est donc à nuancer.

D'une façon générale, les résultats mettent en évidence que la présence du cheval influence la production d'actes de langage inadéquats des patients atteints d'un TNCM.

2.4. Actes de langage non-verbaux

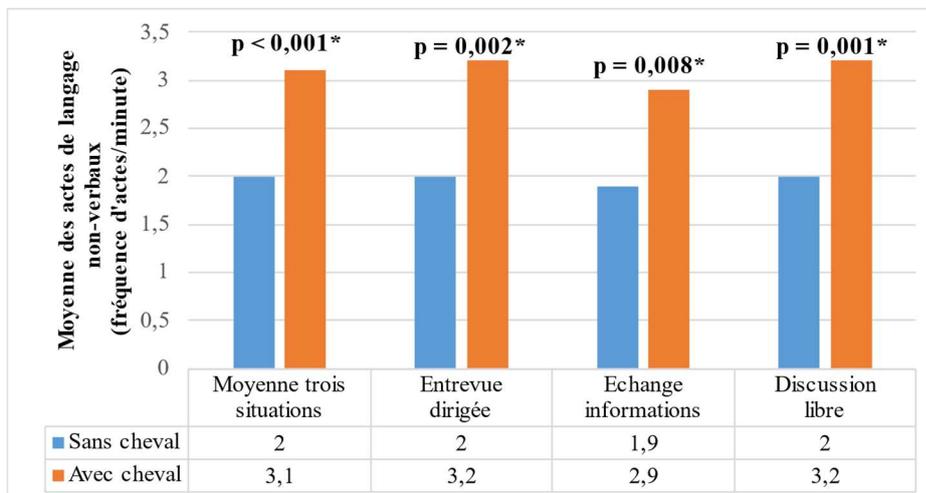


Tableau 7 : Résultats du test des rangs signés de Wilcoxon pour les actes de langage non-verbaux

Les tableaux 7 et 3 montrent que, sur l'ensemble des trois situations, la communication non-verbale des participants est significativement plus importante en présence du cheval

(M=3,1 ; ET=0,9) qu'en l'absence du cheval (M=2,0 ; ET=1,1), $p > 0,001^*$. Il est à noter que l'indice « * », indique que le test des rangs signés de Wilcoxon n'a pas pu être calculé avec précision ; la significativité des résultats est donc à nuancer.

D'une façon générale, les résultats mettent en évidence qu'en présence du cheval, le nombre total d'actes de langage non-verbaux produits des patients avec un TNCM est plus important.

3. Analyse qualitative

3.1. Les participants

Pour chaque participant, des observations qualitatives ont été relevées après l'analyse des vidéos mais également en fonction des retours des soignants. De façon générale lors des séances, une augmentation de la production d'actes spontanés (verbaux et non-verbaux) est observée, ainsi qu'une meilleure cohérence du discours et plus de sourires.

Une majeure partie des résidents a émis beaucoup de commentaires et de projections à propos du cheval (« il a l'air calme/apaisé », « il n'est pas content », ...). Également, il est à noter que deux résidents avec d'importants troubles de la mémoire ont été sollicités par les soignants plusieurs jours après la séance avec le cheval : ils ont pu redonner le nom et l'âge du cheval.

3.2. Les soignants

Les soignants accompagnateurs ont reçu un questionnaire afin de relever leurs avis et impressions à propos de l'expérimentation (annexe H). Sur 11 soignants interrogés :

- Seulement, 7 soignants connaissaient la médiation animale.
- 8 sont « enthousiasmés » par la pratique et 3 sont « plutôt d'accord » avec la médiation animale
- Tous les soignants interrogés trouvent cette pratique pertinente au sein d'un EHPAD, souhaiteraient voir la médiation animale se développer sur leur lieu de travail, et seraient prêts à y participer.
- Entre les deux entretiens, tous les soignants ont perçu des différences chez les participants qu'ils accompagnaient, notamment sur le plan communicationnel.
- Après les expérimentations, 7 soignants ont une perception différente du participant (à propos de l'histoire de vie ou sur le plan émotionnel et/ou affectif).

- Après les entretiens, de retour dans l'EHPAD, les participants ont évoqué leur expérience avec les soignants (7 participants), cependant ces derniers n'ont pas observé de changements comportementaux.

3.3.Comportement

Comme expliqué plus haut, le comportement des participants n'a finalement pas pu être évalué. Cependant, deux cas, laissent penser que la présence du cheval a influencé le comportement de certains participants.

3.3.1. Participant n°28

L'anxiété du participant n°28 lors de la seconde séance était notable. En effet, il est sujet à l'anxiété et déambule régulièrement dans le service. La passation de la GECCO a été difficile à mener, et très vite abandonnée car son attention était très fluctuante et ses réponses verbales presque inexistantes. Il lui a été proposé de s'approcher de l'animal au plus près (enlacer le cheval avec les deux bras au niveau de l'encolure). L'anxiété a diminué de façon notable et des réponses verbales ont pu être produites. Malheureusement, cette diminution du stress n'a duré que le temps de la séance, puisqu'à son retour dans le service, les déambulations ont repris.

3.3.2. Résidente x

Durant l'expérimentation, une résidente de l'EHPAD a perdu son mari. L'équipe soignante a constaté de nombreuses déambulations, des idées noires et un refus de s'alimenter. Sur l'initiative de l'équipe, il lui a été proposé de passer un peu de temps avec le cheval à la fin des séances, pendant plusieurs jours. De retour dans le service, les déambulations ont cessé, et un apaisement a été constaté. Bien que présentant d'importants troubles mnésiques, cette résidente a pu spontanément parler de son expérience à sa famille quelques jours plus tard.

DISCUSSION

1. Rappel des résultats

1.1.Hypothèse générale 1 : La communication verbale

Nous avons émis l'hypothèse que la présence du cheval influence la communication verbale de patients avec un TNCM sur un plan quantitatif et qualitatif. Ainsi, en comparaison avec le premier entretien, nous attendions-nous à observer :

- Une augmentation des actes de langage en présence du cheval.

- Une augmentation des actes de langage adéquats en présence du cheval.
- Une diminution des actes de langage inadéquats en présence du cheval.

Concernant ces trois variables, une différence significative des résultats est constatée en présence du cheval. En moyenne, les participants communiquent plus en présence du cheval et les discours sont plus cohérents. **L'hypothèse générale 1 est validée.** D'autres études corroborent ces résultats, bien que l'animal partenaire y soit différent (Charbonnier, 2017; Vaillant-Ciszewicz et al., 2017; Boude, 2019; Mérou, 2020).

1.1.1. Interprétation des résultats

Toutefois, à l'instar de V. Servais, la question du « pouvoir thérapeutique » du cheval sur la communication verbale des patients avec un TNCM doit être posée (Servais, 1999). **Pourquoi la communication des participants se modifie-t-elle en présence du cheval ?**

a) Le thème

Le thème de la discussion influence l'adéquation du discours des patients avec un TNCM (Rousseau, 2018). Nous pouvons émettre l'hypothèse que la différence des capacités de communication ne porte pas sur la présence/absence du cheval, mais sur la différence des thèmes de discussion entre les deux entretiens.

En effet, comme vu précédemment, la relation avec les animaux est ancrée dans la mémoire émotionnelle, et cette dernière semble rester intacte malgré la dégradation des fonctions cognitives. Or, une majeure partie des participants était agriculteurs retraités et/ou ont eu un contact rapproché avec des animaux au cours de leur vie active. Ainsi, en orientant le thème de la discussion sur les animaux, de nombreux souvenirs ont été réactivés, et l'échange facilité.

Par exemple, lors du premier entretien avec un participant, la soignante accompagnatrice s'est étonnée des capacités réduites du patient, notamment lors de la situation d'échange d'information et de la discussion libre (« *Je ne pensais pas que c'était si compliqué pour ce monsieur* »). En effet, la description de l'image était trop complexe et la discussion libre décousue de sens. Étonnamment, l'échange d'informations du second entretien fût adapté (parfois même ponctué d'humour) et la discussion libre était cohérente. Ainsi, est-ce la présence du cheval qui a amélioré ses compétences, ou le thème de la discussion qui était plus adapté ?

b) Le contexte

Notre étude s'est déroulée au sortir du premier confinement : les résidents comme les soignants de l'EHPAD étaient épuisés de l'enfermement imposé par la crise sanitaire.

Notre étude a permis aux résidents de sortir physiquement de l'EHPAD et de bénéficier d'un moment qui leur était entièrement consacré. Les soignants ont également bénéficié de ce temps pour s'arrêter et discuter avec les résidents. Une soignante accompagnatrice appuie ces propos en commentaire du questionnaire de satisfaction : « [...] *Merci de nous avoir fait confiance et de nous avoir proposé "le temps d'une pause avec le résident" qui lui a été très bénéfique [...].* ». Comme l'observe V. Servais, ce n'est pas tant les animaux qui influencent les capacités des participants, mais le contexte d'organisation et les interactions qui sont tissées autour de l'animal (Servais, 1999). Le contexte temporel, l'organisation (sortie à l'extérieur de l'EHPAD), les liens tissés autour de l'animal entre toutes les personnes présentes sur le lieu de l'expérimentation ont sans doute eu un impact sur la modification des capacités de communication.

1.2.Hypothèse générale 2 : La communication non-verbale

Nous avons émis l'hypothèse que la présence du cheval influence la communication non-verbale de patients avec un TNCM. Ainsi, en comparaison avec le premier entretien, nous attendions-nous à observer :

- Une augmentation des actes de langage non-verbaux en présence du cheval.

Une différence significative des résultats est observée. En moyenne, en présence du cheval, les participants s'investissent plus sur un plan non-verbal, mobilisent plus leur corps pour communiquer. **L'hypothèse générale 2 est validée.** D'autres études corroborent ces résultats, bien que l'animal partenaire y soit un chien (Charbonnier, 2017; Boude, 2019; Mérout, 2020). Également, le travail de L. Hameury appuie ces résultats. En effet, elle recense plusieurs études scientifiques prouvent les bénéfices d'une activité de médiation équine thérapeutique sur la communication non-verbale de patients atteints d'autisme (Hameury, 2017).

1.2.1. Interprétation des résultats

Tout comme les patients avec un TNCM, les chevaux présentent une capacité de détection et d'utilisation des signaux non-verbaux pour communiquer (Schiaratura, 2008; Di Pastena, 2014; Scopa et al., 2019). Théoriquement, ils sont par conséquent, capables de s'accorder pour

communiquer. **Pourquoi la communication non-verbale des participants est-elle renforcée en présence du cheval ?**

Les chevaux comprennent l'état émotionnel de l'homme et s'y ajustent (Scopa et al., 2019). Ils font abstraction des conventions de communication, et échangent sur un plan tonico-émotionnel. Selon J. Tribet, les expériences motrices sont support à la pensée et à l'attachement. Ainsi, l'animal en cherchant l'échange, éveille des gestes et un accordage corporel de la part de son interlocuteur (Tribet et al., 2008). Les patients avec un TNCM ont donc plus d'aisance pour communiquer avec un cheval plutôt qu'avec un soignant.

Par exemple, dans notre étude, au début du second entretien, un participant était fasciné par le cheval, figé dans une posture admirative, sans voix. Spontanément, le cheval s'est avancé vers lui et lui a léché la main. Plusieurs minutes passent, durant lesquelles ils se regardent silencieusement, la main du participant posée sur la tête du cheval. Cette position fût gardée pendant tout l'entretien, comme si ce contact était nécessaire pour soutenir le langage.

1.3.Hypothèse générale 3 : Le comportement

Nous avons émis l'hypothèse que la présence du cheval influence la communication non-verbale de patients avec un TNCM. Ainsi, en comparaison avec le premier entretien, nous attendions-nous à observer :

- Une diminution des troubles du comportement après l'entretien avec cheval.

En raison de difficultés d'ordre logistique, cette hypothèse n'a pas pu être vérifiée pendant l'expérimentation. **L'hypothèse générale 3 n'est pas validée.** Cependant, plusieurs études laissent penser que cette hypothèse aurait pu être validée (McCabe et al., 2002; Richeson, 2003; Majić et al., 2013; Sillou, 2016). Par ailleurs, les comportements de la résidente x et du participant n°28 détaillés antérieurement laissent penser que la médiation équine thérapeutique a une incidence sur les troubles du comportement en lien avec la maladie d'Alzheimer.

2. Points forts de l'étude

2.1.Reproductibilité de l'étude

Nous avons conçu cette étude pour qu'elle soit la plus reproductible possible. Aussi, la logistique nécessite seulement : un abri à l'extérieur de l'EHPAD (type garage), la venue d'un animal à l'aide d'un intervenant extérieur, la présence d'un soignant (pour un résident). Un des objectifs de cette expérimentation est de promouvoir la médiation équine thérapeutique dans

les structures sociales et médico-sociales, en montrant que la mise en place d'une telle action ne mobilise pas trop de personnel et ne nécessite pas une organisation complexe.

2.2. Bilan en situation écologique

L'évaluation des compétences d'un patient est un moment subjectif. Souvent influencée par le stress et les conditions de passations, elle ne reflète pas toujours les véritables compétences du patient. Nous avons donc choisi la GECCO pour son caractère écologique et pour ses critères de validité (Rousseau, 2018). Cette grille nous a permis d'évaluer la communication des participants en situation (presque) normale. En effet, ce bilan n'est pas présenté aux participants comme une évaluation, mais comme un échange pour apprendre à faire connaissance. Le stress est donc moindre, et l'entretien permet de s'approcher au plus près des réelles capacités de communication des patients.

2.3. Analyse des résultats a posteriori

L'enregistrement vidéo des entretiens nous a permis d'échanger pleinement avec les participants sans se soucier de remplir la grille d'évaluation. L'analyse ultérieure permet de relever des comportements passés inaperçus lors de l'entretien.

2.4. Le cheval

Le caractère docile et sociable de « Cactus » s'accorde entièrement à l'expérimentation. En effet, les conditions de passation nécessitent un animal avec un tempérament calme, familiarisé avec le mobilier (table, chaise, fauteuil roulant), tolérant aux gestes vifs. Le cheval s'est montré très à l'aise avec les participants, au point parfois de s'endormir. Etant libre d'agir comme il le souhaitait, les réactions de « Cactus » différaient selon les résidents (parfois en retrait, parfois cherchant le contact physique). En effet, la présence d'un professionnel équin attentif à ses comportements, lui a permis de se déplacer dans le garage, de se mettre en recul ou d'interagir avec les participants selon ses besoins et ses envies.

Également, la vieillesse de l'animal a été un support à la discussion sur l'image du corps. En effet, des analogies entre le corps du cheval et le corps des participants ont été relevées à propos de ses dents abimées par l'âge ou de la déviation de sa lèvre inférieure provoquée par un AVC (Accident Vasculaire Cérébral).

3. Limites de l'étude

3.1. Limites liées à la méthodologie

3.1.1. Généralisation des résultats

Bien que les résultats soient significatifs, la population d'étude est trop faible pour généraliser un effet de la présence du cheval sur la communication de patients avec un TNCM. Afin de confirmer ces résultats, une étude multicentrique avec un échantillon plus grand est nécessaire.

3.1.2. Biais méthodologique

La faiblesse de notre étude se situe dans la conception de la méthodologie. En effet, la significativité des résultats est probablement à mettre en lien avec « l'effet de la seconde rencontre ». Le cheval a-t-il vraiment une influence sur la communication des participants ou est-ce la seconde rencontre qui les met plus à l'aise et leur permet d'échanger facilement ? Connaissant le déroulement de l'activité, le lieu et les personnes participantes, nous émettons l'hypothèse que les participants allouaient moins de ressources cognitives pour gérer l'anxiété lors du second entretien et étaient donc plus disposés à échanger.

A distance, réaliser un protocole de type « Single Case Experimental Design » à l'instar de J. Boude, nous semble plus à propos pour notre étude (Boude, 2019). Cette méthodologie suppose des phases d'intervention et de non-intervention selon un modèle en quatre phases : ABAB. Pour notre étude, le cheval aurait été absent lors des phases A, et présent en phases B.

3.1.3. Fidélité procédurale

Par manque de temps, la fidélité procédurale n'a pas été évaluée, mais l'utilisation d'un bilan écosystémique laisse penser que des variations existent entre les participants. En effet, la dernière situation de communication (discussion libre) suppose une spontanéité de la part des participants. Toutefois, une liste de questions a été établie pour limiter cet effet dans les situations d'échange d'information et de discussion libre

3.1.4. Fidélité inter juge

L'analyse des vidéos a été réalisée par un seul examinateur. Comme l'auteur de la grille souligne que sa cotation est subjective, une double cotation par un second examinateur aurait été nécessaire (Rousseau, 2018).

3.2.Limites liées à l'organisation

3.2.1. Lieu et horaires des expérimentations

Le lieu de passation des expérimentations doit remplir plusieurs critères : il doit être suffisamment grand pour que le cheval ne se sente pas trop oppressé, il doit être ouvert pour que le cheval distingue l'origine des bruits qu'il entend, il doit être couvert pour ne pas annuler les entretiens en raison d'intempéries. Bien que le lieu choisi regroupe tous ces critères, il se situe à côté de nombreuses sources sonores, ce qui a perturbé certains participants.

Les horaires choisis ne permettaient pas aux soignants et aux résidents de profiter pleinement de leur pause déjeuner. Le premier entretien prévu à 13h30 obligeait le binôme à se dépêcher et ne les mettait pas dans de bonnes conditions.

3.2.2. Masque chirurgical

La situation sanitaire a contraint le port du masque pour toutes les personnes présentes sur le lieu de l'expérimentation. Cette obligation sanitaire affecte la compréhension du langage non-verbal pour les patients avec un TNCM (Gil & Arroyo-Anlló, 2021). Par conséquent, le port des masques a probablement influencé les résultats de notre étude.

4. Intérêts d'un accompagnement orthophonique de patients avec un TNCM en partenariat avec le cheval

L'HAS recommande une préservation de l'autonomie et du bien-être des patients avec un TNCM via un travail pluridisciplinaire autour : des compétences cognitives, de la sensorialité, de la communication, des troubles du comportement. Elle préconise aux stades sévères de la maladie, une stimulation tactile telle que le toucher relationnel pour éviter l'isolement sensoriel et psychique (*Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*, 2018). Au total, ces recommandations d'accompagnement sont toutes réunies dans les activités de méditation équine thérapeutique que pourrait proposer un orthophoniste.

4.1.Communication

L'animal, dans son rôle de médiateur, permet au patient de raconter, de commenter, de juger, d'observer, de (se) questionner. Une multitude de thèmes de discussion est envisageable : les souvenirs, le mode de vie de l'animal, son alimentation, son pansage, ses activités... D'autre part, le travail en partenariat avec un cheval permet de solliciter les prérequis nécessaires à la communication étayés par H. Montagner : l'attention visuelle soutenue, l'élan

à l'interaction, les comportements affiliatifs, l'organisation structurée et ciblée du geste, les comportements imitatifs ou en miroir (Montagner, 1997).

Dans notre étude, nous nous sommes aperçus que le cheval était, pour certains participants, un véritable interlocuteur, au même titre qu'une personne humaine. En effet, N. Parish- Plass, nous apprend que la relation triangulaire entre : le thérapeute et le patient, le thérapeute et l'animal, le patient et l'animal, implique de nouveaux échanges sociaux. Ainsi, lorsque la relation duelle est trop difficile à affronter, l'animal permet de faire le lien entre l'orthophoniste et le patient (Parish-Plass, 2008). Le cheval devient un adjuvant thérapeutique qui permet à l'orthophoniste d'atteindre ses objectifs. Dans notre étude, l'animal a fait office de médiateur : une soignante accompagnatrice s'est adressée au résident en lui disant : *« vous avez-vu Mme ? Cactus mange ses carottes ! Peut-être qu'il faudrait en faire autant et manger toute votre assiette et vos légumes ? Il serait fier de vous. »*.

T. Grandin, nous rappelle qu'il est plus facile pour des personnes avec autisme d'interagir avec des animaux, puisque ces derniers communiquent uniquement sur un plan non-verbal. Débarrassés du décodage de la communication verbale, l'échange avec les animaux est simplifié. Elle ajoute que les animaux sont moins exigeants que les hommes. En effet, pour communiquer et développer une amitié, ils n'ont ni besoin des compétences de communication, ni besoin d'avoir développé une relation sociale au préalable (Grandin et al., 2010). Également, dans son livre « L'enfant autiste en thérapie », L. Hameury regroupe plusieurs études scientifiques mettant en avant les bénéfices d'une médiation équine thérapeutique sur la communication de patients atteints d'autisme (Hameury, 2017).

4.2.Sensorialité

Un travail en partenariat avec un cheval permet à l'orthophoniste d'aborder la sensorialité des patients avec un TNCM. En effet, comme expliqué précédemment, à un stade avancé de la maladie, la communication s'effectue davantage sur le plan sensoriel que sur le plan verbal. Aussi est-il important de stimuler les sens des patients avec un TNCM afin de maintenir leur communication.

Par exemple, un travail tactile peut s'effectuer autour des différentes textures du pelage (tête, corps, crins) captées lors des caresses. Un travail sur l'audition peut porter sur les sons qu'émet le cheval et que le résident d'EPHAD n'a pas l'habitude d'entendre (le bruit des sabots, le hennissement, la forte respiration, ...). Enfin, l'olfaction est sollicitée par l'odeur forte du cheval, du crottin, du cuir des équipements, des aliments... En outre, une simple activité de

pansage ou d'alimentation requière plusieurs traitements : analyse des informations tactiles (telles que la chaleur dégagée par l'animal, la fraîcheur de la bave du cheval, la rugosité des poils de la brosse), visuelles, auditives et olfactives. Elle peut également solliciter la mémoire procédurale (pour les patients agriculteurs retraités).

4.3.Mémoire

L'accordage Homme-Cheval se réalise souvent sur un plan émotionnel (Scopa et al., 2019). Les patients avec un TNCM mémorisent mieux des stimuli lorsqu'ils sont chargés émotionnellement (Sava & Chainay, 2013). Dès lors, il n'est pas étonnant que certains participants se soient rappelés leur expérience quelques jours plus tard. En revanche, certains participants se sont remémorés le nom de leurs chevaux et de leur race, alors qu'ils ne se rappelaient pas le nom de leurs enfants.

De plus, le cheval prend une place particulière dans le lieu de réalisation de l'étude, puisque le département de la Manche possède la filière équine la plus dynamique en France (*La filière équine en Basse-Normandie : observatoire économique et foncier*, 2014). Le cheval prend une place importante auprès des personnes âgées manchoises, car cette génération très agricole (Cornière, 2001) a pu côtoyer les chevaux à différentes occasions : travail agricole dans les champs, réunions de courses hippiques de pays (trot ou galop), concours de saut d'obstacles (Galey, 2015).

4.4. Bienfaits liés à l'environnement extérieur

Proposer une activité de médiation équine thérapeutique à l'extérieur de la structure d'accueil, implique de nombreux bénéfices secondaires. En effet, l'exposition à la lumière du soleil augmente la production de béta-endorphine (hormone du bien-être), diminue la pression artérielle, diminue le risque d'apparition de maladie auto-immunes et du diabète de type 1 (Holick, 2016).

De plus, une séance de médiation équine thérapeutique en extérieur permet aux bénéficiaires de se mouvoir et de participer à des activités physiques (exemple : parcours). En effet, une activité physique réduit le risque de déclin cognitif (Erickson et al., 2012), prévient l'apparition de sarcopénie, réduit l'incidence des chutes, améliore la fonction cardiaque, conserve l'autonomie et diminue la mortalité (Mareschal & Genton, 2014).

4.5. Bienfaits pour l'équipe soignante

Les effets de la médiation équine thérapeutique sur les thérapeutes et sur l'équipe soignante sont encore peu documentés. Cependant, comme vu précédemment, le cheval influence l'Homme, peu importe son statut (qu'il soit thérapeute, soignant ou patient). Par ailleurs, le questionnaire de satisfaction suggère que la participation à une telle activité pourrait être bénéfique pour le bien-être de l'équipe soignante. En effet, aux questions « *Comment vous êtes-vous sentis en présence du cheval ?* » et « *Comment vous êtes-vous sentis au travail après la séance avec le cheval ?* », onze soignants ont répondu « *serein(e)* » et un soignant a répondu « *euphorique* ».

Également, à travers le questionnaire et les retours oraux, nous nous sommes aperçus que les soignants ne connaissent pas bien leurs résidents. Alors qu'ils pratiquent des gestes de nursing très intimes, la plupart n'ont que peu d'éléments sur la vie personnelle des résidents. Pour certains soignants, cette expérimentation a permis de prendre du temps avec les résidents sans s'occuper d'eux, juste à les écouter. Par exemple, l'observation de l'entretien d'un résident a permis à une soignante accompagnatrice de se rendre compte qu'elle surestimait ses compétences : « *Je ne pensais pas que c'était si compliqué pour ce monsieur* ». Pour d'autres, ce fût l'occasion d'abandonner la dualité soigné/soignant pour pouvoir échanger. Par exemple, un participant a expliqué à une soignante comment panser un cheval : cette dernière s'est prise au jeu et a brossé le cheval sous les ordres du résident.

Toujours est-il qu'un engagement de l'équipe soignante est indispensable pour mettre en place des activités de médiation équine thérapeutique. En effet, selon les recommandations de l'HAS, l'accompagnement des patients avec TNCM doit être écosystémique (*Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*, 2018).

5. Perspectives de recherches

5.1. Difficultés de la recherche en orthophonie et en médiation animale

La profession manque cruellement d'organismes se consacrant à la recherche et les doctorants n'existent toujours pas, malgré un parcours universitaire mis en place depuis 2013 (Rousseau et al., 2014). Pourtant, les orthophonistes doivent justifier l'efficacité de leurs pratiques en utilisant les ressources scientifiques les plus pertinentes.

Ainsi, comment est-il possible de se baser sur l'EBP si les recherches n'existent pas ? La difficulté de réalisation de recherches en orthophonie réside dans la mise en place de la méthodologie. En effet, l'EBP suppose de s'appuyer sur des études avec des méthodologies suffisamment robustes pour établir des preuves scientifiques (essais comparatifs randomisés, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, ...). Néanmoins, une étude à propos des comportements humains s'avère plus périlleuse à réaliser qu'une étude sur des données objectives (ex : taux de CO² dans l'air). En effet, si une population semble homogène à première vue, il existe en réalité une multitude de variables interpersonnelles (environnement familial et professionnel, niveau socio-économique, histoire de vie...) influençant les comportements. Ce sont ces variables interpersonnelles qui remettent en question les recherches en orthophonie ; et dans notre étude, « l'effet » du cheval sur la communication des patients atteints d'un TNCM.

Par conséquent, une poursuite des recherches à ce sujet est essentielle. Bien qu'aucune méthodologie parfaite n'existe pour justifier du bien-fondé de la médiation équine thérapeutique, il s'agit de conduire un grand nombre d'études statistiques et cliniques afin de faire valoir cette pratique chez les orthophonistes et plus généralement dans les structures médico-sociales.

5.2.Intérêt de poursuivre ce travail

Cette étude étant la première sur le cheval et la communication de patients avec un TNCM, il nous semblait difficile d'évaluer l'effet d'un suivi à long terme avec le cheval, sans avoir préalablement évalué l'intérêt de sa présence. De plus, n'étant pas orthophoniste, nous ne pouvions pas prétendre à réaliser des séances. Dans un premier temps, afin de confirmer les tendances observées, notre étude demande à être répliquée sur un échantillon multicentrique plus important. Ensuite, la recherche devrait se poursuivre à propos de l'impact d'une prise en soin orthophonique en partenariat avec le cheval sur les compétences communicationnelles des patients avec un TNCM.

Par ailleurs, comme exposé précédemment, il est difficile de différencier l'influence du cheval de l'influence du thème de la discussion, sur les compétences communicationnelles. Pour obtenir plus de certitudes, nous pourrions réitérer l'étude en utilisant un autre thème comme la peinture ou le jardinage.

Néanmoins, d'autres réflexions émanent de cette étude, et pourraient constituer des pistes de recherches ultérieures.

5.2.1. Les troubles du comportement des patients avec un TNCM

L'objectif secondaire de notre étude sur les troubles du comportement, n'a pas pu être traité. Notre étude pourrait être répliquée en anticipant les problèmes logistiques, et en proposant une activité de médiation équine thérapeutique à long terme.

5.2.2. La consommation de psychotrope des patients avec un TNCM

Les troubles du comportement étant implicitement liés à la consommation de psychotropes, une étude pourrait porter sur leur consommation, pour des patients bénéficiant de séances de médiation équine thérapeutique. Si les résultats sont concluants, ils pourraient questionner la déprescription médicamenteuse comme le recommande l'HAS (*Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*, 2018).

5.2.3. L'équipe soignante

Notre étude a intéressé les soignants, et beaucoup souhaitent voir naître un projet de médiation animale au sein de leur structure. Nous savons que le bien-être des soignants influence la qualité des soins qu'ils procurent. En effet, M. Chagneau met en avant l'épuisement des soignants travaillant en EHPAD, et propose un programme d'accompagnement (Chagneau, 2019). A l'instar de ce programme basé sur la médiation de pleine conscience, l'épreuve des trois arbres, les groupes de parole, la formation des soignants ; une étude pourrait évaluer les bienfaits de la participation à des activités de médiation équine thérapeutique sur le bien-être de l'équipe soignante. Cette évaluation mettrait en évidence le cercle vertueux de la médiation animale pour tous les acteurs qui y prennent part.

CONCLUSION

Pour conclure, cette étude avait pour objectif d'observer les effets de la présence d'un cheval sur la communication verbale et non-verbale des patients avec un trouble neurocognitif majeur associé à la maladie d'Alzheimer. Nous nous sommes intéressés à ces deux aspects de la communication puisque la littérature indique un maintien des comportements non-verbaux, même à un stade avancé de la maladie. L'objectif secondaire de l'étude portait sur l'évaluation de l'influence de la présence d'un cheval sur les troubles du comportement des patients avec un trouble neurocognitif majeur.

Grâce à une grille d'évaluation des compétences communicationnelles en situation écologique (la GECCO), notre étude met en évidence l'influence de la présence d'un cheval sur la quantité et la cohérence du discours verbal et non-verbal de patients avec un trouble neurocognitif majeur. Notre objectif secondaire n'a pas pu être évalué pour des raisons organisationnelles. Par ailleurs, un questionnaire de satisfaction des soignants met en évidence leur intérêt pour cette pratique, et soulève des questionnements sur l'importance de leur implication dans la mise en place d'une activité de médiation équine thérapeutique. Ces résultats sont prometteurs car si la présence d'un cheval influence la communication, des séances de médiation équine thérapeutique sont probablement bénéfiques sur la communication de ces patients et sur de nombreux autres aspects.

Si notre étude n'a pu évaluer l'impact du cheval sur les troubles du comportement, la littérature tend à prouver que la médiation équine thérapeutique affecte la qualité de vie des patients en réduisant ces troubles et en augmentant leur bien-être. La consommation de psychotropes étant étroitement liée aux difficultés comportementales, de futures recherches pourraient porter sur l'influence de la médiation équine thérapeutique et la consommation des psychotropes ; véritable enjeu de santé publique. Ainsi la recherche doit-elle se poursuivre afin de justifier l'intérêt de la médiation équine thérapeutique auprès des patients avec un trouble neurocognitif majeur associé à la maladie d'Alzheimer.

BIBLIOGRAPHIE

- Arfeux-Vaucher, G., Ploton, L., Rigaux, N., Pellissier, J., & Vion-Dury, J. (2012). *Les démences au croisement des non-savoirs : Chemins de la complexité*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Barrois, C., Jean, P., Lebon, C., & Muller, E. (2020). Une thérapie psycho-corporelle. In *Médiation thérapeutique avec le cheval* (p. 67-118). Eres. <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/mediation-therapeutique-avec-le-cheval--9782749266671.htm>
- Beiger, F., & Dibou, G. (2017). *La zoothérapie auprès des personnes âgées : Une pratique professionnelle*.
- Benoit, M., Staccini, P., Brocker, P., Benhamidat, T., Bertogliati, C., Lechowski, L., Tortrat, D., & Robert, P. H. (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer : Résultats de l'étude REAL.FR. *La Revue de Médecine Interne*, 24, 319s-324s. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(03\)80690-2](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(03)80690-2)
- Bernabei, V., De Ronchi, D., La Ferla, T., Moretti, F., Tonelli, L., Ferrari, B., Forlani, M., & Atti, A. R. (2013). Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders : A review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(6), 762-773. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.12.014>
- Bonin-Guillaume, S., Martin, G., Zafack, J., Gentile, G., Allaria-Lapierre, V., Sciortino, V., Thirion, X., & Micallef, J. (2014). Consommation d'antipsychotiques chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées de la cohorte PACA-Alz 2010. *Thérapies*, 69(3), 213-222. <https://doi.org/10.2515/therapie/2014015>
- Boude, J. (2019). *Impact de la présence du chien sur la communication non-verbale de patients âgées atteints d'une démence de type Alzheimer dans le cadre d'un atelier conversationnel dirigé* [Mémoire du Certificat de capacité d'orthophoniste]. Strasbourg.
- Chagneau, M. (2019). *Une approche humaniste de la souffrance au travail. : Effet d'un programme de soutien multidimensionnel sur les professionnels d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)* [Thèse de doctorat, Université d'Angers]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03065091/document>
- Charbonnier, L. (2017). *Thérapie facilitée par l'animal et maladie d'Alzheimer : Quels bénéfices pour la communication ?* [Mémoire du Certificat de capacité d'orthophoniste, UNS Orthophonie - Université

- Nice Sophia Antipolis - Département d'orthophonie]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01521380/document>
- Charlot, V. (2013). Les changements sensoriels et émotionnels. In *Vivre avec Alzheimer* (p. 119-134). Mardaga. <http://www.cairn.info/vivre-avec-alzheimer--9782804701673-page-119.htm>
- Cheval et Diversité. (s. d.). *Paysage général des activités équestres pour le public spécifique*. Fédération Française d'Équitation. Consulté 13 mars 2020, à l'adresse [file:///C:/Users/Utilisateur1/Downloads/Tableau_Activites_equestres%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur1/Downloads/Tableau_Activites_equestres%20(1).pdf)
- Cornière, P. (2001). Deux siècles d'agriculture dans la Manche. *Études Normandes*, 50(3), 69-79. <https://doi.org/10.3406/etnor.2001.1428>
- Delaby, S., Rousseau, T., & Gatignol, P. (2011). Intérêt d'une thérapie écosystémique chez des patients âgés ayant une maladie d'Alzheimer sévère. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(63), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.02.001>
- Delacour, M. (2012). *Communication et maladie d'Alzheimer : Le chien libérateur d'émotions* [Mémoire du Certificat de capacité d'orthophoniste]. Université de Strasbourg.
- Derouesné, C. (2013). Mental disorders due to brain lesions in the DSM-5 in the light of the previous versions. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 11(4), 403-415. <https://doi.org/10.1684/pnv.2013.0436>
- Di Pastena, A. (2014). *Communication verbale et non verbale dans la maladie d'Alzheimer : Une atteinte globale ou différenciée ?* [Thèse de psychologie]. Université Charles de Gaulle -Lille III.
- Dujardin, K., & Lemaire, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Masson. <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294701658>
- Erickson, K. I., Weinstein, A. M., & Lopez, O. L. (2012). Physical Activity, Brain Plasticity, and Alzheimer's Disease. *Archives of Medical Research*, 43(8), 615-621. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2012.09.008>
- Favre, N. (2017). L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 130(3), 85. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.130.0085>
- Feil, N., & Klerk-Rubin, V. de. (2018). *Validation mode d'emploi : La méthode en pratique* (John Libbey Eurotext). Pradel. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1840897>
- Fondation Adrienne et Pierre Sommer. (2018). *Personnes âgées et médiation animale : Cahier n°1*.

- Galey, B.-P. (2015). *Le patrimoine équestre de la région Basse-Normandie : Rapport d'inspection*. Inspecteur général des affaires culturelles. file:///C:/Users/Utilisateur1/Downloads/201508_RapportInspection2014-37_Le_patrimoine_equestre_de_le_regionenBasseNormandie%20(2).pdf
- Gil, R., & Arroyo-Anlló, E. M. (2021). Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(1), 9-14. <https://doi.org/10.3233/JAD-201233>
- Grain, T., & Rousseau, T. (2014). *L'expression des émotions dans la maladie d'Alzheimer : Verbalisation et troubles du comportement*. 114, 47-61.
- Grandgeorge, M., & Hausberger, M. (2011). Human-animal relationships : From daily life to animal-assisted therapies. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 47(4), 397-408. https://doi.org/10.4415/ANN_11_04_12
- Grandin, T., Fine, A. H., & Bowers, C. M. (2010). The use of therapy animals with individuals with autism spectrum disorders. In *Handbook on Animal-Assisted Therapy* (p. 247-264). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-381453-1.10013-3>
- Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. (2018). HAS.
- Hameury, L. (2017). *L'enfant autiste en thérapie avec le cheval : Un soin complémentaire validé par la recherche* (Connaissances et Savoirs).
- Handlin, L., Nilsson, A., Lidfors, L., Petersson, M., & Uvnäs-Moberg, K. (2018). The Effects of a Therapy Dog on the Blood Pressure and Heart Rate of Older Residents in a Nursing Home. *Anthrozoös*, 31(5), 567-576. <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1505268>
- Holick, M. F. (2016). Biological Effects of Sunlight, Ultraviolet Radiation, Visible Light, Infrared Radiation and Vitamin D for Health. *Anticancer Research*, 36(3), 1345-1356.
- Institut français du cheval et de l'équitation. (2018). *La médiation équine : Qu'en pensent les scientifiques ?* IFCE. *JORF n°0124 du 1 juin 2018 texte n° 20*. (s. d.). Légifrance. Consulté 18 mars 2020, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000036970192
- Kamioka, H., Okada, S., Tsutani, K., Park, H., Okuizumi, H., Handa, S., Oshio, T., Park, S.-J., Kitayuguchi, J., Abe, T., Honda, T., & Mutoh, Y. (2014). Effectiveness of animal-assisted therapy : A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(2), 371-390. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.12.016>

- Kenigsberg, P.-A., Aquino, J.-P., Berard, A., Boucart, M., Bouccara, D., Brand, G., Charras, K., Garcia-Larrea, L., Gzil, F., Krolak-Salmon, P., madjlessi, A., Malaquin-Pavan, É., Penicaud, L., Platel, H., Pozzo, T., Reintjens, C., Salmon, É., Vergnon, L., & Robert, P. (2015). Sensory functions and Alzheimer's disease : A multi-disciplinary approach. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(3), 243-258. <https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0553>
- Kurrle, S. E., Day, R., & Cameron, I. D. (2004). The perils of pet ownership : A new fall-injury risk factor. *Medical Journal of Australia*, 181(11-12), 682-683. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06523.x>
- La filière équine en Basse-Normandie : Observatoire économique et foncier.* (2014). Conseil des chevaux de Basse-Normandie. <https://www.ifce.fr/wp-content/uploads/2015/07/OESC-OER-Plaquette-Basse-Normandie-2014.pdf>
- La maladie d'Alzheimer en chiffres.* (s. d.). France Alzheimer. Consulté 15 septembre 2019, à l'adresse <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/>
- Langley, S. J. (2005). Relationship between exposure to domestic allergens and bronchial hyperresponsiveness in non-sensitised, atopic asthmatic subjects. *Thorax*, 60(1), 17-21. <https://doi.org/10.1136/thx.2004.027839>
- Levinson, B. M. (1962). The dog as a « co-therapist ». *Mental Hygiene*, 46, 59-65.
- Lheureux-Davidse, C. (2018). L'apport de la clinique de l'autisme pour mieux comprendre et rencontrer des personnes avec une maladie d'Alzheimer. In *Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* (p. 345-387). ERES. <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/et-si-alzheimers-et-autismes-avaient-un-lien--9782749257556.htm>
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). *L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : Intérêt des recommandations pour la pratique clinique.* 52(257-Recherche en orthophonie-logopédie et identité professionnelle), 71-82.
- Mainville, C. (2018). Particularités et troubles sensoriels, l'apport des interventions avec le cheval. In *La médiation équine : Qu'en pensent les scientifiques ?* (p. 46-52). IFCE.
- Majić, T., Gutzmann, H., Heinz, A., Lang, U. E., & Rapp, M. A. (2013). Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia : A Matched Case-Control Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1052-1059. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.004>

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.

- (2009). HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
- Mareschal, J., & Genton, L. (2014). Activité physique et santé chez la personne âgée : Évidences et recommandations. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(4), 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2014.09.003>
- McCabe, B. W., Baun, M. M., Speich, D., & Agrawal, S. (2002). Resident Dog in the Alzheimer's Special Care Unit. *Western Journal of Nursing Research*, 24(6), 684-696. <https://doi.org/10.1177/019394502320555421>
- Mérou, A. (2020). *Participation active du chien médiateur à la prise en soin orthophonique : Impact sur la communication et le bien-être de patients présentant une Démence de Type Alzheimer ou maladie apparentée résidant en EHPAD.*
- Michalon, S. (2018). *Etude des fonctions frontales dans la maladie d'Alzheimer Impact sur l'autonomie et les interactions communicationnelles* [Université d'Angers]. <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.19136.58887>
- Montagner, H. (1997). Les compétences-sociales : Une nouvelle grille de lecture des constructions enfantines et de leurs anomalies. *Communication et organisation*, 12. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.1979>
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C., & Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness : Data from an Italian case-control study. *Psychogeriatrics*, 11(2), 125-129. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x>
- Nicolas, S., Guillery-Girard, B., & Eustache, F. (2007). *Les maladies de la mémoire* (In press). In Press.
- Odendaal, J. S. J. (2000). Animal-assisted therapy—Magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 275-280. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00183-5)
- Overall, K. L., & Love, M. (2001). Dog bites to humans—Demography, epidemiology, injury, and risk. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 218(12), 1923-1934. <https://doi.org/10.2460/javma.2001.218.1923>
- Parish-Plass, N. (2008). Animal-Assisted Therapy with Children Suffering from Insecure Attachment Due to Abuse and Neglect : A Method to Lower the Risk of Intergenerational Transmission of Abuse? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 7-30. <https://doi.org/10.1177/1359104507086338>

- Pauw, J. (2000). Therapeutic Horseback Riding Studies : Problems Experienced by Researchers. *Physiotherapy*, 86(10), 523-527. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)60986-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60986-8)
- Peyo, *cheval de coeur* (Vol. 1). (2017). Equideo. <https://www.equideo.be/videos/peyo-cheval-de-coeur-partie-1/>
- Picard, D., & Marc, E. (2015). *L'École de Palo Alto*. Presses Universitaires de France. <http://www.cairn.info/l-ecole-de-palo-alto--9782130731504.htm>
- Poujol, A. (2009). *La thérapie facilitée par le chien auprès des personnes âgées résidant en institution* [Thèse d'exercice, médecine vétérinaire]. Université Paul-Sabatier.
- Recommandation de bonne pratique, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge.* (2011). HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
- Richeson, N. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 18(6), 353-358. <https://doi.org/10.1177/153331750301800610>
- Rousseau, T. (2008). *Les approches thérapeutiques en orthophonie* (Vol. 4). Ortho édition.
- Rousseau, T. (2011). Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 11(65), 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.04.006>
- Rousseau, T. (2018). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Elsevier Masson.
- Rousseau, T., Gatignol, P., & Topouzkhianian, S. (2014). *Formats de la recherche en orthophonie*. 52(257- Recherche en orthophonie-logopédie et identité professionnelle), 57-70.
- Sabadell, V., Tcherniack, V., & Michalon, S. (2018). *Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques* (De Boeck Supérieur).
- Sava, A.-A., & Chainay, H. (2013). *Effets des émotions sur la mémoire dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal*. 5(4), 255-263. <https://doi.org/10.1684/nrp.2013.0255>
- Schiaratura, L. T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(3), 183-188. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0140>
- Scopa, C., Contalbrigo, L., Greco, A., Lanatà, A., Scilingo, E. P., & Baragli, P. (2019). Emotional Transfer in Human–Horse Interaction : New Perspectives on Equine Assisted Interventions. *Animals*, 9(12), 1030. <https://doi.org/10.3390/ani9121030>

- Servais, V. (1999). Enquête sur le « pouvoir thérapeutique » des dauphins. *Ethnographie d'une recherche. Observer l'animal*, 25, 92-105.
- Servais, V. (2007). La relation homme-animal : La relation à l'animal peut-elle devenir significative, donc thérapeutique, dans le traitement des maladies psychiques ? *Enfances & Psy*, 35(2), 46. <https://doi.org/10.3917/ep.035.0046>
- Sillou, J.-M. (2016). *Efficacité de la thérapie assistée par l'animal sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence* [Thèse]. LAPCOS - Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales.
- Thomas-Anterion, C., & Laurent, B. (2006). Les marqueurs neuropsychologiques du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Revue Neurologique*, 162(10), 913-920. [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(06\)75100-1](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(06)75100-1)
- Tribet, J., Boucharlat, M., & Myslinski, M. (2008). Le soutien psychologique assisté par l'animal à des personnes atteintes de pathologies démentielles sévères. *L'Encéphale*, 34(2), 183-186. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.01.006>
- Trosch, M. (2020). *Cognition sociale interspécifique du cheval à l'égard de l'être humain* [Thèse de doctorat, Ecole doctorale SSBCV]. https://mediatheque.ifce.fr/doc_num.php?explnum_id=25945
- Un accord de collaboration signé par la Fédération Française d'Équitation et France Alzheimer*. (2020, septembre 13). [Text]. FFE. <https://www.ffe.com/Actualites-Federales/Un-accord-de-collaboration-signé-par-la-Federation-Francaise-d-Equitation-et-France-Alzheimer>
- Vaillant-Ciszewicz, A.-J., Rossi, R., Quaderi, A., & Palazzolo, J. (2017). Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.06.004>
- Zhao, Q.-F., Tan, L., Wang, H.-F., Jiang, T., Tan, M.-S., Tan, L., Xu, W., Li, J.-Q., Wang, J., Lai, T.-J., & Yu, J.-T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease : Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 264-271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.069>

TABLE DES ANNEXES

Annexe A : Lettre d'information.....	48
Annexe B : Formulaire de consentement	51
Annexe C : Convention entre le Haras de la baie et le centre hospitalier de l'Estran.....	53
Annexe D : Photos pour le premier entretien (tirées de la GECCO)	56
Annexe E : Photos pour le second entretien.....	57
Annexe F : Exemple d'une grille de synthèse de la GECCO.....	58
Annexe G : Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante.....	59
Annexe H : Questionnaire à destination des soignants	74

Annexe A : Lettre d'information



Faculté de
Médecine
et Pharmacie
Université
de Poitiers

Centre Hospitalier
de l'Estran

« Etude sur l'impact de la présence du poney dans
l'accompagnement orthophonique de patients souffrants de
troubles neurocognitifs majeurs »

LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS

Mémoire de recherche dans le cadre de la validation du Certification de Compétences en Orthophonie

Investigateur :

Julie BELLOIR (étudiante au centre de formation universitaire en orthophonie de
Poitiers)

L'isle 50170 Pontorson

06.80.18.10.94 | julie.belloir@etu-univ-poitiers.fr

Directeurs de mémoire :

Nicole DENNI-KRICHEL (orthophoniste libérale et formatrice)

16 Rue de l'Elmerforst, 67200 Strasbourg

03 88 29 02 28 | n.denni-krichel@wanadoo.fr

Dr Philippe SERRAND (président de la CME)

Centre hospitalier de l'Estran, 7 Chaussée de villechérél 50170 Pontorson

02.33.60.74.16 | philippe.serrand@ch-estran.fr

Sandrine BORIE-PINEAU (orthophoniste)

3 Allée des Maraîchers, 44230 Saint-Sébastien-sur-Loire

02 40 80 71 83 | sandrine.borie1@orange.fr

Promoteur de la recherche :

Dr Philippe SERRAND

Centre Hospitalier de l'estran

7 Chaussée de villecherel 50170 Pontorson

02.33.60.74 16 | philippe.serrand@ch-estran.fr



Objectif de l'étude : Etudier l'impact de la présence d'un poney sur la communication de patients atteints d'une démence de type Alzheimer.

Déroulement : L'expérimentation se déroule en deux séances filmées de 15 minutes au sein du centre hospitalier de l'Estran.

- Première séance : L'investigateur procède à la passation de la Grille d'Evaluation des capacités de communication (GECCO) avec le résident et accompagné d'un soignant.
- Deuxième séance : le résident est accompagné d'un soignant sur le lieu de passation. L'investigateur procède à la passation de la GECCO avec la présence d'un soignant et d'un poney. Ce dernier sera tenu par un professionnel compétent (membre du personnel du Haras de la baie).

La GECCO (Grille d'Evaluation des capacités de communication) est composée de trois parties :

- Une entrevue dirigée
- Une tâche d'échange d'informations
- Une discussion libre

Pour chaque résident inclus dans l'étude, le soignant référent devra remplir un questionnaire avant et après les séances sur le comportement des résidents : l'NPI-ES (L'inventaire neuropsychiatrique-version équipe soignante).

Les scores obtenus à la GECCO pour chaque résident aux deux séances seront comparés. De la même façon, les scores obtenus au NPI avant et après la séance avec le poney seront comparés.

Informations réglementaires sur le traitement des données : Les données personnelles de chaque résident recueillies seront enregistrées et anonymisées, les vidéos floutées. Également, les données seront conservées deux ans à compter de leur date d'enregistrement.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée ; vous disposez d'un droit d'accès et de rectification en contactant Julie BELLOIR (julie.belloir@etu.univ-poitiers.fr). Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.



« Etude sur l'impact de la présence du poney dans l'accompagnement orthophonique de patients souffrants de troubles neurocognitifs majeurs »

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données récoltées et traitées dans le cadre de cette recherche.

Droits à la confidentialité : Toutes les données personnelles recueillies dans cette étude seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles. Celles-ci seront conservées dans un fichier informatique respectant la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée. Les résultats obtenus anonymisés à l'issue du traitement des enregistrements feront l'objet d'une soutenance orale de mémoire. Ils pourront également faire l'objet de publications scientifiques, mais l'identité des participants ne sera pas révélée, et aucun renseignement pouvant révéler votre identité ne sera dévoilé (floutage des yeux).

Contraintes et risques de l'étude : À notre connaissance, votre participation à ce projet de recherche ne vous fera courir aucun risque sur le plan médical. Toutes les précautions nécessaires seront prises pour réduire les risques de coups et morsures lors de la séance avec le poney. En effet, vous serez accompagné par un professionnel compétent à la tête de l'animal (membre du personnel du Haras de la baie). Il n'y a aucun inconvénient direct pouvant découler de votre participation, si ce n'est que vous pourriez ressentir un certain état de frustration, de stress ou de fatigue relié à l'étude, notamment en lien avec l'enregistrement vidéo, le transport et le temps consacré à la recherche.

Avantages et bénéfices de l'étude : L'étude ne comporte aucun avantage direct sur les résidents. Les résultats anonymisés de cette étude pourront être utilisés par les orthophonistes pour de futures prises en charges, mais également par des structures médico-sociales. En effet, cette recherche viendra appuyer des réflexions sur la déprescription médicamenteuse en gériatrie et les conditions de vie des résidents institutionnalisés atteints d'une démence de type Alzheimer.

Droit de poser des questions : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche à tout moment en communiquant avec les responsables du projet à Julie BELLOIR (julie.belloir@etu.univ-poitiers.fr ou au 06.80.18.10.94), Dr SERRAND (philippe.serrand@ch-estran.fr ou au 02.33.60.74.16).

Droit de retrait de la recherche : La participation à cette étude est entièrement volontaire. Il est possible d'arrêter à tout moment étude sans avoir à donner de raisons et sans en subir aucune conséquence de quelque sorte que ce soit.

Annexe B : Formulaire de consentement



« Etude sur l'impact de la présence du poney dans l'accompagnement orthophonique de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs »

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT- version résidents

L'étudiante Julie BELLOIR m'a proposé de participer à une étude visant à évaluer l'impact de la présence du poney dans l'accompagnement orthophonique de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs. Cette étude est réalisée dans le cadre de la validation du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'ai pu poser toutes les questions que je voulais et j'ai reçu des réponses adaptées. J'ai pris également connaissance des risques et bénéfices inhérents à l'étude.

J'ai bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre ces informations et le présent consentement.

J'ai bien noté que les données recueillies me concernant resteront strictement confidentielles et j'accepte qu'elles fassent l'objet d'un traitement informatisé par Julie BELLOIR.

J'ai bien noté que mon droit d'accès et de rectification prévu par la loi n° 78-17 du 6

janvier 1978, modifiée s'exerce à tout moment auprès de Julie BELLOIR

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et de me retirer à n'importe quel moment de l'étude sans avoir à me justifier et sans conséquences.

J'accepte que les résultats anonymisés de l'étude soient publiés et communiqués par Julie BELLOIR.

J'accepte d'être filmé et que mon image floutée soit utilisée pour besoin de l'étude.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans ce document. J'ai bien noté qu'il me sera remis un exemplaire du présent formulaire de consentement signé.

Je soussigné(e).....(Nom, Prénom), accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite. Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur de l'ensemble de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait à, le

Signatures du participant (précédée de la mention « lu et approuvé ») et de l'investigateur :



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – version représentants légaux

L'étudiante Julie BELLOIR m'a proposé de participer à une étude visant à évaluer l'impact de la présence du poney dans l'accompagnement orthophonique de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs. Cette étude est réalisée dans le cadre de la validation du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus et j'ai pu poser toutes les questions que je voulais et j'ai reçu des réponses adaptées. J'ai pris également connaissance des risques et bénéfices inhérents à l'étude.

J'ai bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre ces informations et le présent consentement.

J'ai bien noté que les données recueillies concernant la personne que je représente resteront strictement confidentielles et j'accepte qu'elles fassent l'objet d'un traitement informatisé par Julie BELLOIR.

J'ai bien noté que mon droit d'accès et de rectification prévu par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée s'exerce à tout moment auprès de Julie BELLOIR

Je soussigné(e).....(Nom, Prénom), atteste que je suis le représentant légal de..... (Nom, prénom) et que j'ai l'autorisation de signer ce formulaire de consentement permettant sa participation à l'étude décrite ci-dessus.

Fait à, le

Signatures du représentant légal (précédée de la mention « lu et approuvé ») et de l'investigateur :

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter, de refuser ou de retirer la participation de la personne que je représente à cette étude à n'importe quel moment de l'étude sans avoir à me justifier et sans conséquences.

J'accepte que les résultats anonymisés de l'étude soient publiés et communiqués par Julie BELLOIR.

J'accepte que la personne que je représente soit filmée et que son image floutée soit utilisée pour besoin de l'étude.

J'accepte librement la participation de la personne que je représente à cette étude dans les conditions précisées dans ce document.

J'ai bien noté qu'il me sera remis un exemplaire du présent formulaire de consentement signé.

Annexe C : Convention entre le Haras de la baie et le centre hospitalier de l'Estran



Convention de mise en place d'une étude sur l'impact de la présence d'un cheval sur la communication des résidents atteints de démences type Alzheimer

Entre les parties ci-dessous désignées :

Le Centre Hospitalier de l'Estran, domicilié 7 chaussée Villecherel à PONTORSON (50170) et représenté par Monsieur BLOT, Directeur ; ci-après dénommé « établissement »,

Et

Le haras de la Baie, domicilié à l'Isle à Pontorson, représenté par Monsieur BELLOIR, Propriétaire ; ci-après dénommé « intervenant »,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet

L'intervenant s'engage à mettre à disposition un cheval dans le cadre d'une étude sur l'impact de la présence d'un cheval sur la communication non verbale de résidents atteints de démence type Alzheimer au sein de l'EHPAD « le jardin des épices ».

Article 2 : Déroulement de l'étude

L'étude se déroule en deux séances filmées de 20 minutes au sein du Centre hospitalier de l'Estran.

Lors de la première séance, le chercheur (stagiaire en orthophonie) procède à la passation de la grille d'évaluation des capacités de communication (GECCO) accompagné d'un soignant de l'EHPAD « le jardin des épices ». Lors de cette première évaluation, le cheval n'est pas présent.

Lors de la seconde séance, le patient est accompagné d'un soignant et du chercheur qui procède à la passation de la GECCO avec la présence du cheval. Ce dernier sera encadré par un professionnel du haras de la Baie.

Pour chaque résident inclu dans l'étude, le soignant référent devra remplir un questionnaire avant et après les séances sur le comportement des patients : l'NPI-ES (l'inventaire neuropsychiatrique-version équipe soignante). Les scores obtenus à la GECCO pour chaque résident aux deux séances seront comparés. De la même façon, les scores obtenus au NPI avant et après la séance avec le cheval seront comparés.

Article 3 : Calendrier de l'étude

L'étude se déroulera du 18 mai au 31 août 2020.

Les bilans d'évaluation en présence du cheval auront lieu durant les mois de juillet et août 2020.

Article 4 : Formation de l'intervenant

L'intervenant est un professionnel formé et membre du personnel du Haras de la baie.

Article 5 : Coût de l'intervention

Cette étude est organisée à titre gracieux.

Article 6 : Obligations de l'intervenant

En tant que propriétaire de l'animal, l'intervenant se chargera de son éducation et de sa socialisation en lien avec la stagiaire en orthophonie et assurera le suivi de la bonne santé de l'animal en association avec un vétérinaire.

L'intervenant sera vigilant par rapport au bien-être de l'animal ainsi qu'à l'application des mesures d'hygiène et de traçabilité, afin d'assurer la mise en place et le suivi des activités thérapeutiques ; éléments qu'il devra être en mesure de fournir à l'établissement sans préavis et à tout moment.

Article 7 : Assurances

L'établissement, en tant qu'organisateur d'activités thérapeutiques au profit de ses résidents, est assuré pour ces risques de responsabilité dans le cadre de la présente convention.

L'intervenant, propriétaire de l'animal souscrit personnellement une police d'assurance responsabilité civile en prévention des dommages pouvant être causés par son animal pendant les activités thérapeutiques et en dehors de ces activités.

En tout état de cause, l'ensemble des dommages, tant matériels que physique, pouvant être causés par l'animal dans l'enceinte de l'établissement doivent faire l'objet d'une couverture assurantielle.

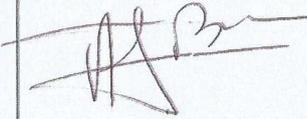
Article 8 : Date d'effet et résolution de litige

La présente convention prend effet le 18 mai 2020 et se termine le 31 août 2020.

Elle pourra être dénoncée, à tout moment, par l'une ou l'autre des parties.

Toute difficulté dans l'application de la présente convention donnera lieu en priorité, à la recherche d'une solution amiable entre l'établissement et l'intervenant en préservant l'intérêt des résidents et la continuité du service public hospitalier.

Fait à PONTORSON,
le 23 avril 2020,

Stéphane BLOT Directeur de l'établissement	Monsieur BELLOIR Intervenant (propriétaire du haras de la Baie)
	

Annexe D : Photos pour le premier entretien (tirées de la GECCO)



Annexe E : Photos pour le second entretien



Annexe F : Exemple d'une grille de synthèse de la GECCO

x x Synthèse du bilan du 03/02/2020 durée totale : 5 min	Actes adéquats		Actes inadéquats						Total inadéquat	Total
	Grammaticale	Lexicale	Absence de cohésion		Absence de feed back		Absence de cohérence			
			Situation	Interlocuteur	Continuité thématique	Progression rhématique	Relation	Contradiction		
Questions Oui / Non	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Questions wh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Questions Rhétorique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Réponses Oui / Non	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Réponses wh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Réponses Qualification	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Description Identification	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Description Possession	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Description Evénement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Description Propriété	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Description Localisation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Affirmation Règles / Faits	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Affirmation Evaluation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Affirmation Etat interne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Affirmation Attribution	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Affirmation Explication	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mécanismes conversationnels	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Performative	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Divers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Non verbal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0		0			0			0



Inventaire neuropsychiatrique

NPI-ES Version Équipe Soignante

INSTRUCTIONS

BUT

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) **mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante**. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur **les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient**. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.

Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

- Le but de l'interview.
- Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles.
- Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant d'autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation).
- Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par "oui" ou "non".

Il est important de :

- Déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- Recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez "NON" et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex : le soignant répond "NON" à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer "OUI" et poser les sous-questions.

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est "OUI", il faut alors poser les sous questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu "OUI" à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse "OUI" de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous-questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en "NON".

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté "NA" (Non Applicable, dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter "NA".

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

- "Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions) ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ?".

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

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

- "Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? A quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ?

- 1 **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
- 2 **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
- 3 **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit : $\text{score du domaine} = \text{fréquence} \times \text{gravité}$

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative **au retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant**.

Pour se faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

- 0 **Pas du tout**
- 1 **Perturbation minimum** : presque aucun changement dans les activités de routine.
- 2 **Légèrement** : quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
- 3 **Modérément** : désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
- 4 **Assez sévèrement** : désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
- 5 **Très sévèrement ou extrêmement** : très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Pour chaque domaine, il y a donc 4 scores possibles :
Fréquence, Gravité, (fréquence x gravité), Retentissement sur les activités professionnelles.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines.

L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En recherche clinique il existe plusieurs scores (cut off) possibles.

En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

RÉFÉRENCE

Sisco F., Taurel M., Lafont V., Bertogliati C., Baudu C., Giordana J.Y., Braccini T., Robert P.H. Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique, 14 : 151-171, 2000. Copyrights : Centre mémoire de ressources et de recherche - CHU de Nice.



Inventaire neuropsychiatrique NPI-ES

Nom du patient :		Prénom du patient :	
Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :	

Fonction de la personne interviewée : _____

Type de relation avec le patient :

- très proche/prodigue des soins quotidiens,
 proche/s'occupe souvent du patient,
 pas très proche/donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadaptée (non applicable) - F x G = Fréquence x Gravité					
ITEMS	NA	Absent	Fréquence	Gravité	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4	1 2 3	
			x	= F x G	
				Retentissement	
				1 2 3 4 5	
Idées délirantes.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Hallucinations.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Anxiété.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/Euphorie.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Désinhibition.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
SCORE TOTAL 10 <input type="text"/>					
CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS					
Sommeil.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 x	1 2 3 =	1 2 3 4 5
SCORE TOTAL 2 <input type="text"/>					
SCORE TOTAL 12 <input type="text"/>					

A IDÉES DÉLIRANTES		NA <input type="checkbox"/>	
- "Le patient/la patiente croit-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 ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe ? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles ?			
NON : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes.			

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger** : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente 1
- Moyen** : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente 2
- Important** : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout** 0
- Minimum** 1
- Légalement** 2
- Modérément** 3
- Sévèrement** 4
- Très sévèrement, extrêmement** 5

B HALLUCINATIONS		NA <input type="checkbox"/>	
- Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? 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 ? * (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient/la patiente s'adresse-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?			
NON : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes, des animaux, des lumières, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations.			

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente 1
- Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et stressantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges 2
- Important : les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

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

C AGITATION / AGRESSIVITÉ		NA <input type="checkbox"/>	
- Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant(e) et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ?			
NON : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation.			

FRÉQUENCE

- 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**

GRAVITÉ

- Léger** : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant **1**
- Moyen** : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler **2**
- Important** : l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire **3**

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

- À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?
- Pas du tout **0**
 - Minimum **1**
 - Légèrement **2**
 - Modérément **3**
 - Sévèrement **4**
 - Très sévèrement, extrêmement **5**

D DÉPRESSION / DYSPHORIE		NA <input type="checkbox"/>
- "Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?"		
NON : passez à la section suivante OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous		
		OUI NON
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.		

FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	<input type="checkbox"/>	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	<input type="checkbox"/>	4

GRAVITÉ

Léger : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant	<input type="checkbox"/>	1
Moyen : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager	<input type="checkbox"/>	2
Important : l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager	<input type="checkbox"/>	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	0
Minimum	<input type="checkbox"/>	1
Légerement	<input type="checkbox"/>	2
Modérément	<input type="checkbox"/>	3
Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Très sévèrement, extrêmement	<input type="checkbox"/>	5

E ANXIÉTÉ		NA <input type="checkbox"/>	
- "Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapable de se détendre? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ?"			
NON : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? (s'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e) ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.			

FRÉQUENCE

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

GRAVITÉ

Léger : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant	1
Moyen : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager	2
Important : l'état d'anxiété est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est-il perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

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

F EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE		NA <input type="checkbox"/>
- "Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ?"		
NON : passez à la section suivante OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous		
	OUI	NON
1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôles ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie.		

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger : le patient/la patiente semble parfois trop heureux/se 1
- Moyen : le patient/la patiente semble parfois trop heureux/se et cela provoque des comportements étranges quelquefois 2
- Important : le patient/la patiente semble presque toujours trop heureux/se et pratiquement tout l'amuse 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

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

G APATHIE / INDIFFÉRENCE		NA <input type="checkbox"/>	
- "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 participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?"			
NON : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ? (ne coter que si la conversation est possible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété.			

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger : le patient/la patiente manifeste parfois une perte d'intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités 1
- Moyen : le patient/la patiente manifeste une perte d'intérêt pour les choses qui ne s'atténue qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. 2
- Important : le patient/la patiente manifeste une complète perte d'intérêt et de motivation 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout 0
- Minimum 1
- Légalement 2
- Modérément 3
- Sévèrement 4
- Très sévèrement, extrêmement 5

H DÉSINHIBITION		NA <input type="checkbox"/>	
- "Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ?"			
NON : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition.			

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger** : le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier 1
- Moyen** : le patient/la patiente est très impulsif/ve et son comportement est difficile à modifier 2
- Important** : le patient/la patiente est toujours impulsif/ve et son comportement est à peu près impossible à modifier 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout** 0
- Minimum** 1
- Légalement** 2
- Modérément** 3
- Sévèrement** 4
- Très sévèrement, extrêmement** 5

1 IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR		NA <input type="checkbox"/>	
- "Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé/e ? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e) ?"			
NDN : passez à la section suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous	
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle "sort de ses gonds" facilement pour des petits riens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur.			

FREQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger : le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier 1
- Moyen : le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier 2
- Important : le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

- À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?
- Pas du tout 0
 - Minimum 1
 - Légèrement 2
 - Modérément 3
 - Sévèrement 4
 - Très sévèrement, extrêmement 5

1 COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT		NA <input type="checkbox"/>	
- "Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il/elle reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)"			
NON : passez à la section suivante OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous			
		OUI	NON
1.	Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant.			

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger** : le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes 1
- Moyen** : les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant 2
- Important** : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossibles à contrôler par le soignant 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

- Pas du tout** 0
- Minimum** 1
- Légalement** 2
- Modérément** 3
- Sévèrement** 4
- Très sévèrement, extrêmement** 5

K SOMMEIL		NA <input type="checkbox"/>
<p>- Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez "NA".</p> <p>"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) ? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres ?"</p> <p>NON : passez à la section suivante OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous</p>		
		OUI NON
1.	Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient/la patiente se lève uniquement une fois ou deux fois par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	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 ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Commentaires : Si la réponse à la question se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil.</p>		

FRÉQUENCE

- 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

GRAVITÉ

- Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente 1
- Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents 2
- Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient/la patiente durant la nuit 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

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

L APPÉTIT / TROUBLES DE L'APPÉTIT		NA
- "Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans 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 suivante		OUI : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous
		OUI NON
1.	Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger, par exemple, trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Commentaires : Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger.		

FRÉQUENCE

- "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

GRAVITÉ

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants 1

Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids 2

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient 3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

À quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail ?

Pas du tout 0

Minimum 1

Légalement 2

Modérément 3

Sévèrement 4

Très sévèrement, extrêmement 5

Annexe H : Questionnaire à destination des soignants

**- MEDIATION EQUINE ET RESIDENTS SOUFFRANTS
D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR ASSOCIE A LA MALADIE D'ALZHEIMER -
QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES SOIGNANTS DU JARDIN DES EPICES**

Je tiens tout d'abord à vous remercier sincèrement pour votre collaboration à cette étude. J'envisage de vous faire un retour, une fois ma soutenance de mémoire passée. Pour ce faire, j'aurais souhaité recueillir votre avis sur l'expérience via le questionnaire suivant.

Retour du questionnaire souhaité avant le 31 juillet.

MEDIATION ANIMALE

1. Avant l'étude réalisée au sein de l'EHPAD, connaissiez-vous la médiation animale ? (cochez la réponse)

- Oui
 Non

Si oui, sous quelle forme ? Pour quel type de patient ? Avec quels animaux ?

2. Quel est votre point de vue sur la médiation animale ? (cochez la réponse)

- Enthousiasmé(e) par cette pratique
 Plutôt accord avec cette pratique
 Dubitatif(ve) avec cette pratique
 En désaccord avec cette pratique
 Pas d'avis sur la question

Pourquoi ?

3. Trouvez-vous cette pratique pertinente au sein de l'EHPAD ? (cochez la (les) réponse(s))

- Oui
 Non

Si oui, pour quel(s) résident(s) ?

- Résidents souffrants de la maladie d'Alzheimer
- Résidents ayant des troubles du comportement
- Résidents ayant vécu au contact des animaux
- Tous les résidents
- Autre :

4. Souhaiteriez-vous voir la médiation animale se développer au sein de votre établissement ? (cochez la (les) réponse(s))

- Oui
- Non

Si oui, seriez-vous prêt à participer à cette pratique ?

- Oui
- Non

EXPERIMENTATION

5. Comment vous êtes-vous sentis en présence du poney ? (cochez la (les) réponse(s))

- Serein(e)
- Nerveux(se)
- Angoissé(e)
- Euphorique
- Autre :

6. Comment vous êtes-vous sentis au travail après la séance avec le poney ? (cochez la (les) réponse(s))

- Serein(e)
- Nerveux(se)
- Angoissé(e)
- Euphorique
- Autre :

7. Comment avez-vous ressenti le résident en présence du poney ? (cochez la (les) réponse(s))

- Serein(e)
- Nerveux(se)
- Angoissé(e)
- Euphorique

Autre :

8. **Avez-vous perçu une (ou plusieurs) différence chez le résident entre les deux séances (avec et sans le poney) ?** (cochez la (les) réponse(s))

- Oui
 Non
 J'ai suivi le résident sur seulement une séance

Si oui, laquelle/lesquelles ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plus communicant en présence du poney | <input type="checkbox"/> Discours moins cohérent |
| <input type="checkbox"/> Moins communicant en présence du poney | <input type="checkbox"/> Meilleures capacités attentionnelles |
| <input type="checkbox"/> Discours plus cohérent | <input type="checkbox"/> Moins bonnes capacités attentionnelles |

Autre ?

9. **Avez-vous une perception du résident après l'avoir accompagné ?** (cochez la (les) réponse(s))

- Oui
 Non

Si oui, en quoi ?

- Nouvelle relation qui s'établit
 Perception différente du résident sur le plan affectif/émotionnel
 Perception différente sur l'histoire de vie du résident

Autre ?

10. **Les jours suivants, le résident a-t-il évoqué l'expérience (avec vous ou dans le service) ?** (cochez la réponse)

- Oui
 Non

11. **Avez-vous observé des changements comportementaux ? Communicationnels ?** (cochez la réponse)

- Oui
 Non

Si oui, lesquels ?

12. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

RÉSUMÉ

La littérature suggère que la thérapie assistée par les animaux peut améliorer les troubles du comportement associés à la maladie d'Alzheimer. Cependant, les données ne permettent pas de démontrer l'efficacité de cette pratique sur les troubles de la communication. L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de la présence d'un cheval sur la communication et les troubles du comportement de patients avec un trouble neurocognitif majeurs associé à la maladie d'Alzheimer. Les capacités de communication des vingt-et-un sujets ont été évaluées grâce à la GECCO, lors de deux entretiens similaires filmés. Le second entretien s'est effectué en présence d'un cheval. L'influence de ce dernier est mesurée grâce à la fréquence des actes de langage, des actes de langage adéquats, des actes de langage inadéquats et des actes de langage non-verbaux. Les résultats suggèrent une influence qualitative et quantitative de la présence du cheval sur la communication. Malgré des biais méthodologiques, cette étude soulève des réflexions quant à l'intérêt d'un accompagnement orthophonique en partenariat avec un cheval. D'autres études sont nécessaires pour généraliser les résultats obtenus.

Mots-clés : médiation équine thérapeutique, trouble neurocognitif majeur, maladie d'Alzheimer, communication, orthophonie.

ABSTRACT

Current literature suggests that horse-assisted therapy may improve behavioural disorders associated with Alzheimer's disease. However, effectiveness of this practice cannot be established on communication disorders. This study assesses whether the presence of horse influences communication and behavioural disorders in patients with a major neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease. The twenty-one subject's communication skills were investigated with GECCO, ecological assessment grid. Subjects participated in two similar interviews videotaped, and the second one was carried out in the presence of a horse. The horse influence was measured by the frequency of speech acts, adequate speech acts, inadequate speech acts and non-verbal speech acts. These results suggest that presence of the horse influenced quality and quantity of communication. Despite methodological biases, this study provides reflections on speech therapist/horse partnership. Further research is needed to generalize this result.

Keywords: Horse assisted therapy, neurocognitive disorder, Alzheimer's disease, communication, speech therapy.