



HAL
open science

Ressenti du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée par l'animal : étude qualitative dans le Grand Est en 2020

Claire Rodriguez

► **To cite this version:**

Claire Rodriguez. Ressenti du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée par l'animal : étude qualitative dans le Grand Est en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03805961

HAL Id: hal-03805961

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805961v1>

Submitted on 7 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2020

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

RODRIGUEZ Claire

Le 24 septembre 2020

**Ressenti du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée
par l'animal : étude qualitative dans le Grand Est en 2020.**

Membres du jury :

Mme le Professeur C. Perret-Guillaume

Président du jury

M. le Professeur J. Paysant

Juge

M. le Professeur M. Klein

Juge

Mme le Docteur C. Kaiser

Juge et Directrice de Thèse



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Étudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND –
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY –
Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE -
Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE -
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER –
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN –
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
- Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE -
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL –
Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN -
Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER –
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER –
Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER -
Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET –
Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS –
Luc PICARD - François PLENAT -
Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER –
Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –
Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY –
Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –
Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –
Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –

Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3° sous-section : (Médecine générale)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Éva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse

Madame le Professeur C. Perret Guillaume

Professeure des Universités Praticien Hospitalier de Gériatrie

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Nous vous assurons de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur J. Paysant

Professeur des Universités Praticien Hospitalier de Médecine physique et de réadaptation

Nous sommes honorés de soumettre notre travail à votre jugement.

Vous nous avez initiés à l'importance des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie des patients atteints de handicap dès nos premières années à la faculté.

Soyez assuré du profond respect et de la gratitude que nous vous portons.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur M. Klein

Professeur des Universités- Praticien Hospitalier d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques

Vous avez accepté avec enthousiasme de juger notre travail.

Nous sommes fières d'avoir bénéficié de votre enseignement.

Nous vous prions d'accepter ici le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Madame le Docteur C. Kaiser

Docteur en médecine générale

Vous nous avez guidés dans ce travail.

Nous vous remercions pour l'accueil que vous nous avez réservé, pour votre disponibilité, votre investissement et vos précieux conseils. Vous nous avez encouragés et soutenus lorsque nous doutions.

Soyez assurée de tous nos remerciements et de notre plus profond respect.

A ma famille et mes amis

Vous illuminez ma vie et je saisis trop peu les occasions de vous dire que *je vous aime*.

Merci tout particulièrement :

A mes parents : Vous avez toujours été là pour moi. Vous m'avez encouragée et accompagnée à chaque étape de ma vie. Merci pour votre soutien lorsque je n'ai plus de courage, vos paroles réconfortantes lorsque je doute, tous les repas partagés, les essais qui se mangent presque toujours, et les cafés au soleil pris durant cet été mouvementé. Merci pour les relectures, pour avoir accepté le silence imposé dans votre propre maison pendant mes entretiens et tous vos conseils.

A ma sœur, Sophie : Depuis le début de nos vies, tu fais tout ce chemin à mes côtés. Tu es le repère de ma vie, mon phare dans les ténèbres, mon âme-sœur, je n'y serais jamais arrivée sans toi. Merci pour ton soutien sans failles, nos conversations à rallonges, nos escapades à moins de 100km ou plus lointaines, nos projets et encore tellement de choses qu'il me serait difficile de toutes les énoncer.

A mon frère, Pierre et ma belle-sœur, Mélissa : Merci pour votre affection, pour m'avoir écoutée chaque samedi parler de ma thèse depuis de longs mois et pour m'avoir soutenue.

A mon neveu, Emilio : Tu es encore trop petit pour lire cette thèse, mais ta présence toute nouvelle dans ma vie m'emplit de joie ; il me tarde de te voir grandir et découvrir quel merveilleux petit homme tu es !

A ma loutre : Tu m'as inspirée ce sujet alors que nous étions à la station essence, tu as subi mes angoisses et mes nombreuses larmes, les pâtes à la sauce tomate et les croques monsieur tous les soirs faute de temps pour cuisiner, les audios au ralenti des soirées durant. Mais tu as toujours été là pour moi, pour me soutenir et m'apporter des mars glacés lorsque j'étais à bout. Pour ton amour et tes petites attentions, merci. Il me tarde de passer le reste de ma vie à tes côtés.

A Tiffany : De belle-sœur, tu es devenue amie. Merci pour ton soutien et nos dimanches aqua-gym. Il me tarde de fêter cette étape à Disney !

A Jean et Laure : Merci pour les soirées barbecues, votre soutien et votre enthousiasme. Jean, merci pour le meilleur tiramisu ! Laure, nos conversations sur la médiation animale m'ont convaincues de l'intérêt de faire ce travail, ton courage et ta force sont un modèle pour moi.

A mes Bretons préférés, Elodie et Seb : Merci pour toutes les fois où vous m'avez ouvert votre porte alors que je vous préviens au dernier moment que je traverse la France pour vous voir. Merci pour votre amitié si précieuse et les colis de caramel au beurre salé !

A tous mes co-internes rencontrés au cours de ces 3 ans, merci d'avoir été à mes côtés durant ces belles années et tout particulièrement à Alisson, merci pour ton soutien qui perdure depuis mes débuts en tant qu'interne ! A Anne So', bientôt ton tour, en attendant merci pour tes messages réconfortants et les restos remotivants ! A la Dream Team des Urgences pendant notre hiver de l'enfer ! Aux princesses de Bel Air, pour votre folie, votre bonne humeur et pour votre soutien, pour les journées à travailler aux Sœurs Saveurs avec toi Méliha.

Aux équipes des services de pédiatrie de Briey, des urgences de Bel Air, de médecine polyvalente de Bel Air, de diabétologie de Bel Air et les maîtres de stage qui m'ont accueillie pendant mon internat et notamment à Mathilde, que de chemin parcouru depuis notre rencontre lors de mon premier semestre et nos sorties running ! A Laura, il me tarde de repartir à la chasse aux restaurants et en vacances avec toi et prendre nos photos d'instagrammeuses ! A Marie-Anne Pidolle, qui m'a fait confiance et dont la bienveillance, la gentillesse et l'humanité me servent de modèles dans mon exercice professionnel. A Mme Créa pour votre gentillesse et votre savoir, il me tarde de faire partie de votre équipe ! A Stéphanie, pour ses enseignements, à Lucie, pour m'avoir poussée à m'y mettre pour de bon, à Nora, pour m'avoir aidée avec ses contacts, à Coralie, pour tous tes conseils avisés, nos points hebdomadaires à la piscine, tes encouragements et ton soutien si important à mes yeux : devenir votre collègue est une source de joie immense pour moi !

Aux équipes des trois établissements que j'ai interrogés : Merci de m'avoir accordé du temps pendant cette période si particulière, et d'avoir partagé avec moi vos anecdotes, histoires, points de vue et réflexions sur l'EHPAD et la médiation animale. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible. Merci tout particulièrement à Mme G., ergothérapeute, qui m'a soutenu dans ce projet dès le tout début, nos échanges ont été passionnants et votre aide inestimable. Merci également à Monsieur R., directeur d'EHPAD, votre aide a été très précieuse et votre bienveillance inspirante.

Enfin, à Chouquette : Tu es à mes côtés depuis que je suis en médecine. J'aurais pu faire une thèse rien que sur les bienfaits que tu m'apportes au quotidien, ce qui t'aurait davantage plu qu'une thèse sur ces satanés chiens ! Merci pour ton amour, pour tes miaulements qui ont ponctué la moitié de mes entretiens, pour ta patience lorsque tu aurais voulu qu'on se pose sur le canapé alors que je devais travailler et pour m'apprendre chaque jour à ralentir, à savourer des écrevisses et apprécier les bienfaits d'une bonne sieste au soleil !

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES	18
INTRODUCTION	19
1. Contexte.....	19
1.1. Vieillessement de la population	19
1.2. Dépenses de santé.....	19
1.3. Etat des lieux en institution	20
1.4. Pathologies rencontrées dans les EHPADs	20
1.5. Qualité de vie en EHPAD	22
2. La place du médecin généraliste.....	23
2.1. Approche centrée patient	23
2.2. Définition de la médecine générale	24
3. La place des thérapies non médicamenteuses	24
4. La thérapie assistée par l'animal	26
4.1. Naissance de la thérapie assistée par l'animal.....	26
4.2. Définition.....	29
4.3. Introduire un animal dans un espace de soin : le cadre législatif	30
4.4. La formation en médiation animale.....	30
4.5. Les chiens de médiation animale.....	32
5. Résultats et limites des études concernant la thérapie assistée par l'animal	33
5.1. Sur le plan de l'humeur	33
5.2. Sur le plan moteur	33
5.3. Sur le plan social	34
5.4. Sur le plan de la qualité de vie	34
5.5. Sur le plan de l'agitation et/ou l'agressivité.....	35
5.6. Sur le plan médicamenteux	35
5.7. Sur le plan environnemental.....	35
5.8. Sur le plan motivationnel et de l'estime de soi	35
5.9. Les autres champs étudiés	36
5.10. Les limites des études.....	36
6. Les autres animaux utilisés.....	37
6.1. Le chat	37

6.2. Les rongeurs	38
6.3. Les équidés	38
6.4. Autre	38
ARTICLE	39
1. Introduction	39
2. Matériel et Méthodes	41
2.1. Type d'étude	41
2.2. Population	41
2.3. Recueil des données	42
2.4. Analyse	43
3. Résultats	44
3.1. Répercussions pour les résidents	44
3.1.1. Sur le plan physique	44
3.1.1.1. Travail de la motricité	44
3.1.1.2. Stimulation	44
3.1.2. Sur le plan relationnel	44
3.1.2.1. Lien d'attachement	44
3.1.2.2. Communication	45
3.1.2.3. Relation affective et émotions	45
3.1.2.4. Présence	46
3.1.2.5. Prendre soin de l'autre	46
3.1.3. Sur le plan psychoaffectif	47
3.1.3.1. Joie, enthousiasme	47
3.1.3.2. Manifestations négatives	47
3.1.3.3. Moteur d'envie	47
3.1.3.4. Eveil	48
3.1.3.5. Travail de la mémoire et réveil des souvenirs	48
3.1.3.6. Apaisement	48
3.1.3.7. Sortir de la routine	48
3.2. Répercussions pour les professionnels	49
3.2.1. Sur le plan relationnel	49
3.2.2. Sur le plan psychoaffectif	49
3.2.3. Sur la pratique professionnelle	50

3.3.	Réflexions sur la relation soignant-soigné	50
3.3.1.	Problématiques relevées par le personnel en EHPAD.....	50
3.3.2.	Au sein du soin : l'effet facilitateur d'un auxiliaire thérapeutique	52
3.3.3.	Changer la perception du résident.....	53
3.3.4.	Propositions d'amélioration	53
4.	Discussion.....	55
4.1.	Forces et limites de l'étude.....	55
4.2.	Discussion des résultats.....	56
4.2.1.	Répercussions sur les résidents.....	56
4.2.2.	Répercussions sur les professionnels	56
4.2.3.	Répercussions sur la relation soignant-soigné	57
4.2.4.	Réflexions sur l'EHPAD et les personnes âgées	58
4.2.4.1.	Place de la personne âgée et de l'EHPAD dans la culture française	58
4.2.4.2.	Médicalisation et notion de qualité de vie.....	58
4.2.4.3.	Pistes d'amélioration abordées.....	59
4.3.	Ouverture.....	60
5.	Conclusion.....	61
	CONCLUSION	62
	BIBLIOGRAPHIE	65
	ANNEXES	77

LISTE DES ACRONYMES

AAA : Activités Assistées par l'Animal

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médicosociaux

CANIDEA : Confédération Nationale des organismes de chiens d'Aide à la personne

CARE : Capacités Aides et Ressources des séniors

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IAA : Intervention Assistée par l'Animal

IAHAIO : International Association of Human-Animal Interaction Organizations

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NPI : Inventaire Neuropsychiatrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QUALID : Quality Of Live in Late stage Dementia

QOL-AD : Quality of Life – Alzheimer Disease

RAMA : Relation d'Aide par la Médiation Animale

RNCP : Répertoire National des Certificats Professionnels

TAA : Thérapie Assistée par l'Animal

WHOQOL group : World Health Organization Quality Of Live group

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

1. Contexte

1.1. Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population constitue à la fois une victoire et un défi pour la société.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans va doubler entre 2000 et 2050 pour passer de 11% à environ 22% et les personnes âgées de plus de 80 ans seront multipliées par 4. (1) La France n'échappe pas à ce vieillissement.(2)Le dernier bilan démographique de l'Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE) rapporte qu'au premier janvier 2020, plus d'une personne sur cinq a un âge supérieur ou égal à 65 ans en France. L'augmentation de l'espérance de vie participe également au vieillissement de notre population, avec une espérance de vie à la naissance de 85.6 ans pour les femmes et de 79.7 ans pour les hommes ce qui correspond à un gain de 2 ans pour les hommes et de 1.2 an pour les femmes sur les 10 dernières années.(3)(4)

1.2. Dépenses de santé

L'augmentation de l'espérance de vie correspond à une augmentation des pathologies âge-dépendantes et des dépenses liées à la santé.(5)(6) Selon les estimations de l'INSEE, en considérant une répartition identique de la prise en charge entre domicile et établissements pour personnes âgées et selon le degré de perte d'autonomie de la population, le nombre de personnes âgées institutionnalisées s'accroît de 0.8% par an en moyenne jusqu'en 2021 puis entre 1.5% et 2.0% par an de 2023 à 2040.(7) Mais au-delà du nombre croissant d'institutionnalisation, ce sont également les dépenses consécutives aux soins aux personnes âgées en établissement qui se majorent avec 9.6 milliards d'euros dépensés en 2018 contre 8.6 milliards d'euros en 2013.(8) Les principaux pôles de dépenses sont les hospitalisations ponctuelles, les dépenses liées à la prise en charge des cancers et celles liées aux maladies psychiatriques (troubles de l'humeur et troubles psychotiques notamment) et la prise de psychotropes (traitements antidépresseurs et anxiolytiques). (9)(10)

1.3. Etat des lieux en institution

L'enquête nationale auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) réalisée tous les 4 ans par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) permet de faire le point sur la situation démographique et l'offre de soin en France métropolitaine. La dernière enquête, menée auprès de 11 000 établissements d'hébergement pour personnes âgées rapporte qu'au 31 décembre 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, dont 80% un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), soit 10% des personnes âgées de 75 ans et plus. Globalement, le niveau moyen de dépendance augmente au fil des ans puisqu'en 2011 tous établissements confondus, 81% des résidents étaient considérés en perte d'autonomie au sens de la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) (c'est-à-dire groupe iso-ressources 1 à 4) alors qu'en 2015 ce chiffre passe à 83%. Parmi les résidents, près de 260 000 sont atteints d'une maladie neuro-dégénérative c'est-à-dire au moins un tiers des personnes accueillies et 54% d'entre eux sont considérés comme très dépendants c'est-à-dire GIR 1 ou 2. Pour les actes de la vie quotidienne, 93% des résidents ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 86% pour s'habiller et 70% pour s'alimenter. Les problèmes de cohérence concernent 77% des résidents, la désorientation 83% et les troubles moteurs 75%. (11)

1.4. Pathologies rencontrées dans les EHPADs

L'enquête Capacités, Aides et Ressources des séniors (CARE) réalisée par la DREES de septembre à décembre 2016 avait pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des séniors, leurs difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines dont elles bénéficient. Cette étude met en évidence un état psychologique de l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées en moyenne inférieur à celui des personnes âgées vivant à domicile. Ainsi, 56% des résidents déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année contre 44% pour ceux vivant à domicile. Le manque de motivation pour les activités de la vie quotidienne est 7 fois supérieur chez les résidents d'établissement. Concernant la dépression, celle-ci est également plus fréquente puisque la moitié des résidents sont sous antidépresseurs (contre 1 sur 7 à domicile) et un tiers sont en situation de détresse psychologique. La présence d'affections somatiques, la fréquence et la qualité des relations sociales, les événements de la vie (deuil) sont les facteurs principaux associés à l'état psychologique. Plutôt que la fréquence

des visites, c'est le sentiment d'isolement qui représente le meilleur reflet du bien-être des résidents.(12) (13) Quant à l'étude EHPA, elle met en évidence que 40% des résidents d'EHPAD souffrent d'un état dépressif et 35% présentent des troubles chroniques du comportement. (14)

Plus de 70% des résidents en EHPAD sont atteints de Maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée. Dans ces pathologies, les symptômes psychologiques et comportementaux sont des manifestations fréquentes dont la prévalence augmente avec la progression de la maladie. On estime que sur une période de 5 ans, 90% des patients développent ces symptômes non cognitifs.(15) Parmi ces symptômes, l'apathie serait le plus fréquemment rencontré et ce dès les stades précoces. Elle peut être définie comme un manque d'intérêt et l'absence de réaction émotionnelle à un stimulus. L'étude STIM-EHPAD réalisée sur 16 EHPAD dans les Alpes Maritimes pour un total de 1371 résidents montre que 16.7% d'entre eux présentent un diagnostic d'apathie.(16) Cette fréquence est également retrouvée dans plusieurs autres études, et notamment l'étude longitudinale sur 5 ans de Steinberg et al, réalisée sur plus de 400 patients déments. Non seulement le plus fréquent, l'apathie est également le symptôme dont la sévérité est la plus forte, ce qui peut être expliqué par la persistance dans le temps de cet état. La dépression et les délires sont les autres symptômes les plus fréquemment mis en évidence.(17)

Plusieurs cohortes européennes et nord-américaines ont utilisé l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) comme outil d'évaluation des symptômes psychologiques et comportementaux et ont pu ainsi étudier leur fréquence. L'apathie est le symptôme le plus fréquemment retrouvé avec une fréquence entre 17% et 60.6%, avec les troubles affectifs tels que la dépression (fréquence entre 21% et 43.8%) et l'anxiété (fréquence entre 13% et 44.5%) ainsi que l'irritabilité (fréquence entre 17% et 38%) et l'agitation (fréquence entre 10% et 39.9%). Certains symptômes sont plus rares tels que l'euphorie, et d'autres comme les hallucinations sont peu fréquents au début de l'évolution de la démence mais sont plus souvent retrouvés dans les stades sévères. Ces symptômes non cognitifs sont retrouvés le plus souvent de manière associée chez un patient donné.(18)

1.5. Qualité de vie en EHPAD

Le concept de qualité de vie est au cœur des débats depuis de nombreuses années. En effet, dès 1991, un groupe de travail créé par l'OMS s'intéresse à la qualité de vie liée à la santé afin de la définir et la mesurer. Ce groupe est nommé le World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL group). La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » Il découle de cette définition un caractère subjectif de la qualité de vie, propre au point de vue de chacun, ainsi qu'un aspect multidimensionnel.(19)

Le livre blanc de la Gériatrie a réalisé des enquêtes afin d'élaborer un référentiel métier de la spécialité de Gériatrie. Il ressort, entre autres, qu'une minorité des personnes âgées se perçoit en bonne santé. En effet entre 65 et 74 ans, 53% des hommes et 50% des femmes se déclarent en bonne santé. Pour la classe des 74-84 ans, ces chiffres passent à 36% pour les hommes et 34% pour les femmes.(20)

Mais qu'en est-il de la qualité de vie en EHPAD ? Une enquête de satisfaction réalisée en 2007, en France, met en évidence que 86% des résidents déclarent vivre plutôt bien ou très bien dans leur établissement. Les critères d'insatisfaction qui ont été le plus évoqués sont les suivants : le fait de ne pas pouvoir sortir aussi souvent qu'ils l'aimeraient pour 38% d'entre eux, l'indisponibilité du personnel pour 15%, un manque de plaisir au moment des repas pour 15% et un manque d'activités pour 10%. Deux tiers des résidents signalent qu'il leur arrive d'être tristes ou angoissés, et un sur dix indique n'avoir personne à qui se confier dans ces moments. (21) L'EHPAD représente un lieu de vie où la qualité de vie de chaque résident doit être considérée quelles que soient ses difficultés. Devant ces éléments, l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) -aujourd'hui intégrée au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS)- a élaboré plusieurs recommandations concourant à la qualité de vie des résidents en EHPAD. Les recommandations, formulées sous la forme de 4 volets, ont pour vocation de fournir aux professionnels des pistes de réflexion et d'action dans les champs suivants : accueil de la personne et accompagnement, organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, vie sociale, accompagnement personnalisé de la santé du résident.(22)

Plusieurs études ont cherché les facteurs qui influencent la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées. Les facteurs identifiés comme ayant une influence positive sont le

maintien des liens et des relations interpersonnelles, l'environnement et le cadre de vie, la qualité des soins, le respect des normes éthiques dans l'offre de soins et particulièrement dans le maintien de l'autonomie et de l'estime de soi, ainsi que l'accès à des activités porteuses de sens. En revanche, les facteurs identifiés comme ayant une influence négative sur la qualité de vie sont un état dépressif sous-estimé ou sous diagnostiqué, les troubles sensoriels à l'origine de retrait et d'isolement, et la dépendance dans les activités de la vie quotidienne.

Même si la qualité de vie est au cœur des réflexions, elle reste fréquemment confondue avec la qualité des soins. Ainsi, la « théorie de l'écart » définit la qualité de vie comme l'écart qu'il peut exister entre les attentes d'un individu et sa réalité. Par exemple, des personnes en mauvaise santé peuvent considérer avoir une bonne qualité de vie car leur expérience concorde avec leurs attentes.(23) Une étude belge a étudié ce concept et mis en évidence que la perception des soignants de la qualité de vie des résidents dont ils s'occupent est plus faible que la qualité de vie perçue par les personnes âgées elles-mêmes. Cette différence de perception pourrait avoir pour conséquence des comportements et des attitudes inadaptées des soignants aux besoins réels des résidents.(24)

2. La place du médecin généraliste

2.1. Approche centrée patient

Cette transition démographique et épidémiologique avec l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques explique l'évolution du système de santé français depuis ces dernières années. En effet, des nouvelles stratégies de prises en charge se sont développées, davantage centrées sur la qualité de vie et dans une approche globale, continue et multidimensionnelle. Par la prise en considération des besoins du patient, celui-ci se retrouve au centre de la prise en charge : c'est ce qu'on appelle l'approche centrée patient. (25) Cette démarche est fondée sur un partenariat avec le patient, ses proches et le professionnel de santé pour construire ensemble le projet de soins, son suivi et son ajustement dans le temps.(26)

2.2. Définition de la médecine générale

Ces principes et ces valeurs sont au cœur de la médecine générale.

L'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes -la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) a défini le rôle du médecin généraliste comme suit : « les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »(27)

Cette approche globale doit être poursuivie également dans les établissements médicosociaux où le médecin généraliste garde tout son rôle de coordination entre les différents professionnels, au service du résident et de promotion de la santé dans toutes ses dimensions.(28)

3. La place des thérapies non médicamenteuses

Compte tenu de l'absence d'innovations médicamenteuses et de traitement curatif des démences, plusieurs approches non pharmacologiques se sont développées.

Ces approches sont définies par « ce qu'elles ne sont pas » c'est-à-dire médicamenteuses. La HAS indique dans son rapport sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs : « Les interventions non médicamenteuses sont à ce jour préconisées en

première intention parce qu'elles peuvent être efficaces à visée préventive, mais aussi à visée curative, et qu'elles peuvent souvent permettre d'éviter le recours à des traitements médicamenteux. Elles peuvent être utilisées en synergie avec les traitements pharmacologiques qui devraient être employés quand la sévérité des symptômes psychologiques et comportementaux met en danger le patient, altère son fonctionnement ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage. »(29)

Il s'agit d'un large éventail d'actions impliquant directement et activement le patient (par exemple lors de la pratique d'un exercice, évocation du passé et des souvenirs autobiographiques « *reminiscence therapy* ») et/ou son entourage physique (écoute musicale, aromathérapie, jardins thérapeutiques, art-thérapie) ou social (par l'intermédiaire du soignant utilisant des techniques de communication adaptées, formation à la résolution de problème, mise en place de routines nocturnes pour lutter contre les troubles du sommeil). La Thérapie Assistée par l'animal, qui sera détaillée plus loin, fait partie des approches qui peuvent être proposées et implique à la fois activement le patient, son entourage physique et social.(30)
(31)

Leur objectif étant d'optimiser la prise en charge globale du patient, ces thérapies ciblent différents aspects de la maladie selon la thérapie utilisée : fonctionnement cognitif, troubles du comportement, autonomie, bien-être du patient. Elles s'appuient sur les capacités restantes et non sur les déficits, dans une perspective fonctionnelle.(32)

Afin de favoriser l'implication du patient au cours des différentes interventions, il semble évident de s'intéresser aux centres d'intérêt de chaque patient et de cibler pour chaque patient l'approche qui répondra le mieux à ses intérêts, ses besoins et ses attentes. Avec plus de 6 millions de foyer en France en 2017 possédant au moins un chien et plus de 8 millions possédant au moins un chat, les animaux de compagnie ont une grande popularité au sein des foyers français.(33) Une étude réalisée en EHPAD sur 45 résidents à qui le questionnaire « Demographic and Pet History Questionnaire » a été remis montre que les patients ont une intimité émotionnelle et une histoire personnelle forte avec les animaux. Cette étude met en évidence qu'une majorité des résidents souhaiterait avoir un animal en EHPAD s'ils en avaient le choix.(34)

4. La thérapie assistée par l'animal

4.1. Naissance de la thérapie assistée par l'animal

- Les premières expériences

La genèse de la thérapie assistée par l'animal n'a pas de date précise. Depuis longtemps, l'homme dispose d'un lien étroit avec les animaux : d'abord comme outil de travail, puis comme animal de compagnie et enfin comme animal de thérapie.

La première trace d'utilisation des animaux comme outil thérapeutique semble remonter au IX^{ème} siècle, dans la ville de Gheel en Belgique. Des oiseaux ont été confiés à des malades en convalescence dans le but de valoriser leur confiance en eux-mêmes.

En France, la première trace d'éducation de chien pour guider les personnes aveugles semble remonter à 1750 dans l'hôpital parisien Quinze-Vingt, spécialisé en ophtalmologie. Des décennies plus tard, cette expérience est tentée par un déficient visuel autrichien. Johann Wilhelm Klein, le fondateur de l'institut pour aveugles de Vienne, publie en 1819 l'un des premiers textes d'éducation de chiens guides dans lequel l'usage d'un harnais adapté sur des caniches et des bergers est recommandé.

William Tuke, en Angleterre, fonda en 1796 l'institut York Retreat suite à la constatation des conditions de vie déplorables des patients atteints de maladie mentale d'un asile de York. Dans cet institut, pour responsabiliser les patients, des lapins et des volailles sont confiés aux patients.(35)

Une institution pour épileptiques à Benfield en Allemagne a développé à partir de 1867 des programmes alternatifs avec de l'équitation thérapeutique et des activités avec des chiens.

Aux Etats-Unis il faudra vraisemblablement attendre la fin de la première guerre mondiale pour trouver une trace d'utilisation des chiens comme aide thérapeutique. Pour venir en aide aux soldats traumatisés, les infirmières du Pawling Army Air Force Convalescent Hospital de New York ont l'idée de proposer aux patients des chiens comme compagnon.

- Emergence du concept de chien guide d'aveugle

La naissance du concept de chien guide tel qu'on le connaît aujourd'hui remonte à la fin de la première guerre mondiale en Allemagne, alors que des milliers de soldats ont perdu la vue à cause des effets du gaz moutarde. Le médecin Gerhard Stalling, maître d'un berger allemand, a l'idée de laisser son chien en compagnie d'un de ses patients malvoyant. En constatant l'attitude protectrice de son chien envers son patient, il a l'idée de proposer aux vétérans aveugles les services de chiens qu'il avait dressés pendant la guerre à retrouver les soldats blessés. Le programme a duré une décennie puis a été repris par l'association allemande de bergers allemands, qui a ouvert un centre d'éducation à Postdam en 1923. Peu après, en 1927, une philanthrope américaine, Dorothy Harrison Eustis, qui éduque des chiens pour l'armée suisse, publie un article après s'être rendue dans le centre de Postdam. Elle est alors sollicitée par Morris Frank, un homme de 19 ans vivant dans le Tennessee, qui souhaite avoir un chien guide. Tous deux s'associent et créent en 1929 la première école de chiens guides américaine, The Seeing Eye, à Nashville dans le Tennessee. Le même type d'école voit le jour en Suisse (1928 – La Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi) et en Grande Bretagne (1933 – Guide Dog Association for the Blind). En France, c'est un ouvrier du textile à Roubaix, Paul Corteville, qui lance le mouvement chien guide après avoir entendu les expériences menées dans les pays voisins. Il se lie d'amitié avec une personne déficiente visuelle et lui remet après un an d'expérimentation, la première chienne guide française en 1952. Il fonde en 1958 l'Association des chiens guides d'aveugles de Roubaix qui devient ensuite Les Chiens guides d'aveugles Centre Paul Corteville.

- Naissance du concept de zoothérapie

C'est Boris Levinson, un pédopsychiatre américain, qui est considéré comme le pionnier de la thérapie assistée par l'animal en évoquant pour la première fois en 1953 le rôle de catalyseur social de l'animal envers l'humain. C'est par hasard qu'il remarqua l'influence positive de son chien, Jingles, resté par mégarde dans son bureau, au cours d'une séance avec John, un enfant autiste et mutique. A la fin de la séance, John s'est mis à parler et demanda à revenir uniquement pour voir le chien. Fort de cette expérience, Boris Levinson répéta l'expérience et développa la théorie de la « pet-oriented child psychotherapy » où le chien est considéré comme un véritable co-thérapeute, prémice de ce que l'on appelle aujourd'hui la zoothérapie.

(36)

- Diversification des chiens d'assistance

C'est Bonita Bergin, docteure en psychologie qui eut l'idée en 1975 d'éduquer le premier chien d'assistance pour personne à mobilité réduite. Elle développe alors son propre programme et l'association Canine Companions for Independence. Elle forma de nombreuses personnes et notamment Marie-Claude Lebreton qui crée ensuite en 1989 l'association Handi'Chiens.

En 1976 Ange Condoret, vétérinaire français, développe une nouvelle stratégie de prise en charge des enfants souffrant de troubles du langage : l'Intervention Animale Modulée Précoce (IAMP). Celle-ci consiste à favoriser la communication non verbale par le contact avec des animaux chez des enfants de maternelle présentant des troubles de communication.(37)

En 1977 Roy G. Kabat, un intermittent du spectacle spécialisé dans les animaux exotiques, fonde Dogs for the Deaf après avoir été contacté par une femme déficiente auditive dont le chien lui signalait les sons de la maison. C'est ainsi qu'est né le concept de « chiens écouteurs ». Cette découverte se poursuit en Australie avec la création de Australian Lions Hearing Dogs en 1980 et dans de nombreux autres pays. En France, il faudra attendre 2010 pour que l'association des chiens du silence soit fondée.

En 1981 la fondation MIRA est créée par Eric Saint Pierre au Québec : d'abord à vocation de fournir des chiens aux déficients visuels, elle se diversifie rapidement, notamment dans la remise de chiens d'assistance aux enfants, tout en créant des antennes en Europe. Parmi ces antennes, on peut citer la Fondation Frederic Gaillanne, reconnue d'utilité publique en 2014, qui est la seule au monde à remettre des chiens d'éveil à des enfants déficients visuels de moins de 6 ans.

En 1999 un premier article scientifique évoque l'aptitude des chiens à signaler la survenue de crises d'épilepsie. Plusieurs associations éduquent alors des chiens pour cela : Support Dogs en Angleterre dont les premiers essais remontent à 1992, ESCAPE en France à partir de 2017 et Handi'Chiens à partir de 2018.

Dans les années 90, suite aux conflits en Irak, plusieurs associations américaines remettent aux vétérans américains atteints du syndrome de stress post-traumatique des chiens d'assistance.

En 1999 Mark Ruefenacht, diabétique de type 1, remarque que son chien change d'attitude et de comportement alors que sa glycémie chute. De là est née l'idée que des chiens pourraient être éduqués à détecter et signaler les hypoglycémies. L'association Dogs4Diabetics est née en Californie en 2004, puis l'association française ACADIA en 2015, pour former des chiens d'alerte pour diabétiques.

Aujourd'hui, les recherches se poursuivent et de nouveaux champs d'implication sont découverts régulièrement : chiens d'alerte cardiaque, aide aux enfants victimes du syndrome d'alcoolisation fœtale,... (38)

4.2. Définition

L'IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations) est une association fondée en 1992 qui regroupe des organisations nationales traitant de la relation entre l'homme et l'animal. L'objectif est de donner un cadre plus formel aux rendez-vous internationaux qui réunissent ces organisations et de contribuer à la compréhension de la relation entre l'homme et l'animal. Le livre blanc de l'IAHAIO a proposé une définition de l'Intervention Assistée par l'animal et précise les différences entre Thérapie Assistée par l'animal et Activités assistées par l'animal.

L'intervention assistée par l'animal (IAA) est une « intervention avec des objectifs orientés où l'animal est intentionnellement présent pour agir dans le domaine de la santé, l'éducation et le champ social dans le but d'apporter des effets thérapeutiques chez le bénéficiaire. »

« La Thérapie assistée par l'animal (TAA) a un objectif orienté, planifié et à vocation thérapeutique structurée et dirigée et/ou réalisée par des professionnels de la santé, de l'éducation et du soin. Les effets de l'intervention sont évalués et inclus dans les écrits professionnels. La TAA est réalisée et/ou dirigée par un professionnel dont l'expertise est reconnue dans le cadre de sa pratique professionnelle. La TAA met l'accent sur l'amélioration du fonctionnement physique, cognitif, comportemental et/ou socio-affectif du bénéficiaire. »

Une grande variété de professionnels peut donc intégrer la TAA : il pourrait s'agir de médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes, spécialistes certifiés en loisirs thérapeutiques, infirmières, travailleurs sociaux, orthophonistes ou des professionnels de la santé mentale. (39)

« Les Activités assistées par l'animal (AAA) sont des interactions ou des visites informelles souvent menées par un bénévole et son animal avec des objectifs de motivation, d'éducation ou de récréation. Ces interactions n'ont aucun objectif de traitement. Les AAA sont généralement proposées par des personnes qui n'ont pas de qualification ou de compétences dans le domaine de la santé, l'éducation ou le soin. Le duo Homme et Animal doit, au moins, avoir reçu une formation initiale avec une évaluation de sa capacité à participer à des visites informelles. (40)

Dans la pratique, la distinction est parfois difficile à faire.

4.3. Introduire un animal dans un espace de soin : le cadre législatif

Aujourd'hui, il n'existe pas de texte encadrant l'activité de médiation par l'animal.

Le décret 2003-462 du 21 mai 2003 fait référence à l'article R1112-48 du code de la santé publique qui interdit formellement l'accès des animaux domestiques dans l'enceinte d'un hôpital tout en précisant que les chiens guides d'aveugles sont autorisés dans les espaces publics mais pas dans les chambres et les salles de soins.

Avec la législation actuelle, la présence animale en établissements de santé ne peut donc être acceptée qu'après avis et accord de la direction, du chef de service, du coordonnateur de la lutte contre les infections associées aux soins et de l'équipe opérationnelle d'hygiène.(41)

Sauf exception, les établissements sociaux ne sont pas soumis aux mêmes règles que les établissements hospitaliers. Leurs conseils d'administration décident d'accepter ou non la présence d'animaux dans leurs établissements et le précisent dans le règlement intérieur.(42)

4.4. La formation en médiation animale

Le vide juridique et réglementaire autour de la médiation animale se retrouve également dans la formation. En effet, l'état ne dispense aucune formation spécifique en médiation animale, et donc ne délivre aucun titre spécifique d'Intervenant en médiation animale ou de Zoothérapeute.

L'intervenant en zoothérapie est une personne qui a une formation de base (diplômée) dans le domaine pédagogique, social ou de la santé (exemple : éducateurs pour les personnes handicapées ou en difficulté sociale, infirmières) mais qui n'est pas précisément thérapeute et qui a fait une spécialisation en zoothérapie.

Le zoothérapeute est un thérapeute formé (diplômé) en thérapie (exemple : physiothérapie, kinésithérapie, ergothérapie, psychothérapie, etc.) qui a une spécialisation en zoothérapie et qui a ainsi introduit l'animal dans sa pratique professionnelle (43)

Il existe toutefois de nombreuses formations, publiques ou privées, mais chacune avec un contenu, une durée et un titre différent.

Pour le moment, il existe deux certifications professionnelles qui abordent la médiation animale avec inscription au Répertoire national des certificats professionnels (RNCP) :

- Certificat de capacité à la médiation animale auprès des personnes âgées. Institut français de zoothérapie. (44)
- Chargé de projet en médiation par l'animal (45)

L'institut Français de Zoothérapie a été créé en 2003 afin de proposer des formations professionnelles en médiation animale, mais également de promouvoir cette thérapie et d'informer les différents acteurs du social, de la santé et de l'enseignement dans le domaine. Plusieurs formations y sont proposées notamment une formation d'intervenant en médiation par l'animal auprès des personnes âgées, une formation d'éducateur social en médiation par l'animal ainsi que le certificat de capacité à la médiation animale auprès des personnes âgées.(46)

Il existe également depuis 2009 un Diplôme Universitaire (DU) de relation d'aide par la médiation animale (RAMA) proposé par l'université de Clermont Auvergne au sein de l'UFR de médecine et des professions paramédicales. Ce DU, d'une durée de 112h, requiert pour intégrer la formation un niveau licence avec une pratique autonome de la médiation animale .(47)

Par ailleurs à Toulouse l'institut du travail social ERASME, qui propose de nombreuses formations dans le milieu social, a créé depuis 2019 une formation de Praticien en médiation canine qui s'adresse aux professionnels diplômés de l'accompagnement éducatif ou pédagogique, du soin, de l'animation ou de l'action sociale. Il s'agit d'une formation de 210h sur 10 mois.(48)

4.5. Les chiens de médiation animale

Parmi les chiens d'aide à la personne, il faut distinguer les chiens de médiation des chiens guide ou d'assistance.

En effet, les chiens guide ou d'assistance vivent avec la personne handicapée ou malade pour l'assister au quotidien dans la réalisation de certaines tâches qui seraient plus difficiles à accomplir sans l'aide du chien. Ces chiens sont issus d'élevage afin de garantir certaines exigences physiques et comportementales. L'éducation comporte une première phase pré-éducative en famille d'accueil pouvant durer jusqu'à 10 mois puis une deuxième phase dans une école d'éducation canine durant 6 à 12 mois afin d'acquérir un savoir-faire précis avec une liste de commandes spécifiques et la capacité à réaliser des tâches de manière autonome. Ces chiens ont un droit d'accès à tous les lieux ouverts au public dans la mesure où leur maître est porteur de la carte d'invalidité.

Les chiens de médiation en revanche appuient un intervenant dans le cadre de son activité professionnelle en permettant une autre approche thérapeutique, sociale ou éducative. Ces chiens peuvent venir de toutes origines dans la mesure où ils disposent d'un savoir-être relationnel et l'éducation n'est pas réglementée. Ces chiens ne rentrent pas dans le cadre de la loi sur l'accessibilité. (49)

La Confédération nationale des organismes de chiens d'aide à la personne CANIDEA a été fondée en 2015 afin de partager les bonnes pratiques et de promouvoir des normes d'activités dans le domaine des chiens d'aide aux personnes qui feront office de référence. Elle regroupe 12 associations et propose des protocoles d'activités sous forme de recommandations tout en proposant une aide et un appui sur les questions réglementaires. Grâce à ce réseau, plus de 450 chiens sont remis chaque année en qualité soit de chiens guide et d'assistance soit en qualité de chiens de médiation en établissements médico-sociaux. Elle compte à ce jour plus de 3000 équipes en activités. Parmi les associations au sein de CANIDEA qui éduquent des chiens de médiation, on peut citer Handi'Chiens ou encore Les Chiens Médiateurs et d'utilité de l'Est. (50)

5. Résultats et limites des études concernant la thérapie assistée par l'animal

Plusieurs études se sont intéressées à la thérapie assistée par l'animal, au sein des établissements pour personnes âgées. Plusieurs domaines d'applications ont été retenus. Nous nous sommes focalisés pour ces recherches essentiellement sur la thérapie assistée par le chien, car elle reste à ce jour la plus utilisée et la plus documentée.

5.1. Sur le plan de l'humeur

Une revue de la littérature publiée en 2017 s'est intéressée aux études quantitatives avec au moins 20 sujets inclus pour étudier les effets la thérapie assistée par l'animal en EHPAD. Sur les 6 études ayant étudié l'humeur, 4 d'entre elles ont montré un effet significatif sur l'amélioration de l'humeur, et sur les 7 études portant sur les troubles cognitifs, 2 ont montré une réduction significative de l'évolution de la dépression.(51)

Une autre revue de la littérature publiée en 2018 a recensé 9 études portant sur l'humeur et la dépression. Dans cette revue, les résultats présentés sont hétérogènes : une étude montre une amélioration significative de la dépression, une autre montre un bénéfice statistiquement significatif sur l'humeur sans amélioration de la dépression, 2 études montrent une réduction des symptômes dépressifs. Le large éventail de symptômes étudiés, les designs d'études et méthodologies statistiques très hétérogènes rendent les comparaisons difficiles.(52)

Plusieurs études ont montré une diminution significative de l'évolution de la dépression en utilisant la « Geriatric Depression Scale » (53)(54)(55) ou en utilisant la « Cornell Scale for Depression in Dementia » (56) (57)(58)

5.2. Sur le plan moteur

Quelques études se sont intéressées aux effets éventuels de la thérapie assistée par l'animal sur le plan moteur. Ainsi, l'une d'entre elles a montré une augmentation significative des calories brûlées dans le groupe d'intervention, et une augmentation de l'activité physique sans différence significative. La dépense énergétique en EHPAD étant très basse, les auteurs soulignent l'intérêt de la médiation animale pour contribuer à majorer cette dépense énergétique de manière ludique chez les résidents.(57) Une autre a montré l'augmentation

des mouvements du haut du corps en terme de fréquence et de durée (59), une autre encore a mis en évidence une réduction des difficultés motrices lors des repas. (60).

5.3. Sur le plan social

C'est sur le plan des comportements sociaux que la thérapie assistée par l'animal semble montrer le plus de résultats. Par son rôle de catalyseur social, le chien pourrait réaliser un pont de communication entre les humains, en provoquant l'échange et en créant un lien entre les personnes qui ne se connaissent pas. Ainsi, on retrouve une augmentation significative des interactions sociales spontanées (61)(62), davantage de comportements sociaux de manière générale (63), une augmentation des interactions verbales (56) (53) et des émotions positives affichées (59) (64) ou encore une aide dans le lien de communication (65) et une plus grande participation aux activités. (66)

Une étude a comparé les effets de la médiation animale par rapport au groupe contrôle à qui des ateliers cuisine sont proposés. Les auteurs montrent une communication facilitée dans les deux groupes mais des échanges cristallisés autour de la compétition en cuisine, alors que dans le groupe de thérapie assistée par l'animal, les échanges tournent autour de la complicité et de la solidarité.(67) Une revue de la littérature s'est intéressée aux patients atteints de pathologies psychiatriques et a montré une augmentation des comportements sociaux adaptés, une plus grande fréquence des interactions et une augmentation du nombre de sourires.(68)

5.4. Sur le plan de la qualité de vie

Concernant la qualité de vie, les résultats sont plus hétérogènes. Plusieurs études n'ont pas montré de différence significative (69) (70) (71)

Certaines études ont étudié la qualité de vie par l'intermédiaire du questionnaire QUALID (Quality of life in late stage dementia scale) rempli par les soignants. Ces études ont montré une augmentation significative du score entre le début et la fin de l'intervention soulignant ainsi l'effet positif que pourrait avoir la médiation animale sur la qualité de vie. Toutefois, ces questionnaires étant remplis par les soignants, les réponses peuvent être influencées par les croyances du personnel et sont soumis à la subjectivité de chacun.(72)(73) Une autre étude portant sur 55 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer a mesuré la qualité de vie par le questionnaire QOL-AD (Quality of life - alzheimer disease) rempli par les patients et a montré une amélioration significative(74) Toutefois, une équipe en Espagne a utilisé ce même

questionnaire, et n'a pas montré d'amélioration significative de la qualité de vie après 5 mois d'intervention, même si une tendance positive a été observée. (75)

5.5. Sur le plan de l'agitation et/ou l'agressivité

Une revue de la littérature publiée en 2005 a trouvé une réduction significative de l'agitation et de l'agressivité, tout particulièrement en fin de journée. Ainsi, la thérapie assistée par l'animal pourrait être une alternative ou un supplément dans la prise en charge du syndrome du coucher de soleil.(76)

Plusieurs études ont utilisé comme mesure de l'agitation le Cohen Mansfield Agitation Inventory. Certaines ont montré une réduction significative de l'agitation(62)(58) alors que d'autres ne montrent pas de différence significative mais une évolution dans des directions opposées entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle (77)(57)

5.6. Sur le plan médicamenteux

Plusieurs études se sont intéressées aux effets potentiels de la thérapie assistée par l'animal sur la prescription médicamenteuse et notamment de psychotropes. Ces études n'ont pas retrouvé de différence significative.(62)(78)(57) (75)

5.7. Sur le plan environnemental

La thérapie assistée par l'animal semble modifier la perception des résidents concernant leur lieu de vie, avec une augmentation du sentiment de sécurité(65) et un effet calmant (55). Une étude réalisée en Italie a également mis en évidence une augmentation de l'attraction pour l'environnement chez ses résidents. (56)

5.8. Sur le plan motivationnel et de l'estime de soi

Certaines études soulignent que la thérapie assistée par l'animal engendre une augmentation de la volonté des résidents à participer aux activités (61) et une meilleure adhérence aux soins.(51)Une étude a montré une amélioration significative de l'apathie.(70) Quelques études ont montré une amélioration de l'estime de soi (65)(68), ainsi que de l'auto efficacité et la capacité à faire face aux événements notamment chez les patients atteints de pathologies psychiatriques.(79)

5.9. Les autres champs étudiés

Une étude prospective contrôlée randomisée a montré une diminution significative de la solitude tout en soulignant l'histoire de vie forte des résidents avec les animaux de compagnie.(34)

Une autre étude sur 12 mois souligne une diminution significative de la désorientation spatiale et de la labilité émotionnelle, ainsi qu'une amélioration de l'éveil et des pensées abstraites. Toutefois les auteurs mettent en garde sur un arrêt de l'amélioration de certains items à 6 mois, en suggérant qu'au bout de 6 mois la thérapie assistée par l'animal ne serait plus une stimulation nouvelle pour les résidents. Ils invitent donc à une réévaluation régulière des besoins et des objectifs de cette thérapie lors du suivi. (60)

Une étude s'est intéressée à l'effet possible de la présence d'un aquarium dans la salle de repas en EHPAD et a montré une augmentation significative de la quantité consommée pendant le repas avec une augmentation du poids.(52) Cet effet d'un point de vue nutritionnel n'a pas été retrouvé dans une autre étude s'étant intéressée aux variations du poids et de l'indice de masse corporelle.(80)

Une équipe a étudié l'influence de séances deux fois par semaine pendant 6 semaines sur la durée et la qualité du sommeil. Une amélioration significative de la durée en minutes a été retrouvée au bout de 3 semaines, mais ce bénéfice n'a pas perduré à la fin des 6 semaines d'intervention. Aucune amélioration n'a été trouvée sur la qualité du sommeil, évaluée par le rapport entre le temps de sommeil et le temps passé au lit.(80)

Une étude réalisée sur des patients hospitalisés pour une pathologie cardiaque montre une diminution significative de la pression artérielle systolique, avec un niveau plus bas de neurohormones.(68) Cet effet sur la tension artérielle n'a pas été retrouvé dans une autre étude, qui s'est également intéressée aux effets de la médiation animale sur la fréquence cardiaque chez des patients hospitalisés en soins longue durée.(81)

5.10. Les limites des études

Il ressort de l'étude de la littérature plusieurs limites.

Les études manquent souvent d'une méthodologie solide, et la qualité des études est souvent moyenne : les recherches doivent être randomisées, contrôlées, et réalisées en aveugle. En pratique, la mise en aveugle des participants et du personnel apparaît difficile à mettre en

place. Les tailles d'échantillon sont souvent limitées ce qui rend problématique le niveau de preuve. Les effets à long terme sont souvent peu étudiés, de même que l'impact des différences de personnalités, de comportements et de compétences des intervenants en médiation animale. De plus, la définition de la thérapie assistée par l'animal laisse la place à un large panel d'interventions qui diffèrent par le type d'animal utilisé, la durée et la fréquence des séances, ainsi que le contenu de celles-ci. Devant ce manque de standard, il est difficile de tirer des conclusions. Il serait également intéressant de comparer les effets sur les populations qui possédaient des animaux dans le passé, et sur des populations qui n'en ont jamais eus. Enfin, certaines mesures reposent sur des questionnaires réalisés par les soignants tel que le questionnaire QUALID pour la qualité de vie, ce qui pose un problème d'objectivité, avec notamment le risque que les réponses soient influencées par l'avis personnel -qu'il soit positif ou négatif- sur ce type de thérapie. D'une manière générale, il existe une grande variété d'instruments de mesure utilisés comme critères de jugement dont la validité reste parfois à démontrer. Aucune de ces études citées ne s'est intéressée aux effets indésirables ou à la question du bien-être animal.

En raison de toutes ces limites, il est pour le moment difficile de tirer des conclusions claires sur les bénéfices et les risques globaux de la thérapie assistée par l'animal chez les patients atteints de troubles cognitifs et institutionnalisés.

6. Les autres animaux utilisés

6.1. Le chat

Animal très fréquemment retrouvé dans les foyers des français (33), le chat est également un choix judicieux pour la médiation animale. En effet, ses ronronnements -évocateurs de bien-être et de sérénité- apportent calme et apaisement aux patients. Ce ronronnement sécurise et évoque la parole, ce qui peut favoriser la communication et l'envie de se confier.(82) Plus léger et facile à transporter que les chiens, il ne nécessite pas de commandes verbales pour susciter certains comportements. En se plaçant sur les genoux des personnes, ou sur leur lit pour les personnes plus dépendantes, il leur apporte une distraction et du réconfort. L'observation du comportement des chats peut servir de support dans les exercices de relaxation et de respiration. (83)

6.2. Les rongeurs

Les rongeurs sont de plus en plus utilisés en médiation animale, que ce soit auprès des enfants ou auprès des personnes âgées. Leur douceur, leur petite taille et leur légèreté en font des compagnons de choix que les personnes peuvent prendre sur leurs genoux ou dans leurs mains. Ils permettent également de travailler la gestuelle et la dextérité des doigts. Les mimiques faciales des rongeurs ont un effet calmant et rassurant et leur déplacement par des petits bonds est ludique. Par ailleurs, le côté craintif notamment des cochons d'inde, suscite la responsabilité et favorise un retour au calme(82)

6.3. Les équidés

La thérapie par le cheval, ou équithérapie, est définie par la Société Française d'Equithérapie comme « une prise en charge psychique fondée sur la présence du cheval comme médiateur thérapeutique et dispensée à une personne dans ses dimensions psychiques et corporelles. ». Bien qu'elle s'adresse à tout type de patients, c'est essentiellement pour les enfants atteints d'un trouble du spectre autistique qu'elle est la plus utilisée.(84) Par ailleurs, c'est une thérapie bénéfique pour les personnes handicapées ou polyhandicapées car elle leur permet de réaliser une activité physique sans qu'elles s'en aperçoivent : travail des mains par les caresses, le brossage, en tenant les rênes, se muscler ou encore développer son équilibre et sa coordination. (85) (86)Selon les difficultés ou les besoins des personnes, les poneys seront privilégiés pour leur petite taille, les chevaux de traits pour le côté imposant et inspirant le respect ou les ânes pour leur patience, leur calme et leur petite taille.

6.4. Autre

Les animaux de la ferme sont parfois utilisés : poules, lapins, chèvres, moutons, cochons ... La visite de la ferme et de ses animaux constitue une thérapie ludique, qui réveille les différents sens, la curiosité et les souvenirs notamment en milieu rural. L'association de Zoothérapie de l'Est propose une mini-ferme itinérante afin de recréer la ferme au plus près des patients (centre pour personnes handicapées, établissement pour personnes âgées...) avec diverses activités mises en place.(87) Les oiseaux peuvent également être utilisés. Une étude suédoise a montré que l'observation d'oiseaux apporte une stimulation pour les personnes âgées avec des troubles cognitifs sous forme de libre accès au cours de la journée. Le vol des oiseaux fascine les personnes, stimule le regard et exerce leur capacité d'attention. (88)

Nous allons à présent nous intéresser au point de vue du personnel d'EHPAD sur la médiation animale.

ARTICLE

Ressenti du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée par l'animal : étude qualitative dans le Grand Est en 2020

1. Introduction

L'état psychologique de l'ensemble des résidents en établissements pour personnes âgées est préoccupant. L'étude CARE de la DREES en 2016 met en évidence qu'il est en moyenne inférieur à celui des personnes âgées vivant à domicile. En effet, 56% des résidents déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement contre 44% pour ceux vivant à domicile. Le manque de motivation pour les activités quotidiennes est sept fois supérieur chez les résidents d'établissement. La dépression est également plus fréquente : la moitié des résidents sont sous antidépresseurs (contre 1 sur 7 à domicile) et un tiers des résidents sont en situation de détresse psychologique. Selon cette étude, les principaux facteurs associés à l'état psychologique des résidents sont leur état de santé ainsi que la fréquence et la qualité des relations sociales. Par ailleurs, le sentiment d'isolement est un meilleur reflet du bien-être que la fréquence des visites.(12) Dans la maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées, les symptômes psychologiques et comportementaux sont des manifestations fréquentes dont la prévalence augmente avec la progression de la maladie. Parmi ces symptômes, l'apathie, l'état dépressif et les troubles chroniques du comportement sont les plus fréquents.(16)(14) La prise en charge de l'ensemble de ces symptômes représente un véritable défi dans les établissements de soins.

Le médecin généraliste, au cœur de la prise en charge globale des patients, assure un suivi tout au long de la vie de ces derniers, et est amené à intervenir en EHPAD. Il se doit d'apporter un soin particulier au bien-être mental et psychologique de ses patients. En effet, comme le rappelle la définition de la santé de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (89) Le médecin traitant a toute sa place dans la proposition et la coordination des soins en établissement.

A ce jour, il n'existe pas de traitement curatif des démences et de nombreuses approches non médicamenteuses se développent pour améliorer la prise en charge de ces patients. Leur principal avantage est qu'elles n'engendrent pas d'effets indésirables lorsqu'elles sont adaptées aux patients et ne les mettent pas en échec. (32) Elles sont maintenant

recommandées en première intention pour la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux des patients déments, parce qu'elles peuvent être efficaces à visée préventive mais aussi à visée curative tout en permettant d'éviter l'utilisation de traitement pharmacologique.(29) Elles comprennent un large éventail d'actions impliquant directement et activement le patient (pratique d'un exercice ou art-thérapie par exemple) et/ou son entourage physique (écoute musicale, jardin thérapeutique) ou social (intermédiaire d'un soignant utilisant des techniques de communication adaptées, routine nocturne)(90). Elles ciblent différents aspects de la maladie selon la thérapie utilisée : fonctionnement cognitif, autonomie, troubles du comportement, bien-être du patient tout en se basant sur les capacités restantes et non pas sur les déficits. (31) Pour les résidents non déments, elles trouvent également leur utilité en prévention primaire dans le maintien et la promotion de la santé et du bien-être. (91)

Parmi ces approches, la thérapie assistée par l'animal, définie comme une intervention avec des objectifs orientés, à vocation thérapeutique où l'animal est intentionnellement présent pour agir dans le domaine de la santé, peut être proposée.(40) Elle a pu montrer, selon différentes études, ses bénéfices sur l'amélioration du fonctionnement cognitif avec notamment une réduction de l'évolution de l'agitation (58), une stabilisation de l'agitation verbale par rapport au groupe témoin (77), une réduction du nombre de comportements d'agitation particulièrement pendant la période connue comme le syndrome du coucher de soleil (92)(93) Une revue de la littérature jusqu'à mars 2018 incluant 10 études a montré des effets bénéfiques sur l'apathie. (70) Une réduction de l'évolution de la dépression a pu être mise en évidence dans quelques études portant sur un petit nombre de patient. (53) (72) Cette thérapie a également montré un bénéfice sur les interactions sociales (62), les interactions spontanées (61) et les comportements sociaux (contact, mouvements du corps) (59) (76) Une autre étude réalisée en EHPAD a souligné l'histoire personnelle forte des résidents avec les animaux et a montré une réduction significative du score de solitude sur 6 semaines de thérapie assistée par l'animal.(94)

Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'adhésion et au ressenti des professionnels d'EHPAD sur cette thérapeutique, bien qu'il existe quelques études, sur un faible échantillon, réalisées par une hétéroévaluation de la qualité de vie des résidents par un questionnaire rempli par les soignants. (73), (95). C'est pourquoi nous allons, à travers cette étude, explorer les perceptions du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée par l'animal.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé auprès de professionnels d'EHPAD concernés par la thérapie assistée par l'animal (2 établissements) et non encore concernés par la thérapie assistée par l'animal (1 établissement)

2.2. Population

La population étudiée est un panel de professionnels intervenant en EHPAD avec une recherche de variabilité maximale : directeur d'établissement, médecin coordonnateur, médecin généraliste intervenant au sein de l'établissement, infirmier, aide-soignant, ergothérapeute, psychologue, animateur, orthophoniste, aide médico-psychologique, agent d'entretien. Le nombre de participants n'a pas été défini à l'avance mais déterminé par la saturation des données sur les nœuds de sens principaux.

Nous avons pris contact avec l'association des chiens médiateurs et d'utilité de l'Est, qui forme des chiens pour les remettre à des institutions ou à des aidants familiaux.(96) C'est par cet intermédiaire que le contact a pu être établi avec un premier établissement dont le chien est issu de cette association. Dans cet établissement, le chien appartient à l'ergothérapeute et intervient auprès d'elle. Des séances de médiation animale sont également mises en place par le biais d'une association qui intervient avec des rongeurs et un chien de petite taille. Le deuxième établissement a été trouvé via le site internet de l'EHPAD qui précise la présence de chiens médiateurs. Les deux chiens appartiennent à deux membres de la direction et sont présents au quotidien dans l'établissement. Ils interviennent successivement avec différents professionnels de santé. Concernant l'établissement où l'intervention assistée par l'animal n'est pas mise en place, le choix s'est porté sur un établissement en milieu rural, où le contact a été établi par téléphone avec la cadre de santé. Cet établissement accepte toutefois les animaux puisqu'il accueille le chien-guide aveugle d'un des résidents et possède également 3 chats en liberté.

Les participants ont été contactés par téléphone et/ou email pour leur présenter le sujet. Il s'agit d'un recrutement sur la base du volontariat.

2.3. Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'un entretien individuel semi-dirigé. Le guide d'entretien a été élaboré sur la base de la recherche bibliographique effectuée en amont. Des questions de relance avaient été préparées afin de permettre d'aborder l'ensemble des thématiques relatives à la question de recherche si le sujet interrogé ne l'abordait pas spontanément.

En raison du contexte sanitaire (pandémie COVID 19) et des mesures de distanciation sociale mises en place notamment en EHPAD afin de limiter les risques de contamination, les entretiens ont dû être réalisés par téléphone ou par visio-conférence avec la plateforme WHATSAPP.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone numérique. Les sujets ont été prévenus de cet enregistrement et de sa destruction à la fin de cette étude. Des notes ont été prises afin de tenir compte des éléments non verbaux exprimés par les interrogés au cours des entretiens. Les données administratives (nom, âge, profession, présence d'un animal personnel ou non et lequel) ont été collectées en début de chaque entretien. En conclusion, le sujet interrogé pouvait ajouter une réflexion ou des remarques personnelles non abordées lors de l'entretien.

Trente entretiens ont été réalisés entre mai 2020 et juin 2020.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur support informatique (logiciel Microsoft Word). Les caractéristiques de langage ont été retranscrites le plus fidèlement possible. Les éléments non verbaux ont été retranscrits et annotés en italique et entre parenthèses. Le nom des animaux a été anonymisé de la sorte : Toutou et Toutou2 lorsque le nom d'un chien était évoqué, et ChaChat lorsqu'il s'agissait d'un chat.

Les verbatims obtenus (disponibles sur clé USB) ont été anonymisés et identifiés par une lettre et un nombre. La lettre D définit un membre de la direction ou de l'administration (directeur d'établissement, secrétaire de direction, comptable, cadre de santé, responsable logistique) les lettres MC définissent un médecin coordonnateur, les lettres MG définissent un médecin généraliste intervenant au sein de l'établissement, les lettres IDE définissent un infirmier, la lettre A définit un animateur, les lettres AS définissent un aide-soignant, les lettres AMP définissent un aide médico-psychologique, les lettres En définissent un membre du service d'entretien (agent des services hospitaliers, lingerie), la lettre E définit un

ergothérapeute, la lettre P définit un psychologue, la lettre K définit un kinésithérapeute, la lettre O définit un orthophoniste. Les nombres ont été attribués par chronologie des entretiens.

2.4. Analyse

Après chaque retranscription, l'entretien a fait l'objet d'une analyse thématique. Les verbatims ont été découpés en citations correspondant à des codes qui ont ensuite été regroupés en thèmes, permettant d'établir une grille de codage. Le tableur EXCEL a été utilisé.

Le codage a été réalisé par l'enquêtrice et discuté avec la directrice de ce travail, afin de vérifier la validité interne de l'analyse des données. Ce codage a été réalisé au fur et à mesure des entretiens jusqu'à saturation des données.

3. Résultats

L'objectif de cette étude est d'explorer les perceptions du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée par l'animal.

3.1. Répercussions pour les résidents

3.1.1. Sur le plan physique

3.1.1.1. Travail de la motricité

L'animal joue un rôle dans la mobilité, par le biais, par exemple, de promenade ou de stimulations physiques. Il peut être un support pour des ateliers axés sur la motricité : « des fois on a fait aussi des ateliers où (...) il fallait casser les croquettes en deux pour lui donner la moitié de la récompense (L121-122, AMP2) ». Il permet également, pour certains résidents, de réaliser certains gestes ou de retrouver des capacités insoupçonnées.

3.1.1.2. Stimulation

Il permet aussi une stimulation globale : « même au niveau moteur (...) ça peut nous aider au quotidien à stimuler le résident. (L145-146, P1) ».

Certains professionnels ont mis en avant l'importance des stimulations sensorielles, et notamment du toucher, par le biais des caresses.

3.1.2. Sur le plan relationnel

3.1.2.1. Lien d'attachement

Avec le temps, un véritable attachement s'est créé avec l'animal, qui fait partie des habitudes des résidents. « Ils ont une place importante pour les résidents. » (L55-56, P1)

C'est surtout dans l'absence de l'animal, que ce lien a été mis en évidence. En effet, en raison du contexte sanitaire qui a imposé un arrêt de la médiation animale, les résidents n'ont plus vu les animaux qui intervenaient au sein de l'EHPAD : « Même quand il vient pas, ils demandent où il est, est-ce qu'il va bientôt revenir (...) Il fait partie de la maison de retraite quoi (L136-137, EN2) »

3.1.2.2. Communication

Les résidents parlent bien volontiers avec l'animal, qui permet de stimuler leur capacité à s'exprimer. Même entre résidents, l'animal devient un sujet de conversation et facilite les échanges : « les résidents demandent à la grand-mère qui s'occupe des chats hein, « alors vous avez vu le...il mange bien ? Tenez, vous descendrez ça, j'ai gardé un petit bout de fromage » (L42-44, A2) »

Les professionnels ont mis en avant la communication non verbale, plus accessible à certains résidents : « voilà, beaucoup de choses (...) qui peuvent se passer par le regard hein, parce que la communication n'est pas que verbale, elle peut être visuelle (L9-11, A2) ». La simplicité dans la relation et la prise de contact ont été évoquées à plusieurs reprises, en opposant cette relation à la relation entre humains : « j pense que c'est plus facile d'aller vers les animaux que vers les gens. (L23-24, K1) », « ben les animaux ils sont beaucoup moins compliqués donc (euh)...j pense que (...) c'est une relation beaucoup plus simple (L148-148, D2) »

Ce contact, essentiellement tactile, semble ainsi plus facile pour les résidents : « avec le chien, ben les échanges ils sont plus simples, parce qu'en fait ils les caressent essentiellement (L226-227, MC1) »

Cette forme de communication, « peut-être pas un langage à base de mot » (L19, O1) s'affranchit des attentes et des codes de communication habituels. Ainsi, on peut observer une communication même chez les résidents qui présentent des difficultés d'accès au langage : « ils leur parlent mais ils attendent pas de réponse du chien. Donc c'est vrai que le niveau d'échange peut déjà les satisfaire (L227-228, MC1) »

3.1.2.3. Relation affective et émotions

L'animal joue un rôle dans les stimulations émotionnelles et affectives des résidents : « C'est sûr que ça stimule des zones (euh) alors j'sais pas, des zones affectives dans le cerveau, des zones comme ça des zones de l'émotion. (L102-104, K1) ».

Parfois, cette relation semble permettre d'accéder et de libérer des émotions qui étaient jusqu'alors enfouies ou refoulées : « de l'ordre du relationnel ça dénoue plein de choses (L39-40, O1) ». A l'image d'une psychothérapie, la présence animale pourrait déclencher l'expression des sentiments : « Amener des animaux et un peu...les laisser revoir et revivre aussi, faire part de leurs sentiments avec ça, quoi (L29-30, AS2) » « là vraiment en

direct...l'animal devant elle (euh)...ça fait ressurgir des choses plus fortement j'pense (L301-302, A1) », « On voyait à ces yeux que c'était...pouh, y'avait beaucoup de choses dans les yeux. (L23-24, AMP3) »

3.1.2.4. Présence

L'animal permet également d'apporter une présence, une compagnie, qui peut parfois manquer aux résidents et permet ainsi de lutter contre le sentiment de solitude que certains peuvent ressentir, notamment s'ils ne reçoivent pas ou peu de visites : « Il va aider, aussi...à...Ben...c'est un peu, à briser un peu la solitude des résidents, ça fait une compagnie (L22-23, P1) », « qui aiment les animaux, leur présence, de retrouver un réconfort dedans (L43, MG3) ».

3.1.2.5. Prendre soin de l'autre

En s'occupant des animaux, les résidents sortent de leur statut de « soigné » et ne sont alors plus passifs : « Cette même personne était lavée, on lui donnait à manger, elle était en aide alimentaire si vous préférez, et là, les rôles étaient renversés (rires) c'est-à-dire que c'était elle qui donnait à manger aux lapins (L172-174, MC1) », « Et quelque part il...il redevient un aidant alors que pour l'instant il était plutôt vu comme un aidé, on va dire (L176-177, MC1) »

Cette tâche qui peut leur être confiée, les valorise et renforce leur confiance en eux : « ils peuvent pu trop prendre soin d'eux donc le fait qu'ils peuvent prendre soin de quelque...quelque chose ou...ouais, quelque chose, un animal, ça peut leur redonner confiance en eux, peut-être (L77-79, MG1) » , « le fait que s'occuper d'un chien ça leur redonne une certaine humanité, ça leur redonne un rôle (L98-99, MG4) »

En se concentrant sur le soin de l'animal, ils se détachent de leurs propres problèmes et émotions, pour s'intéresser aux besoins de quelqu'un d'autre : « Ça veut dire qu'à ce moment-là, je suis plus centré sur moi-même, centré sur mes émotions, sur mon négatif, sur « je ne peux pas », sur « je n'ai pas envie de marcher » (L48-50, E1) », « se décentrer de leur angoisse pour s'occuper de ce petit animal. (L313-314, E1) »

Leur donner des responsabilités, par le biais de petites tâches à effectuer vis-à-vis de l'animal, contribue à les valoriser et leur donne un sentiment d'importance, qui peut leur rappeler le rôle qu'ils avaient avant : « c'est pas non plus des rôles très importants, mais c'est toujours bien de se sentir...Par exemple y'en a qui font la vaisselle, c'est pareil, s'occuper des animaux, ça pourrait être aussi...Ça leur rappelle aussi le rôle qu'ils doivent avoir

normalement chez eux, quoi. (L70-73, IDE1) ». A la différence des tâches ménagères, l'animal reste un plaisir plus qu'une corvée par ce côté relationnel. « Ça leur redonne une responsabilité...une...ça leur redonne un rôle, un rôle dans la vie qui est du coup...ils sont plus inutiles. (L99-101, MG4) », « A partir du moment où on prend soin, on a une petite responsabilité vis-à-vis d'un autre vivant (L156-157, D8) »

3.1.3. Sur le plan psychoaffectif

3.1.3.1. Joie, enthousiasme

« Les résidents c'est que du bonheur pour eux (L78, AS1) ». Cela passe essentiellement par des sourires : « Ouais, y'a des sourires, y'a des yeux qui pétillent (L116, AMP3) ». Ces démonstrations de joie ne sont pas sans rappeler l'enthousiasme des enfants : « on sent le regard tout de suite qui s'illumine quand ils disent ça (sourire), on dirait presque des enfants pour certains (L34-35, A1) »

Cela peut contribuer à améliorer « son humeur (...) son moral (L121-122, P1) ». Un médecin coordonnateur émet des réserves sur l'impact de l'animal pour traiter un véritable syndrome dépressif caractérisé, tout en précisant que sur une tristesse de l'humeur de type environnementale, la médiation animale pourrait être utile : « Le problème c'est que...le chien pour traiter un véritable syndrome dépressif, je suis pas sûr que ça suffise. Par contre pour traiter des tristesses bénignes on va dire, qui sont pas véritablement un syndrome dépressif, là je dirais oui (L309-311, MC1) »

3.1.3.2. Manifestations négatives

Au contraire, certains résidents « l'ignorent complètement ». (L157, AMP2) » ou ressentent de la : « répugnance hein, parce qu'on a aussi quelques résidents qui ne supportent pas... (L24-25, D3) » « ou alors ça les énerve, ça dépend, y'en a qui aiment pas les chiens (L169, D1) »

3.1.3.3. Moteur d'envie

Face à des résidents parfois apathiques, la médiation animale peut redonner de l'envie et de la motivation aux résidents, ce qui facilite également les autres activités : « Et j'pense que le fait, que, voilà Toutou soit présent pourrait les inciter à sortir un peu plus et à participer un peu plus aux activités (L87-88, EN3) »

3.1.3.4. Eveil

L'intérêt pour l'animal et la communication possible permet de lutter contre l'apathie : « parce que la personne était beaucoup plus réceptive, plus...plus ouverte au monde, hein, moins retranchée sur elle-même (L19-20, A2) », « le regard de...d'un résident qui serait plutôt fermé, ou triste, déprimé et qui...qui en voyant un animal ben re...se réveille quoi entre guillemets. (L9-11, A3)

3.1.3.5. Travail de la mémoire et réveil des souvenirs

En remettant le résident en lien avec son passé, le chien provoque une réactivation de la mémoire : « c'est souvent une partie de leur vie le chien quoi donc forcément ça ... y'a des souvenirs qui reviennent. (L32-33, K1) ».

Cette évocation des souvenirs permet donc « des stimulations cognitives » (L77, D1)

3.1.3.6. Apaisement

Plusieurs professionnels ont évoqué le sentiment de sécurité apporté par l'animal : « Parce que l'animal apporte quand même une confiance et un comportement assez calme, posé. (L69-70, AS2). Face à des résidents qui peuvent parfois se sentir un peu perdus, « c'est un repère un peu atypique donc c'est un vrai repère pour eux. (L210-211, K1) ».

La médiation animale peut avoir un intérêt anxiolytique en leur apportant une échappatoire et une distraction : « ils ont une p'tite parenthèse un peu, avec un repère, ça peut les rassurer ouais, faire baisser l'anxiété (L211-213, K1) », « quelque chose en face d'eux permet de faire une diversion, ils pensent pu à leur problème (L295-296, MC1) »

Les animaux peuvent notamment être utiles lorsque l'origine de l'anxiété est difficile à comprendre, et donc peut accessible à une réassurance : « qui ont besoin (...) d'un apaisement et l'animal serait là, vraiment pour apaiser les...les cris, les...le mal-être, qu'on ne peut pas quelque fois savoir...l'origine quoi. (L143-145, A2) »

3.1.3.7. Sortir de la routine

La médiation animale constitue une occupation pour les résidents, loin de la routine : « ça leur change les idées aussi. Des fois, c'est long les journées alors... (L97-98, IDE1) ».

3.2. Répercussions pour les professionnels

3.2.1. Sur le plan relationnel

L'impact sur la communication se retrouve également au sein des équipes. L'animal, en étant un sujet de discussion, crée des échanges entre les soignants : « Voilà, ça a créé des échanges. Alors, on n'est pas toujours d'accord hein, mais au moins on en discute, on confronte les avis (L188-189, P1) », « Ça a été un objet de communication, ça a été...ben ça a été un médiateur, hein, l'animal a été médiateur de la relation avec le personnel quoi. (L199-200, A2) ». Il rassemble également autour d'un intérêt commun, différent des préoccupations de travail : « Ben c'est sûr que le matin, quand le personnel arrive et voit le chien...ça a sans doute un peu créé du lien entre les soignants, aussi (L92-94, D3) »

L'animal a eu également un bénéfice dans les relations hiérarchiques, en permettant un contact plus facile avec les supérieurs, notamment lorsqu'ils sont les propriétaires des animaux : « c'est ce que nous on avait pas anticipé en fait quand on les a eus. C'est ce côté (euh) entre guillemets ressources humaines (L233-234, D1) », « Parce que je suis la cadre de santé, moi. Ça m'a permis de créer un lien avec certaines personnes avec qui j'avais des difficultés à échanger (L57-58, D8) », « comment ça a démystifié les rapports entre les salariés (L15, D4) »

3.2.2. Sur le plan psychoaffectif

Le personnel s'est également attaché à l'animal, qu'il considère faire partie de l'équipe : « on s'est aperçu que les salariés en avaient besoin également. (L142, D1) », « certains pro qui aiment aussi voir Toutou, qui aiment aussi...fin voilà c'est un p'tit rayon de soleil quand il se balade dans les couloirs (L132-133, A1) ». Conséquence de cet attachement, la perte de l'animal peut être mal vécue pour certains : « Par exemple quand on a perdu la chienne de la cadre, qui était venue bosser jusqu'à la veille, vous...ben les gens perdent un collègue quoi. (L281-282, D4) »

L'animal apporte également un bénéfice sur le bien-être au travail en permettant de décompresser. Il s'agit d'une pause au cours de la journée, qui contribue à réduire le stress : « c'est vrai que quand y'a un animal, le fait d'aller vers lui, de le caresser, ça peut faire...ça peut apaiser des tensions qui a lié à la dureté du travail (L149-150, MC1) », « donc quelqu'un qui est stressé etc. même à travailler, ça peut lui permettre de souffler. (L145-146, D1) » Il permet également de rendre le lieu de travail un peu plus convivial : « J'veux dire ça fait un

p'tit peu comme si on était un peu chez nous...ça nous rappelle un peu notre milieu de vie, quoi. Ça casse un peu l'ambiance hospitalière (L74-76, AS2) »

3.2.3. Sur la pratique professionnelle

Pour beaucoup, l'animal fait partie de l'équipe à part entière : « on a nos petites habitudes avec Toutou (L11-12, D7) » et a pu être intégré au sein de leur activité professionnelle : « Donc en fait Toutou c'est dans (...) ma valise thérapeutique, c'est un partenaire de travail (L111-113, E1) », « le chien était (...)avec la gouvernante ou avec les lingères souvent, elle avait quelques personnes, comme ça, qui...qui pouvaient (...) faire leur travail en compagnie du chien (L91-93, A3) »

Pour certains, la présence de l'animal ne constitue pas « une surcharge de travail importante » (L141-142, EN3) ». Pour d'autres, l'animal peut parfois représenter une contrainte dont il faut s'occuper, dans le sens où le bien-être animal doit être pris en compte au cours de la journée et impose des adaptations : « Ben par exemple la pause du midi, ben c'est pas ma pause en fait. C'est la promenade de Toutou (L127-128, E1) » L'animal représente une charge supplémentaire sur l'entretien « Bon, on met un petit peu plus de temps parce que le...les poils collent au sol mais... (L140, EN3) » et par les attentions supplémentaires qu'il demande : « quand on utilise les lèves-malades, tout ça, il faut pas qu'on lui roule sur les pattes » (L57, AS1).

Toutefois, l'ensemble de ces contraintes sur la charge de travail est bien accepté notamment pour le bien-être des résidents : « même si y'a un peu de travail en plus c'est pas ça qui me...Pour...Pour les résidents, nan ça me dérangerait pas, moi (L129-130, IDE1) »

3.3. Réflexions sur la relation soignant-soigné

3.3.1. Problématiques relevées par le personnel en EHPAD

Certains professionnels ont fait part de leur insatisfaction, notamment concernant le manque de moyens et de personnels. Parmi les reproches qui ont été faits, on peut citer le manque de considération aux personnes âgées : « je ne supporte pas de voir des gens déments qu'on laisse dans un coin, à qui on propose plus rien (L149-150, O1) » ou encore le manque d'humanité : « les gens, c'est des êtres vivants, c'est des êtres humains, c'est pas...c'est pas des animaux qu'tu, même des animaux tu fais pas ça, qu'tu mets dans des cages, parce que certaines maisons de retraite c'est un peu ça quand même (L300-302, D1) »

Un point soulevé est cette collectivité imposée dans « une société de plus en plus individuelle » (L195, D3) : « En fin de compte ils étaient...fin chez eux tout seuls, voilà. Ils se retrouvent tout à coup en vie communautaire (L108-109, D6) ». Certains professionnels s'interrogent ainsi sur le bien-fondé d'imposer des repas collectifs ou des activités de groupe : « ce que désire le résident par rapport à l'âge c'est être accompagné individuellement (L104, D6) »

Une autre problématique est la protocolisation croissante au sein de l'EHPAD. Chaque temps de la vie quotidienne est soumis à des contraintes d'horaires : « les horaires, faut se laver le matin, faut se laver à telle heure, faut déjeuner, (L174, AMP1) » laissant peu de place au libre arbitre des résidents : « j pense que c'est quand même des atteintes à leur vie privée. (L187, AMP1) ». Alors que l'EHPAD se veut avant tout lieu de vie, sans être exclusivement sanitaire, il est parfois difficile en pratique de ne pas laisser le côté sanitaire prendre toute la place : « Alors ça, il faut casser ça en plus, c'est une de nos valeurs où...qu'il faut qu'on casse, c'est que...les EHPADs soient des lieux de soin, soin, soin. Soins, soins, soins. (L94-95, D6) », « Et donc on est de plus en plus obligé de mettre en place du sanitaire au dépend du lieu de vie et du lieu d'hébergement comme on nous le dit. (L157-158, D3) »

Autre conséquence de cette médicalisation, et du manque de considération qui peut être parfois observé, est la tendance à parfois considérer le résident comme un objet de soin : « C'est-à-dire prendre les corps des personnes âgées comme des objets et les laver, leur donner à manger comme si c'était des objets on va dire quoi. (L183-185, MC1) ». Ce manque d'humanité, ou de considération à l'autre peut venir d'une certaine automatisation des actes soignants : « On fait les choses mécaniquement et on considère plus l'autre (L166-167, O1) » ou encore d'un mimétisme qu'on va reproduire lorsque l'on prend soin de personnes dépendantes : « Quand les gens ne parlent plus, on ne leur parle plus (L163, O1) »

Dans le discours des professionnels de santé, on peut se rendre compte qu'une distinction est faite entre le soin, la thérapeutique et les concepts de bien-être, de qualité de vie ou même des bienfaits des animations : « le quotidien, la gestion du quotidien, donc pour moi la qualité de vie c'est aussi tous les petits actes du quotidien, qui sont pas forcément des actes soignants c'est...les repas c'est les animations, c'est...c'est essentiel. (L101-103, P1) ». Ainsi, la qualité de vie ne semble pas intégrée au métier de soignant et être mise à part : « Donc j pense que la qualité de vie...nan c'est important, c'est même...peut être même...moi je le mettrais au même niveau que les soins (L111-112, IDE1) »

Mais est-il seulement possible finalement de distinguer le bien-être du soin ? « Vous prenez des gens qui sont...qui ont pas le moral, qui sont tristes, vous leur faites du bien-être et après vous vous dites c'est une animation ou c'est du soin ? (L47-49, MC1) » Le bien-être ne fait-il pas, après tout, partie de notre santé ? « Quand on va mieux, quand on a le moral et qu'on a du bien-être, globalement, la santé est meilleure aussi, c'est vrai (L41-43, MC1) »

3.3.2. Au sein du soin : l'effet facilitateur d'un auxiliaire thérapeutique

L'animal permet de détourner l'attention de soins qui peuvent être douloureux tel qu'un « pansement d'escarre fessière » (L254, D8). En effet, en se concentrant sur l'animal, en lui parlant ou en le touchant, le résident est moins focalisé sur le soin en cours, et sur sa douleur : « c'est surtout que la douleur est prise...est prise différemment (L185-186, AS1) », « Et pis, le résident il va regarder le chien, il va parler du chien pis il va avoir son prélèvement ou son soin qui va être fait à coté et...et ça passe beaucoup plus facilement. (L202-204, D4) »

Il peut permettre « l'acceptation plus facile de ce qu'on propose (L107, E1) ». Cet effet facilitateur est possible, par exemple, en proposant au résident de prendre soin de l'animal ou de le caresser, afin d'orienter le résident vers l'animal, et non plus sur son opposition : « Ok, là, y'a autre chose que le soin, et on l'amène le résident à accepter mais pour l'autre en fin de compte (L31-32, E1) », « Donc en fait on a dévié sur le chien et que là il avait vraiment besoin d'aller se promener (L20-21, E1) ».

L'animal peut également faciliter la relation soignant-soigné en favorisant la discussion par un sujet digne d'intérêt pour le résident : « Parce que le résident, lui va être intéressé par l'animal et ça permet d'engager la discussion avec (...)le résident sur autre chose que...est ce que vous avez mal, est-ce que vous mangez bien, est-ce que ceci est-ce que cela quoi (L162-164, MC1) »

En allégeant l'inégalité de la relation soignant-soigné, il se place comme un intermédiaire, un « auxiliaire thérapeutique (L11, E1) ». Il permet une spontanéité dans la prise de contact en récréant du lien « Et donc le fait qu'il y ait un tiers qui ne juge pas, parce que l'animal ne juge pas, ben permet (...) de favoriser la discussion (L160-162, MC1) ». « Et il va permettre de dévier tout simplement...Il permet de parler d'autre chose, il permet le contact spontané, le sourire, le bien-être à l'instant T, pendant que moi...je prends mes mesures ou je confectionne ma cage, je fais mon installation. (L90-93, E1) »

3.3.3. Changer la perception du résident

Observer la relation entre le résident et l'animal peut également changer la perception du soignant sur le résident : « Ça change totalement...complètement notre façon de voir les choses et de considérer la personne âgée (L241, O1) ». Alors qu'on peut avoir une vision souvent négative des personnes âgées dépendantes, les voir interagir avec l'animal, ou prendre soin de lui, peut toucher le soignant ou l'interpeler : « Et là on les découvre vraiment sous un autre jour, limite c'est un miracle, quoi. (L113-114, AMP3) », « il faut batailler pour voir le positif...et des fois au contact des animaux ben le positif, il nous...il ressort (euh) d'emblée, il ressort d'emblée. (L81-82, A1) ». Finalement la présence animale, remet de l'humain là où il a pu être oublié : « En réhumanisant le patient, quoi (L86, MG1) », « En fait ça réhabilite les résidents en tant qu'être humain, et pas en tant qu'objet de soin. (L262-263, MC1) » et redonne de l'espoir : « Bah on se dit la personne elle est encore là en fait (L93, A1) »

3.3.4. Propositions d'amélioration

Au sein des structures interrogées, plusieurs thérapies non médicamenteuses sont mises en place et se ressemblent dans leur volonté de créer du lien, des échanges, de la considération à l'autre : « ces approches peuvent être diverses, hein. Donc...Mais...Et elles se rejoignent dans...La considération à l'autre (L215-216, O1) ». Toutefois, plusieurs agents ont souligné l'importance d'être formés à toutes ces thérapies, afin de pouvoir exploiter au mieux les bienfaits qu'elles pourraient apporter.

L'un des points qui a été soulevé est la nécessité de replacer l'humain au centre des préoccupations : « à partir du moment où vous travaillez avec des gens, c'est normal de s'organiser autour quoi (L268-269, K1) » Ainsi, la prise en charge débute par la considération des besoins du résident afin de définir ensuite la meilleure façon de répondre à ses besoins. La médiation animale peut d'ailleurs servir de support à cette humanité, par son effet facilitateur du contact et de médiateur : « là effectivement, le chien va être une sorte de béquille pour remonter un peu, j'veux dire (euh)...Voilà c'est-à-dire que ça va être...on part des besoins des résidents, on part des attentes du résident (L254-256, MC1) »

L'un des établissements interrogés est d'ailleurs formé à l'Humanitude¹, un autre à la méthode Montessori², et ces établissements mettent la question du bien-être au cœur de leurs préoccupations : « on essaie de...de toujours (euh) valoriser la personne, regarder ses capacités avant ses déficits, et (L77-78, A1) », « Ça fait partie du bien-être du résident et donc de la maison retraite et de notre vision des choses. C'est pas juste un chien c'est pas juste un pyjama c'est vraiment un esprit...c'est vraiment l'esprit qu'on veut donner (L261-263, D1) »

« Parce que c'est vrai que maintenant c'est vrai qu'en EHPHAD, les résidents, c'est leur maison quoi. Et pour beaucoup c'est leur dernière maison (L109-110, P1) ». Partant de ce constat, il paraît important, pour beaucoup de professionnels de santé, de faire de l'EHPAD un lieu de vie. Pour cela, la médiation animale peut être utile dans le sens où elle apporte un côté familial et crée du lien social et la notion de communauté.

Toutefois, l'animal n'est pas suffisant : « l'intérêt principal de tout ça c'est une pierre pour cimenter une communauté mais c'est pas la seule, et elle suffit pas. Mais c'est une pierre intéressante pour cimenter une communauté surtout avec des personnes désorientées (L247-249, MC1) ». D'autres choses peuvent être mises en place, dans la configuration des lieux par exemple : « et c'est vrai que la façon dont ils fonctionnent avec cette grande pièce centrale et puis les chambres qui vont dans les couloirs c'est...ça contribue à ce qui ait...en tous cas une certaine cohésion et une certaine sérénité. (L118-120, MG4) », dans l'ambiance générale : « les familles qui viennent donc voir...visiter leurs proches, alors c'était avant le confinement hein, les chiens, la musique (euh)...et ben...ça signe une ambiance un peu particulière, on a l'impression de plus être en EHPAD quoi (L203-205, MC1) » ou encore dans la reproduction des habitudes que les résidents avaient chez eux : « le soir...(euh)...dans le service Alzheimer la...la salariée elle est (euh)...fin la veilleuse de nuit elle est en pyjama par exemple. Pour rester dans l'idée...pour rester que dans l'idée ben...chez toi t'es en pyjama t'es pas en costard cravate toute la journée (L250-253, D1) », « On essaie de faire les choses pour être un peu comme chez soi, comme avant. (L304-305, A3) »

¹ Voir discussion page 59

² Voir discussion page 59

4. Discussion

4.1. Forces et limites de l'étude

L'une des forces de notre étude a été la diversité des professions explorées, permettant d'avoir une vision d'ensemble la plus complète possible sur le sujet. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur l'obtention d'une saturation des données, dans la mesure où certaines professions n'ont été représentées qu'une seule fois et que chaque profession apporte un point de vue différent sur la prise en charge des personnes âgées en EHPAD.

Par ailleurs, les entretiens ont été réalisés dans un contexte particulier, puisque nous étions en confinement en raison du COVID19. Ce contexte sanitaire a pu modifier la perception des professionnels de leur métier ainsi que leur vision de l'EHPAD : « *Et alors le...l'épisode du COVID ne fait que...accentuer par 10 000 tout ce que je viens de vous dire (...) Et toutes les recos, toutes les bonnes pratiques, toutes les réflexions éthiques mais alors ma pauvre, on s'assoit dessus mais...Mais d'une force ...* » (D3 ; L159-160(...)169-170).

Une autre conséquence de la situation sanitaire a été l'obligation de réaliser les entretiens par téléphone, rendant le recueil de la communication non verbale impossible. Quelques entretiens ont également été réalisés de manière spontanée (recueil de données directement après la prise de contact). Certains entretiens ont été écourtés, et nous nous sommes posés la question de savoir si un entretien en présentiel, sur un temps défini à l'avance, aurait pu éviter ce type de problème.

Enfin, pour recueillir le point de vue sur la médiation animale et la qualité de vie en EHPAD, nous aurions pu réaliser des entretiens directement auprès des résidents. En effet, nous l'avons vu en introduction, la perception de la qualité de vie des résidents par les soignants est en moyenne plus faible que celle perçue par les résidents eux-mêmes. (24) Toutefois, il nous a semblé intéressant de donner la parole aux professionnels de santé sur leur perception du travail et de l'EHPAD en général, d'autant plus qu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude explorant la perception des professionnels d'EHPAD sur l'intervention assistée par l'animal. Par ailleurs, ce choix de point de vue a permis de mettre en évidence des problématiques inattendues telles que la médicalisation en EHPAD, l'importance d'en faire un lieu de vie ou encore le fait que les résidents sont parfois considérés comme un objet de soin.

4.2. Discussion des résultats

L'objectif de notre étude était d'explorer le ressenti du personnel d'EHPAD quant à l'intervention assistée par l'animal.

4.2.1. Répercussions sur les résidents

Certains effets sur les résidents étaient attendus en raison de nos recherches bibliographiques. En effet, comme dans la littérature, notre étude a montré des bénéfices physiques en permettant un travail de la motricité (59), des bénéfices psychoaffectifs et notamment sur l'amélioration de l'humeur (51) (52), sur la diminution de l'apathie en étant un moteur d'envie et une stimulation (70) ou encore en conférant un sentiment de sécurité aux résidents (65).

Sur le plan relationnel, notre étude a mis en évidence des effets identiques à ceux trouvés dans la littérature : diminution de la solitude (34), augmentation des émotions positives affichées tels que les sourires (64) ou encore augmentation de l'estime de soi. (68) Concernant ce dernier point, notre étude a permis d'explorer des pistes concernant cette amélioration de la confiance en soi, auxquelles nous ne nous attendions pas. En effet, notre étude a montré qu'en prenant soin des animaux, les résidents pouvaient retrouver une certaine utilité et un sentiment de responsabilité qui pouvait jusqu'alors leur manquer et qui contribue à retrouver du sens et de l'estime de soi.

4.2.2. Répercussions sur les professionnels

Il est ressorti de notre étude un attachement des professionnels aux animaux qu'ils peuvent côtoyer. Toutefois, les répercussions que peut avoir la médiation animale sur le personnel en EHPAD semblent aller au-delà. Tout d'abord, ce type d'intervention améliore la communication au sein des équipes, mais également avec les supérieurs hiérarchiques, en désacralisant les rapports de forces. Le terme « *ressources humaines* » a même été employé lors d'un entretien (D1 ; L234)

Par ailleurs, la médiation animale semble contribuer à un meilleur bien-être des employés. Ces effets ont pu être trouvés également dans une étude canadienne, qui a montré que l'animal crée de manière indirecte un environnement de travail plus positif. Toutefois, cette étude a montré qu'il faut distinguer la période à laquelle le soignant travaille : les équipes de jour ont perçu des effets positifs sur leur bien-être au travail, alors que l'équipe de nuit, non

présente lors des interventions, a un point de vue moins positif avec certains membres qui ne savaient pas qu'un animal était présent dans l'établissement en journée. (97)

Plusieurs études se sont intéressées au concept de qualité de vie au travail. Parmi les leviers d'actions possibles pour l'améliorer, et que nous avons abordé au travers de la médiation animale, on peut citer les relations entre collègues, avec l'instauration d'un climat collectif, la communication bienveillante avec les supérieurs hiérarchiques et les moments de plaisir et de détente. (98) (99)

On peut s'interroger si améliorer le bien-être au travail impacte la qualité des soins fournis aux résidents.(100) Une étude anglaise a mis en évidence que les compétences non techniques, telles que le travail d'équipe et la coopération améliorent la satisfaction du patient et sa guérison.(101) (102) La qualité des soins et notamment le risque d'erreur est directement corrélé à la souffrance au travail et au burn out des soignants.(103)

4.2.3. Répercussions sur la relation soignant-soigné

Tout comme dans les études scientifiques qui ont mis en avant l'impact positif de l'intervention assistée par l'animal sur les relations sociales(61), notre étude a montré le rôle d'auxiliaire thérapeutique de l'animal en favorisant la communication entre les soignants et les soignés au travers d'une relation triangulaire où l'animal sert d'intermédiaire. Un impact positif sur l'adhérence aux soins a également été retrouvé dans notre étude notamment chez les patients en refus de soin. (51)

En revanche, nous ne nous attendions pas au changement de perception du résident que l'animal peut induire sur les professionnels. Ainsi, plusieurs soignants ont évoqué ce changement de regard et de considération après avoir vu la personne âgée interagir avec l'animal ou prendre soin de lui, parfois avec de l'émotion. Le mot « *miracle* » a par exemple été utilisé lors d'un entretien. (AMP3 ; L114). En permettant une meilleure communication avec les résidents, en réduisant la contrainte liée aux soins douloureux et en restaurant une relation plus égalitaire, la médiation animale contribue à l'alignement avec les valeurs des soignants et à redonner du sens à leur profession, ce qui améliore également leur satisfaction au travail.

4.2.4. Réflexions sur l'EHPAD et les personnes âgées

4.2.4.1. Place de la personne âgée et de l'EHPAD dans la culture française

Enfin, ces entretiens ont été l'occasion d'aborder le point de vue des professionnels sur la place des EHPADs et des personnes âgées au sein de notre société. Plusieurs soignants ont souligné leur insatisfaction actuelle ce qui concorde avec les études mettant en évidence que 68% des français considèrent la prise en charge actuelle du grand âge insatisfaisante et 84% pensent que les établissements d'accueil pour personnes âgées manquent de moyens.(104)

Pour tenter de comprendre cette insatisfaction, nous nous sommes interrogés sur le statut que l'on accorde aux personnes âgées. Dans la société traditionnelle, la personne âgée était considérée comme le sage, qui assurait la survie du groupe en veillant sur lui. En contrepartie, les autres membres de la société avaient pour devoir de veiller sur la personne âgée sous peine de s'attirer les foudres des revenants (jusqu'au XVIème siècle). Dans nos sociétés actuelles, la personne âgée semble être devenue une charge pour la communauté, elle est, parfois, déplacée à distance du champ social, dans des structures dédiées où elles finiront leurs jours et non plus à domicile. (105)(106)

77% des français considèrent que le choix de l'institutionnalisation est fait à contre cœur. (107) Plusieurs pistes ont été étudiées dans la littérature : la culpabilité de la famille ou des aidants, la peur générée par l'échéance de la mort, qui nous renvoie à notre possible devenir, le déséquilibre créé par l'inversion du rôle entre les parents et les enfants ou encore la charge affective représentée par l'argent nécessaire à l'institutionnalisation. (108)

4.2.4.2. Médicalisation et notion de qualité de vie

La médicalisation croissante en établissement a également été remise en cause lors de notre étude. Il nous semble important de nous interroger sur ce point, et sur le service que la médecine peut apporter aux personnes âgées. En effet, l'un des risques de la médicalisation est la déshumanisation. Notamment en institution, plus la prise en charge sera médicalisée, puis l'endroit risque d'être déshumanisé. Chaque acte médical devrait être questionné sur son sens et son bénéfice pour le patient. Au-delà du service médical rendu, quelles sont les implications pour la personne âgée en termes de qualité de vie ? De ce fait, l'entrée en EHPAD pourrait être l'occasion de questionner l'objectif de la médicalisation en passant d'un modèle curatif à un modèle où la qualité de vie devient le critère principal. Le confort

quotidien et le bien-être seraient alors au premier plan, et si des gestes techniques étaient nécessaires, une prise en charge adaptée serait à favoriser. (109)

Cette notion de bien-être a d'ailleurs été régulièrement abordée au cours des entretiens, mais d'une manière qui nous a interpellés. En effet, la notion de bien-être a été distinguée des soins. Nous pourrions nous demander si la notion de qualité de vie ne devrait pas, au contraire, être intégrée au métier de soignant. Cependant la santé ne suffit pas à rendre compte de la qualité de vie car il s'agit d'un concept plus large.(110). L'ensemble de ce questionnement fait partie de nos missions en tant que médecin car nous sommes dans une approche globale. C'est d'ailleurs l'intérêt des thérapies non médicamenteuses, qui mettent le soin au service du bien-être. Par des activités porteuses de sens, par le maintien de l'autonomie et de l'estime de soi, par la poursuite des relations interpersonnelles et par la promotion de la stimulation sensorielle, elles influencent positivement la qualité de vie. (23)

4.2.4.3. Pistes d'amélioration abordées

Outre l'importance de la diversité des thérapies non médicamenteuses qui peuvent être proposées, et la formation du personnel à ces thérapies, les professionnels interrogés ont évoqué la nécessité de replacer l'humain au centre des prises en charge.

Ainsi, l'un des établissements qui a participé à notre étude a été formé à l'Humanitude. L'Humanitude, telle que définie par Gineste et Marescotti, s'appuie sur 4 piliers afin de proposer un changement de comportement des soignants : le regard (face à face, à hauteur du visage, en se mettant à niveau des personnes âgées), la parole (ton doux, des mots tendres, en annonçant et en décrivant les actes), le toucher (doux et protecteur) et la verticalité, en insistant sur l'importance de lever la personne, et que la personne âgée ne soit pas uniquement prise en charge au lit. Cette verticalité, propre à la nature humaine, est essentielle dans le maintien de l'autonomie. Cette philosophie insiste sur l'importance de la bienveillance, l'intimité, la singularité et l'individualisation des soins, en s'adaptant à chaque patient. Les actes sont réalisés lorsque la personne le souhaite et non pas selon une contrainte horaire, sans soins réalisés de force. L'ouverture sur l'extérieur est également privilégiée, que ce soit la famille, le bénévolat, l'insertion dans la vie civile ou encore les échanges intergénérationnels (111)(112)(113)

Certains professionnels d'un autre établissement ayant participé à l'étude ont également été formés à la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées. Cette démarche prône la réalisation d'activités porteuses de sens, de manière autonome et positive.(114) Pour cela, il

est important d'adapter l'environnement de ces personnes à leurs besoins, afin qu'elles puissent évoluer positivement dans un milieu adapté. En contournant les déficits et en valorisant les capacités restantes, les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent réaliser des gestes du quotidien et retrouver leur autonomie et leur dignité (115)

La valorisation des capacités, le maintien de l'autonomie, l'ouverture extérieure, la stimulation sensorielle que l'on retrouve dans ces deux approches sont autant de notions qui ont été abordées pour qualifier l'impact de l'intervention assistée par l'animal sur les résidents.

Enfin, il semble important, pour les professionnels interrogés, de faire de l'EHPAD un lieu de vie plus familial, en reproduisant les habitudes que l'on peut trouver dans un foyer. Cela peut être apporté par l'animal, qui contribue à rendre vivante la structure et peut réveiller des souvenirs chez les résidents qui possédaient un animal. Il nous paraît essentiel de changer de perspective pour adopter le point de vue des résidents et leur singularité. L'uniformité que l'on peut trouver en EHPAD dans l'aménagement et la décoration ne paraît pas faciliter l'appropriation des lieux pour les résidents. De même, l'aménagement des lieux devrait tenir compte des usagers et de leurs usages (par exemple, un acte de soin réalisé dans une pièce commune, une animation réalisée dans un lieu dédié au repos ou encore les résidents qui souhaiteraient rester attablés pour discuter après le repas alors que le personnel leur demande de sortir pour nettoyer la salle)(116)

4.3. Ouverture

Tout d'abord, il serait intéressant de recueillir le point de vue des résidents sur l'intervention assistée par l'animal et sur sa façon de contribuer, ou non, à la qualité de vie en EHPAD.

Par ailleurs, notre étude a été réalisée dans 3 établissements où l'animal était utilisé de diverses manières allant de la libre présence animale au sein de la structure, jusqu'à des ateliers cadrés avec des objectifs déterminés à l'avance, en passant par l'utilisation d'un animal présent au quotidien par différents professionnels. Cette disparité dans la méthode peut être liée au manque de formation et de protocolisation ce qui rend difficile la possibilité d'évaluer tous les bienfaits de l'intervention assistée par l'animal. Notre étude a permis de mettre en lumière différentes pistes de bénéfices mais il nous semble indispensable de préciser sa mise en place avant de réaliser des études quantitatives par le biais d'une échelle de qualité de vie ou de bien-être.

5. Conclusion

Les professionnels interrogés dans notre étude suggèrent une tendance positive de l'intervention assistée par l'animal avec peu de contraintes. En effet, les résultats semblent indiquer une tendance à l'amélioration du bien-être des résidents par diverses stimulations et une approche globale où les personnes âgées sont valorisées. Sur le plan relationnel, les professionnels insistent sur une meilleure communication grâce à l'animal. Ils ajoutent que l'IAA valorise les résidents en leur donnant la responsabilité de prendre soin d'un autre être vivant. Ils remarquent également des bienfaits sur le plan psychoaffectif.

Les répercussions de l'IAA ne se limitent pas aux résidents, puisque les professionnels interrogés évoquent une tendance à l'amélioration du bien-être et de la satisfaction au travail. Par son rôle d'auxiliaire thérapeutique, il peut permettre notamment une égalisation de la relation soignant-soigné et un changement dans la perception et la considération du résident. Alors que les professionnels s'inquiètent plus que jamais, depuis la pandémie de COVID 19, sur les difficultés d'être soignant en EHPAD aujourd'hui, l'animal peut redonner de l'espoir et contribuer à faire de l'EHPAD un lieu de vie plutôt qu'un lieu de soin.

Cette approche globale nécessite de tenir compte des centres d'intérêts et de l'environnement que chaque patient souhaite, avec un lieu de vie et des professionnels de santé au service de sa qualité de vie. Le médecin généraliste, par son approche centrée sur ces attentes et la coordination des soins, agit pour cette prise en charge positive. Notre rôle est ici à la fois individuel : y penser pour chaque patient, et collectif : agir pour faire des EHPAD des lieux de vie avec une réflexion sur la manière d'améliorer le bien-être de chacun. A bien des égards, l'IAA peut servir ces desseins. Ce type d'intervention, de réalisation diverse aujourd'hui, manque encore de protocolisation pour permettre d'en démontrer statistiquement les bénéfices. Toutefois, le peu de contraintes relevées dans cette étude et les bénéfices autres tels que la santé au travail, permettent d'ores et déjà de la proposer aux personnes âgées institutionnalisées.

CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées en institution occupe une place importante dans les questions relatives à la santé en raison du vieillissement de la population et de l'insatisfaction actuelle.

Lieu de vie à part entière, l'EHPAD représente un établissement qui héberge des personnes vulnérables ayant besoin de soins. Mais dans un milieu de vie, ne devrions-nous pas avant tout chercher à combler les besoins des résidents en termes de bien-être et de qualité de vie, plutôt que se concentrer uniquement sur l'état de santé physique avec des moyens médicamenteux ? C'est là tout l'intérêt des thérapies non médicamenteuses qui, en mettant le soin au service du bien-être, s'inscrivent dans une perspective fonctionnelle. En s'appuyant sur les capacités émotionnelles et affectives, en préservant les capacités restantes et en maintenant la confiance en soi, elles cherchent à améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Le maintien de l'estime de soi, l'importance des liens sociaux et l'accès à des activités porteuses de sens sont d'ailleurs des facteurs reconnus pour améliorer la qualité de vie en EHPAD. Pour ne pas mettre en échec le patient et favoriser son implication, il est important de cibler l'approche qui répond le mieux aux centres d'intérêts et à l'histoire personnelle de chaque patient. Avec plus de 6 millions de foyer en France possédant au moins un chien, et 8 millions possédant au moins un chat, les animaux de compagnie sont populaires au sein des foyers français. De ce fait, l'intervention assistée par l'animal pourrait trouver sa place. Aux bénéfices suggérés dans la littérature sur le plan relationnel et psychoaffectif s'ajoutent les bienfaits de l'évocation et du réveil des souvenirs.

Ce travail s'est donc intéressé à l'intervention assistée par l'animal à travers le point de vue des professionnels d'EHPAD. Ceux-ci remarquent une amélioration de la qualité de vie des résidents grâce à une approche globale et une stimulation tant sur le plan physique, relationnel, affectif, psychologique et comportemental. Cette thérapie se distingue des autres stratégies de prises en charge dans le sens où elle implique un autre être vivant auquel les résidents peuvent s'attacher et dont ils peuvent prendre soin ce qui les valorise et leur donne un sentiment d'utilité qu'ils peuvent avoir perdu.

A travers cette étude, nous avons également abordé la notion de bien-être au travail et la manière dont l'intervention assistée par l'animal peut contribuer à améliorer la satisfaction des employés. En rassemblant les professionnels autour d'un sujet de discussion et d'attachement commun, l'animal peut contribuer à créer un climat collectif et bienveillant. Il peut également apporter quelques minutes de détente dans une journée où le rythme est parfois éprouvant. Par ailleurs, en devenant auxiliaire thérapeutique, l'animal peut modifier la relation soignant-soigné : il peut faciliter la communication avec les résidents opposants aux soins, détourner l'attention d'un acte douloureux ou se placer comme intermédiaire dans la dualité de la relation soignant-soigné. Ces changements, qui répondent aux valeurs fondamentales des soignants, peuvent concourir à redonner du sens à la profession.

Nous nous sommes également intéressés à la manière de faire de l'EHPAD un lieu de vie, et pas seulement un lieu de soin au travers notamment des philosophies telles que l'Humanitude et Montessori adaptées aux personnes âgées. Les points communs à ces approches, et que l'on retrouve également dans l'IAA sont la valorisation des capacités restantes, le maintien de l'autonomie, les stimulations sensorielles et l'ouverture extérieure. L'ensemble de ces approches semblent intéressantes car elles s'inscrivent dans une démarche durable de bienveillance et de promotion de la qualité de vie.

Toutefois, avant de pouvoir tirer des conclusions, l'intervention assistée par l'animal doit encore être précisée, avec notamment un cadre plus structuré et la définition de protocoles. Il existe en effet une multitude de façon d'inclure les animaux en EHPAD : des associations extérieures peuvent programmer des séances régulières, des professionnels de santé intervenant au sein de l'établissement peuvent venir accompagnés de leur animal, l'animal peut rester présent sur l'établissement la journée puis rentrer au domicile d'un membre du personnel le soir ou encore être présent nuit et jour. Nous alertons toutefois sur l'importance du bien-être animal qui doit être pris en compte. La diversité de la mise en place de la médiation animale rend difficile la possibilité d'évaluer tous les bienfaits de cette approche.

L'ensemble de ce travail a été réalisé dans un contexte sanitaire particulier. La pandémie du COVID-19 et le confinement qu'elle a imposé a pu modifier la perception des professionnels de santé concernant leur profession et la situation en EHPAD. En effet, cette situation altérée a pu mettre en lumière des problématiques jusqu'alors plus sous-jacentes.

L'isolement des personnes âgées, l'interdiction des visites, l'arrêt des animations et activités qui ont été imposés semblent avoir mis à mal l'ensemble des réflexions éthiques que nous venons d'aborder.

Toutefois, il peut s'agir du moment idéal pour s'interroger sur l'EHPAD de demain. Tout d'abord, je pense que l'entrée en EHPAD pourrait être l'occasion de s'interroger sur l'objectif de la prise en charge globale du patient et du degré de médicalisation nécessaire à celle-ci. Il me semble important d'aborder chaque résident dans sa globalité mais également dans sa singularité, tout en s'intéressant à ses attentes, ses besoins, et ses centres d'intérêts, afin de mettre en place les soins les plus adaptés. C'est là tout le rôle d'un médecin généraliste dont la mission consiste à articuler et unir les différentes formes de thérapies et d'intervenants autour d'un même point commun : le patient et sa santé dans toutes ses dimensions. Je pense également que pour répondre à cette mission, il conviendrait d'inciter les professionnels à mieux cerner leur propre état de santé afin d'être disponibles pour répondre aux besoins de leurs patients.

Ce travail, au-delà de m'avoir sensibilisée aux thérapies non médicamenteuses m'a interrogée sur des notions dont je n'appréhendais pas la complexité telles que la médicalisation en EHPAD, la vision parfois déformée que nous pouvons avoir des résidents ou encore cette dissociation entre lieu de vie et lieu de soin. Forte de ces enseignements, j'essaie de les appliquer au quotidien dans ma pratique professionnelle. Cette fin de cursus représente pour moi un commencement dans mes réflexions et j'aborde avec enthousiasme ma mission de médecin généraliste où la bienveillance et la qualité de vie de mes patients seront au cœur de mes prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Faits marquants sur le vieillissement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
2. Âge moyen et âge médian de la population | Insee [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
3. ip1789.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/116185/1/ip1789.pdf>
4. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
5. Giampaoli S, Viscogliosi G, Vannuzzo D. We all want to live longer, but not grow old. *Monaldi Arch Chest Dis* [Internet]. 18 juill 2017 [cité 16 janv 2020];87(2). Disponible sur: <https://www.monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/843>
6. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937&q=personne+%C3%A2g%C3%A9e+d%C3%A9pendante>
7. ip1767.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/103613/1/ip1767.pdf>
8. Dépense courante de santé | Insee [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384508#tableau-figure1>
9. ameli.fr - Fiches par pathologie [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/maladies-psihiatriques.php>
10. DP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies.pdf

11. er1015.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
12. er1141.pdf [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/117506/1/er1141.pdf>
13. psychotropes2008_depression_131008.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/psychotropes2008_depression_131008.pdf
14. er_989.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_989.pdf
15. Massot Mesquida M, Tristany Casas M, Franzi Sisó A, García Muñoz I, Hernández Vian Ó, Torán Monserrat P. Consensus and evidence-based medication review to optimize and potentially reduce psychotropic drug prescription in institutionalized dementia patients. *BMC Geriatr.* déc 2019;19(1):7.
16. Leone E, Deudon A, Robert P. Motivation, engagement et stimulation verbale et motrice dans les démences sévères. Étude STIM-EHPAD. *Rev Neuropsychol.* 15 nov 2012;Volume 4(2):114-22.
17. Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* févr 2008;23(2):170-7.
18. David R. Chapitre 1. Prévalence et évolutivité [Internet]. *Alzheimer et états comportementaux.* Dunod; 2014 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/alzheimer-et-etats-comportementaux--9782100713028-page-3.htm>
19. elements_de_contexte___qdv4.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte___qdv4.pdf
20. Jeandel et al. - Composition du comité de pilotage du Livre Blanc.pdf [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2019/04/Livre-blanc-de-la-g%C3%A9riatrie-modifi%C3%A9.pdf>
21. La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches. 2011;73.

22. Hervy M-P. Des recommandations de l'anesm sur la qualité de vie en ehpad : pourquoi ce thème ? *Empan*. 2013;n° 92(4):126-32.
23. Fougère B, Kelaiditi E, Hoogendijk EO, Demougeot L, Duboué M, Vellas B, et al. Frailty Index and Quality of Life in Nursing Home Residents: Results From INCUR Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2016;71(3):420-4.
24. Mermoud VB, Morin D. Regards croisés entre l'évaluation de la qualité de vie perçue par le résident hébergé en établissement médico-social et par le soignant référent. *Rech Soins Infirm*. 5 nov 2016;N° 126(3):38-50.
25. Sebai J, Yatim F. Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe. *Sante Publique (Bucur)*. 7 nov 2018;Vol. 30(4):517-26.
26. *demarche_centree_patient_web.pdf* [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
27. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
28. Vanderheyden J-É, Kennes B. Présentation [Internet]. Vol. 2e éd., Démence et perte cognitive. De Boeck Supérieur; 2017 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/demence-et-perte-cognitive--9782807302655-page-121.htm>
29. *maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf* [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf
30. Deudon A, Leone E. Chapitre 13. Approches non pharmacologiques (ANP) [Internet]. Alzheimer et états comportementaux. Dunod; 2014 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/alzheimer-et-etats-comportementaux--9782100713028-page-151.htm>
31. Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview [Internet]. [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711645/>

32. Gueib C. Effets des jardins thérapeutiques sur la conscience de soi des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées: (JAZ SELF, Jardins AlZheimer SELF). :87.
33. Chats et chiens : nombre de foyers possesseurs France 2017 [Internet]. Statista. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/885328/nombre-foyers-chat-chien-france/>
34. Banks MR, Banks WA. The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 juill 2002;57(7):M428-32.
35. AZE | Zoothérapie de l'Est | Définition & Histoire de la médiation animale [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.zootherapielest.fr/zootherapie-definition-histoire.php>
36. Historique | Syndicat Français des Zoothérapeutes [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.syndicatfrancaisdeszootherapeutes.fr/historique-4>
37. Histoire de la zoothérapie / médiation par l'animal : Association Ami-maux – Médiation par l'animal , Zoothérapie en Alsace, Haut-Rhin [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ami-maux.com/media-quoi/pour-qui-2/>
38. Un peu d'Histoire [Internet]. CANIDEA. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.canidea.fr/un-peu-d-histoire/>
39. Terminology | Pet Partners [Internet]. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://petpartners.org/learn/terminology/>
40. LIVRE BLANC DE L'IAHAIO - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/77321105-Livre-blanc-de-l-iahaio.html>
41. 2016_mediation_animale_CClinSE.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinSudEst/2016_mediation_animale_CClinSE.pdf
42. La réglementation sur les chiens de médiation [Internet]. CANIDEA. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.canidea.fr/lois-et-reglementation/la-reglementation-sur-les-chiens-de-mediation/>

43. Les Interventions Assistées par l'Animal (I.A.A.) [Internet]. Enfant Différent | enfance & handicap informations & ressources. 2019 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.enfant-different.org/methodes-et-approches-reeducatives/les-interventions-assistees-par-l-animal>
44. Certificat de capacité à la médiation animale auprès des personnes âgées | Certification Professionnelle [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://certificationprofessionnelle.fr/recherche/rs/3948>
45. Chargé de projet en médiation par l'animal | Certification Professionnelle [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://certificationprofessionnelle.fr/recherche/rncp/31943>
46. Nos formations professionnelles : Institut Français de Zoothérapie [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.institutfrancaisdezootheapie.com/formations#.Xn-TzohKiCg>
47. Diplôme universitaire relation d'aide par la médiation animale (RAMA) [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: http://www.orientation.auvergnerhonealpes.fr/intercarif/fiche/formation/03_1702216F
48. webinaire_-_presentation_240119.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: http://www.erasme.fr/sites/erasme.fr/files/upload/Formations/Formationscourtesetcontinues/webinaire_-_presentation_240119.pdf
49. Les chiens d'aide [Internet]. CANIDEA. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.canidea.fr/les-chiens/>
50. Qui sommes-nous ? [Internet]. CANIDEA. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.canidea.fr/qui-sommes-nous/>
51. Lundqvist M, Carlsson P, Sjö Dahl R, Theodorsson E, Levin L-Å. Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 10 juill 2017;17(1):358.
52. Yakimicki ML, Edwards NE, Richards E, Beck AM. Animal-Assisted Intervention and Dementia: A Systematic Review. *Clin Nurs Res.* janv 2019;28(1):9-29.

53. Ambrosi C, Zaiontz C, Peragine G, Sarchi S, Bona F. Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* janv 2019;19(1):55-64.
54. Menna LF, Santaniello A, Gerardi F, Di Maggio A, Milan G. Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: a pilot study: AAT based on the ROT protocol. *Psychogeriatrics.* juill 2016;16(4):240-6.
55. Moretti F, De Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C, et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* juin 2011;11(2):125-9.
56. Mossello E, Ridolfi A, Mello AM, Lorenzini G, Mugnai F, Piccini C, et al. Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *Int Psychogeriatr.* août 2011;23(6):899-905.
57. Friedmann E, Galik E, Thomas SA, Hall PS, Chung SY, McCune S. Evaluation of a pet-assisted living intervention for improving functional status in assisted living residents with mild to moderate cognitive impairment: a pilot study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* mai 2015;30(3):276-89.
58. Majić T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA. Animal-Assisted Therapy and Agitation and Depression in Nursing Home Residents with Dementia: A Matched Case–Control Trial. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1 nov 2013;21(11):1052-9.
59. Wesenberg S, Mueller C, Nestmann F, Holthoff-Detto V. Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics.* 1 mai 2019;19(3):219-27.
60. Kawamura N, Niiyama M, Niiyama H. Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. *Psychogeriatrics.* 2007;7(1):8-13.
61. Berry A, Borgi M, Terranova L, Chiarotti F, Alleva E, Cirulli F. Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics.* 2012;12(3):143-50.

62. Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia - Nancy E. Richeson, 2003 [Internet]. [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/doi/abs/10.1177/153331750301800610>
63. Holthoff V, Beckmann A, Gerner A, Wesenberg S, Werner J, Marschner K, et al. P1-377: Dog-assisted therapy for people with dementia: A randomized, controlled trial. *Alzheimers Dement.* juill 2013;9:P297-P297.
64. Hediger K, Thommen S, Wagner C, Gaab J, Hund-Georgiadis M. Effects of animal-assisted therapy on social behaviour in patients with acquired brain injury: a randomised controlled trial. *Sci Rep.* déc 2019;9(1):5831.
65. Tribet J, Boucharlat M, Myslinski M. [Animal-assisted therapy for people suffering from severe dementia]. *L'Encephale.* avr 2008;34(2):183-6.
66. Tournier I, Vives M-F, Postal V. Animal-assisted intervention in dementia: Effects on neuropsychiatric symptoms and on caregivers' distress perceptions. *Swiss J Psychol.* avr 2017;76(2):51-8.
67. Quibel C, Bonin M, Bonnet M, Gaimard M, Mourey F, Moesch I, et al. Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer. *Soins Gériatrie.* mai 2017;22(125):35-8.
68. Kamioka H, Okada S, Tsutani K, Park H, Okuizumi H, Handa S, et al. Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* avr 2014;22(2):371-90.
69. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M-J, Ihlebæk C. Effect of animal-assisted activity on balance and quality of life in home-dwelling persons with dementia. *Geriatr Nurs N Y N.* août 2016;37(4):284-91.
70. Zafra-Tanaka JH, Pacheco-Barrios K, Tellez WA, Taype-Rondan A. Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 24 janv 2019 [cité 12 janv 2020];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345014/>

71. Lai NM, Chang SMW, Ng SS, Tan SL, Chaiyakunapruk N, Stanaway F. Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 nov 2019 [cité 10 avr 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013243.pub2>
72. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers M-J, Patil G, Ihlebæk C. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(12):1312-21.
73. Kårefjärd A, Nordgren L. Effects of dog-assisted intervention on quality of life in nursing home residents with dementia. *Scand J Occup Ther*. 19 sept 2019;26(6):433-40.
74. Travers C, Perkins J, Rand J, Bartlett H, Morton J. An Evaluation of Dog-Assisted Therapy for Residents of Aged Care Facilities with Dementia. *Anthrozoös*. juin 2013;26(2):213-25.
75. Briones MÁ, Pardo-García I, Escribano-Sotos F. Effectiveness of a Dog-Assisted Therapy Program to Enhance Quality of Life in Institutionalized Dementia Patients. *Clin Nurs Res*. 6 août 2019;105477381986725.
76. Filan SL, Llewellyn-Jones RH. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*. déc 2006;18(4):597-611.
77. Lena Nordgren GE. Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia [Internet]. 2013 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://journals.rcni.com/nursing-older-people/effects-of-dogassisted-intervention-on-behavioural-and-psychological-symptoms-of-dementia-nop2014.03.26.3.31.e517>
78. Voisin R. Effets de la zoothérapie sur les troubles du comportement des sujets déments résidant en EHPAD: impact sur la prescription de psychotropes [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
79. Widmayer S, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Could Animal-Assisted Therapy Help to Reduce Coercive Treatment in Psychiatry? *Front Psychiatry* [Internet]. 14 nov 2019 [cité 12 janv 2020];10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6867966/>

80. Thodberg K, Sørensen LU, Christensen JW, Poulsen PH, Houbak B, Damgaard V, et al. Therapeutic effects of dog visits in nursing homes for the elderly: Effects of dog visits in nursing homes. *Psychogeriatrics*. sept 2016;16(5):289-97.
81. Machová K, Procházková R, Eretová P, Svobodová I, Kotík I. Effect of Animal-Assisted Therapy on Patients in the Department of Long-Term Care: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 16 avr 2019;16(8):1362.
82. Beiger F. 6. Les autres animaux familiers médiateurs. *Enfances*. 2016;2e éd.:75-84.
83. Kedanis RJ. The Miracle of Henry the Hospice Cat: *Holist Nurs Pract*. 2016;30(6):379-81.
84. McDaniel Peters BC, Wood W. Autism and Equine-Assisted Interventions: A Systematic Mapping Review. *J Autism Dev Disord*. oct 2017;47(10):3220-42.
85. Définitions - Société Française d'Equithérapie - SFE [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <http://sfequithérapie.free.fr/spip.php?rubrique9>
86. Barrois C, Jean P, Lebon C, Muller É. 2. Une thérapie psycho-corporelle. *Trames*. 18 mars 2020;67-118.
87. AZE | Interventions de Zoothérapie [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.zootherapie.delest.fr/Ferme-Itinerante.php>
88. Falk H, Wijk H. Natural activity: an explorative study of the interplay between cage-birds and older people in a Swedish hospital setting. *Int J Older People Nurs*. mars 2008;3(1):22-8.
89. Constitution [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
90. reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf

91. Oude Engberink A, Bourrel G, Carbonnel F, Pavageau S, Clotet L, Lognos B. Approche centrée patient et interventions non médicamenteuses (INM) en médecine générale. HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale [Internet]. 2018 [cité 27 juill 2020];(1). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/65111>
92. Sleep-disturbances-in-Alzheimers-disease-and-other-dementias.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Marie-Francoise_Vecchierini/publication/41848338_Sleep_disturbances_in_Alzheimer's_disease_and_other_dementias/links/57bddf8408aeb95224d0598d/Sleep-disturbances-in-Alzheimers-disease-and-other-dementias.pdf
93. Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10218187>
94. The effects of animal-assisted therapy on loneline...: Lorraine-clic [Internet]. [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <http://resolver.ebscohost.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/openurl?sid=Entrez%3aPubMed&id=pmid%3a12084804&site=ftf-live>
95. médiation-animale-et-troubles-psycho-comportementaux-de-la-démence-.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <http://fondation-apsommer.org/doc/wp-content/uploads/sites/7/2018/05/m%C3%A9diation-animale-et-troubles-psycho-comportementaux-de-la-d%C3%A9mence-.pdf>
96. Chiens Médiateurs et d'Utilité de l'Est [Internet]. Chiens Médiateurs et d'Utilité de l'Est. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.chiensmediateurs.fr/>
97. Casey J, Csiernik R, Knezevic D, Ebear J. The Impact of Animal-Assisted Intervention on Staff in a Seniors Residential Care Facility. *Int J Ment Health Addict.* oct 2018;16(5):1238-48.
98. Louart P, Trépo G. Chapitre 3. Perspectives d'audit sur le bien-être au travail [Internet]. Une vision des ressources humaines sans frontières. EMS Editions; 2018 [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/une-vision-des-ressources-humaines-sans-frontieres--9782376871811-page-274.htm>
99. Vinot A, Vinot D. Le management au défi du stress des professionnels dans les établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes. *J Gest Econ Medicales.* 2017;Vol. 35(4):159-77.

100. revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf
101. Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient - Surgery [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060\(13\)00674-0/fulltext](https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060(13)00674-0/fulltext)
102. Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe [Internet]. Presses de l'EHESP; 2008 [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail--9782859529468.htm>
103. Ootim B. Error making part 2: identifying the causes in nursing: In the second of two articles on errors in nursing practice, Bissoondial Ootim identifies models of error making and discusses how error making can take place. Nurs Manag (Harrow). avr 2002;9(1):25-9.
104. Baromètre santé 360 : Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement [Internet]. Odoxa. [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillissement/>
105. Amyot J-J. Chapitre 1. Être vieux : du statut à l'image. Guid Sante Soc. 2016;1-48.
106. Rosay-Notz H. Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles. Etudes Sur Mort. 2004;no 126(2):27-36.
107. Les Français et le grand âge (mai 2011) [Internet]. Kantar. 2013 [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-le-grand-age-mai-2011>
108. Badey-Rodriguez C. L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. Gerontol Soc. 2005;28 / n° 112(1):105-14.
109. Foureur N, Mallon I, Bihan-Youinou BL. Médicalisation de la vieillesse : un juste équilibre ? Retraite Soc. 13 mai 2014;n° 67(1):159-68.

110. Dazord A, Gerin P, Brochier C, Cluse M, Terra J-L, Seulin C. Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêt chez les patients dépressifs. *Santé Ment Au Qué.* 11 sept 2007;18(2):49-73.
111. Une méthode qui a fait ses preuves [Internet]. Le Label Humanitude. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.lelabelhumanitude.fr/une-methode-qui-a-fait-ses-preuves/>
112. Defresne C. Humanitude [Internet]. Les concepts en sciences infirmières. Association de recherche en soins infirmiers; 2012 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-312.htm>
113. Gineste Y, Marescotti R, Pellissier J. L'humanité dans les soins. *Rech Soins Infirm.* 2008;N° 94(3):42-55.
114. Eustache-Vallée M-L. Vers une prise en soin identitaire sociétale du patient Alzheimer à un stade modéré à sévère de la maladie. *Rev Neuropsychol.* 23 nov 2018;Volume 10(3):192-4.
115. Favre N. L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs. *Jusqua Mort Accompagner Vie.* 28 sept 2017;N° 130(3):85-92.
116. Charras K, Cérèse F. Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gerontol Soc.* 29 mars 2017;39 / n° 152(1):169-83.

ANNEXES

- Guide d'entretien -

Recueil des données sociologiques : sexe, âge, profession, animal ou non et si oui lequel

Questions de relance (EHPAD où la médiation est mise en place) :

- Racontez-moi un souvenir en lien avec la TAA
- Pouvez-vous me raconter comment s'est mise en place la TAA au sein de l'EHPAD ?
- Est-ce que la médiation animale impacte votre travail d'une façon ou d'une autre ?
- Avez-vous vu un changement depuis la mise en place ?
- Est-ce qu'il y a des choses qui ont pu vous inquiéter concernant la médiation animale ?
- Qu'en disent les résidents ? Et la famille ?
- Qu'en est-il du bien-être animal ?
- Dans la littérature scientifique, ça a été testé comme moyen d'améliorer l'état psychologique des résidents, qu'en pensez-vous ?
- Quel est la place de la médiation animale au sein des autres thérapies proposées ?
- Depuis quelques années, la médecine est de plus en plus tournée vers l'humain avec une prise en charge globale où la qualité de vie est au cœur des questionnements, notamment en EHPAD. Que pensez-vous de cette nouvelle façon de prendre en charge les gens ?

Questions de relance (EHPAD où la médiation n'est pas mise en place) :

- Que représente pour vous la médiation animale ?
- Est-ce que ça a déjà été discuté dans l'EHPAD ?
- Est-ce que ça vous paraît une bonne idée ?
- Quels sont pour vous les points négatifs envisageables ?
- Si votre directeur proposait de mettre cela en place, qu'est-ce que vous en penseriez ?
- Qu'est-ce que vous proposez comme thérapie non médicamenteuse ? Est-ce que vous pensez qu'on peut faire mieux ?
- Des idées pour améliorer la qualité de vie des résidents ?

VU

NANCY, le 1^{er} septembre 2020

NANCY, le 02 septembre 2020

Le Président de Thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur C. PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 11329C

NANCY, le 08 septembre 2020

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Des thérapies non médicamenteuses telles que l'intervention assistée par l'animal (IAA) émergent dans la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées. Nous avons exploré le ressenti du personnel d'EHPAD quant à l'IAA. Nous avons réalisé des entretiens semi dirigés par appel téléphonique auprès de professionnels d'EHPAD avec et sans IAA entre mai et juin 2020 dont des médecins, agents administratifs, soignants et agents d'entretien. Les professionnels interrogés remarquent un impact sur le plan physique par un travail de la motricité et une stimulation globale, sur le plan relationnel par une meilleure communication, une stimulation émotionnelle et la responsabilisation des résidents dans le soin à l'animal et sur le plan psychoaffectif par un apaisement, un travail de la mémoire, un éveil et une amélioration de l'humeur. Il semble exister une tendance à l'amélioration du bien-être au travail par l'amélioration de la communication et une modification de l'image que les soignants peuvent avoir des résidents. Enfin, l'animal peut contribuer à faire de l'EHPAD un lieu de vie plutôt qu'un lieu exclusivement sanitaire. Les professionnels suggèrent une tendance positive de l'intervention assistée par l'animal sur le résident, sur le professionnel de santé et sur l'EHPAD de manière générale, avec peu de points négatifs. L'IAA nécessite une standardisation pour conclure mais peut déjà être utilisée vu les bénéfices suggérés dans la littérature et le peu de contraintes relevées.

TITRE EN ANGLAIS : Feelings of nursing homes' staff about animal assisted intervention : qualitative study in Grand Est in 2020

THESE : MEDECINE GENERALE ANNEE 2020

MOTS CLES : maison de retraite médicalisée, thérapie assistée par l'animal, personnel de santé, relations entre professionnels de santé et patients

ADRESSE ET INTITULE

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandoeuvre-lès-Nancy
