

BF
20.5
Wk
2002
G125
C:2

ISABELLE GAGNON

**EFFETS D'UNE THÉRAPIE ASSISTÉE PAR L'ANIMAL AUPRÈS
DE PERSONNES ÂGÉES AYANT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS
ET RÉSIDANT DANS UN CENTRE D'HÉBERGEMENT
ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE**

Mémoire

Présenté

à la Faculté des études supérieures

de l'Université Laval

pour l'obtention

du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de psychologie

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES

UNIVERSITÉ LAVAL

AVRIL 2003





AVANT-PROPOS

Je souhaite tout d'abord remercier Jean Vézina, Ph.D., directeur de cette recherche, pour sa patience, son authenticité et sa rigueur scientifique.

Merci à Guylaine N. Desjardins, directrice de l'Institut de zoothérapie du Québec, pour son implication et ses conseils.

À mes amies et collègues, vous m'avez procuré l'énergie nécessaire afin de mener à bien ce travail. Karine, Geneviève A., Geneviève R. et Marie-Ève, vous avez magnifiquement agrémenté ces cinq années d'étude.

Un merci tout spécial à mon compagnon de vie, Jean-François, qui a su m'accompagner dans cette aventure riche en émotions. Ta présence ainsi que tes encouragements ont été d'un réconfort inestimable.

À mes parents, Gilbert et Marie-Noël, ainsi qu'à ma sœur Édith et mon frère François, je ne saurai jamais suffisamment vous remercier pour votre soutien tout au long de ces années. Vos encouragements m'ont permis de cheminer et de terminer ce travail.

Je tiens également à remercier une personne particulièrement importante à mes yeux, Madame Johanne Côté. Vous êtes un guide extraordinaire. Merci de croire en moi.

Enfin, ce projet a été rendu possible grâce à la participation financière du Fond pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR).



Résumé

En centre d'hébergement, 15 à 25% des aînés présentent des symptômes de dépression et ces pourcentages s'élèvent jusqu'à 50% en milieu hospitalier. Compte tenu de l'impact que peuvent avoir ces symptômes sur la qualité de vie, plusieurs modalités de traitement ont été développées afin de contrer cette problématique. Parmi celles-ci, la Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) est une technique d'intervention utilisant les liens naturels et bienfaisants existants entre l'humain et l'animal afin de contribuer au bien-être des individus. Bien qu'elle soit de plus en plus prisée auprès des professionnels de la santé, son efficacité demeure à prouver dans plusieurs secteurs, dont celui des individus âgés institutionnalisés ayant des symptômes dépressifs. La présente étude s'est par conséquent donnée pour objectif d'explorer, à l'aide d'un protocole à cas unique à niveaux de base multiples en fonction des individus, les effets d'une TAA utilisant des oiseaux sur l'humeur dépressive, l'intérêt, l'énergie, l'appétit, la qualité du sommeil ainsi que sur la symptomatologie dépressive générale de trois personnes âgées. Le maintien dans le temps des effets produits par l'intervention a également été exploré au cours des six semaines de thérapie. L'analyse des résultats révèle que l'ensemble des variables étudiées a été amélioré à au moins une reprise au cours de l'expérimentation. Les gains thérapeutiques observés ont cependant fréquemment été de faible importance et de courte durée. La TAA, instaurée dans le cadre de cette étude, a donc eu un impact limité sur les variables à l'étude.

Isabelle Gagnon

Étudiante à la maîtrise

Jean Vézina, Ph.D.

Directeur de recherche



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	i
RÉSUMÉ.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1.1 Définition du champ d'étude.....	4
1.2 Prolégomènes de la TAA.....	6
1.3 Le bien-être des personnes âgées : L'apport de la TAA.....	9
1.3.1 Pourquoi utiliser la TAA auprès des personnes âgées?.....	10
1.4 Incidence de la TAA chez la personne âgée.....	12
1.4.1 Effets physiologiques de la TAA.....	13
1.4.2 Effets de la TAA sur l'activité sociale.....	14
1.4.1 Effets psychologiques de la TAA.....	16
1.5 La présence de symptômes dépressifs chez les aînés.....	17
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....	22
2.1 Participants.....	22
2.1.1 Description du milieu de vie des résidants.....	24
2.2 Matériel.....	24
2.2.1 Questionnaire d'informations générales.....	24
2.2.2 Échelle de Dépression Gériatrique (ÉDG).....	25
2.2.3 Petit examen de l'état mental.....	25
2.2.4 Échelle Visuelle Analogue (ÉVA).....	26
2.2.5 Oiseaux.....	27
2.3 Procédure.....	27
2.3.1 Recrutement des participants et formulaires de consentement.....	27
2.3.2 Protocole de recherche.....	28
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	30
3.1 Résultats aux ÉVA.....	30
3.2 Résultats à l'ÉDG.....	35



CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....	36
4.1 Retour sur les résultats obtenus.....	36
4.2 Limites de l'étude.....	39
4.3 Pistes de recherches futures.....	42
RÉFÉRENCES.....	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Études, réalisées de 1985 à aujourd'hui, portant sur les effets de la TAA sur le bien-être physique des aînés.....	52
Tableau 2 : Études, réalisées de 1985 à aujourd'hui, portant sur les effets de la TAA sur l'activité sociale des aînés.....	55
Tableau 3 : Études, réalisées de 1985 à aujourd'hui, portant sur les effets de la TAA sur le bien-être psychologique des aînés.....	60
Tableau 4 : Efficacité de la TAA à modifier les variables physiologiques, sociales et psychologiques.....	66
Tableau 5 : Effets de la TAA sur l'humeur dépressive, l'intérêt, l'énergie, l'appétit, la qualité du sommeil et sur les symptômes dépressifs des participants.....	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Humeur des participants en fonction du jour de l'expérimentation.....	68
Figure 2 : Intérêt des participants envers les activités en fonction du jour de l'expérimentation.....	69
Figure 3 : Énergie des participants en fonction du jour de l'expérimentation.....	70
Figure 4 : Appétit des participants en fonction du jour de l'expérimentation.....	71
Figure 5 : Qualité du sommeil des participants en fonction du jour de l'expérimentation.....	72
Figure 6 : Résultats à l'Échelle de dépression gériatrique avant le début de l'expérimentation ainsi que suite à trois et six semaines de TAA.....	73

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Questionnaire d'informations générales.....	74
--	----



Annexe B : Échelle de dépression gériatrique.....	75
Annexe C : Petit examen de l'état mental.....	77
Annexe D : Échelles visuelles analogues	82
Annexe E : Formulaire de consentement participant –A.....	87
Annexe F : Formulaire de consentement répondant.....	89
Annexe G : Formulaire de consentement participant –B.....	91



CHAPITRE 1

Contexte théorique

Effets d'une thérapie assistée par l'animal sur les symptômes dépressifs de personnes âgées résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée

L'être humain et les animaux cohabitent depuis l'aube de l'humanité. Cependant, avec le passage du temps, des facteurs tels la proximité, les rapports affectifs et l'usage que l'homme a fait des autres espèces animales ont changé. Les animaux étaient autrefois principalement utilisés à des fins de subsistance, de protection et comme moyen de transport. À cette époque, ils étaient perçus comme des « machines nécessaires » employées dans le but de promouvoir le bien-être matériel et économique des individus (Struckus, 1989). Depuis, plusieurs espèces animales ont été introduites dans nos foyers et sont aujourd'hui considérées comme des compagnons fidèles et impartiaux, voire même comme des êtres humanisés. C'est ainsi que les bénéfices potentiels des animaux sur le bien-être physique, psychologique et social de l'être humain ont été graduellement envisagés, donnant lieu à une toute nouvelle perspective de recherche.

Ce chapitre présentera, dans un premier temps, cette discipline. À cette occasion, une définition du champ d'étude, un bref historique ainsi que le rationnel sous-jacent à l'utilisation de cette technique d'intervention auprès d'une clientèle âgée seront proposés. L'état actuel des connaissances scientifiques dans le domaine et ce, plus particulièrement auprès des aînés présentant une symptomatologie dépressive significative est également exposé.

1.1 Définition du champ d'étude

Une pléthore de termes et de définitions a longtemps été indifféremment utilisée dans la littérature afin de qualifier les différents programmes utilisant des animaux comme compléments thérapeutiques. Les termes les plus couramment utilisés sont « activité facilitée ou assistée par l'animal », « thérapie facilitée ou assistée par l'animal », « thérapie animale » et « zoothérapie ». La *Delta Society*, organisme fondé en 1977 par Michael McCulloch afin de promouvoir les liens existants entre l'être humain et l'animal, a publié les premières lignes directrices de ce champ d'étude. Aujourd'hui dans sa deuxième édition, *Standards of Practice in Animal-Assisted Activities*



and Animal-Assisted Therapy (Delta Society, 1996) différencie clairement les programmes incorporant des animaux à des fins de divertissement - Activités Assistées par l'Animal (AAA) - de ceux poursuivant des buts précis auprès de personnes spécifiques - Thérapie Assistée par l'Animal (TAA).

Les AAA sont une occasion privilégiée de se divertir et de s'informer sur les caractéristiques propres aux différentes espèces animales. Celles-ci peuvent être réalisées dans plusieurs environnements (établissements pour personnes âgées, écoles, centres de détention, centres de réhabilitation physique etc.) par des professionnels ayant reçu une formation particulière, par des paraprofessionnels et/ou par des volontaires. Ces activités, non encadrées par des buts ou des objectifs précis, sont effectuées en collaboration avec des animaux rencontrant des critères spécifiques. Concrètement, un groupe de volontaires qui amènent leurs chiens une fois par mois dans un Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD) afin de visiter les résidents et de discuter avec eux constituent une AAA (*Delta Society, 1996*).

La TAA est, quant à elle, une intervention où un animal dûment choisi et entraîné est considéré comme partie intégrante du processus de traitement. La TAA est réalisée par un professionnel de la santé dans le but de promouvoir le fonctionnement physique, social, émotionnel et/ou cognitif des individus. La TAA est un processus documenté et évalué qui peut être de nature individuelle ou de groupe. Des buts et objectifs spécifiques sont établis pour chaque individu participant à une TAA. L'animal peut ainsi être utilisé dans une panoplie de circonstances afin d'améliorer les habiletés motrices, l'équilibre, l'attention, l'estime de soi, les interactions sociales, le vocabulaire, la mémoire à court et à long terme ainsi que dans le but d'atténuer les sentiments d'anxiété, de solitude, de dépression, etc. Plus précisément, lorsqu'un psychologue fait intervenir un chien à l'intérieur d'un groupe de personnes ayant un déficit intellectuel dans l'objectif d'améliorer leurs habiletés sociales, il a recours à la TAA (*Delta Society, 1996*).

La *Delta Society* (1996) mentionne que le terme thérapie animale est inadéquat afin de décrire les programmes incorporant des animaux à des fins thérapeutiques. De fait, ce terme, autrefois employé pour qualifier les séances d'entraînement et de dressage des animaux, néglige



l'apport de la présence humaine accompagnant l'animal. L'utilisation de cette terminologie est donc à proscrire.

Le terme zoothérapie est, pour sa part, un vocable général regroupant l'ensemble des programmes utilisant des animaux afin de promouvoir le bien-être des individus. Ce terme est ainsi utilisé dans le but de désigner l'intégralité des effets bénéfiques que peuvent avoir les animaux sur la santé des humains (Vaillancourt, 2002). Cette terminologie peu spécifique devrait cependant être employée avec retenue car elle peut occasionner une certaine confusion quant aux buts et objectifs visés par les interventions réalisées.

En définitive, de par leur spécificité, les termes AAA et TAA devraient être privilégiés dans les écrits scientifiques. Il importe également de souligner que, l'animal, qu'il soit intégré à l'intérieur d'une activité ou d'un cadre thérapeutique, est un outil d'intervention employé dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des individus. Il est d'ailleurs utilisé, depuis maintenant plus de deux cents ans, auprès de populations présentant des besoins particuliers.

1.2 Prolégomènes de la TAA

La plus ancienne utilisation de l'animal comme complément thérapeutique a été réalisée en 1792, en Angleterre, par un commerçant du nom de William Tuke. Celui-ci est à l'origine de la maison de retraite York, un hôpital psychiatrique où il a introduit une variété de petits animaux tels que des poules et des lapins. À une époque où les méthodes disciplinaires inhérentes aux institutions psychiatriques étaient principalement coercitives, il innove en prônant le respect ainsi que le renforcement positif et en encourageant les résidents à s'impliquer auprès des animaux afin de leur rendre un minimum de confiance en eux-mêmes (Beck, 2000; Struckus, 1991; Vuillemenot, 1997). Une expérience similaire a eu lieu en 1867, en Allemagne de l'Ouest, dans un établissement accueillant des individus souffrant d'épilepsie. De fait, l'hôpital Bethel a intégré à son milieu de vie des animaux domestiques (chiens, chats, oiseaux) et des animaux de la ferme. Les résidents ont ainsi été encouragés à interagir avec les animaux présents et à leur fournir certains soins (Vuillemenot, 1997). Aux États-Unis, la première utilisation d'un animal à des fins thérapeutiques a été réalisée en 1942 à l'hôpital de convalescence de l'armée de Pawling à New York. Le programme instauré incitait les patients, victimes de traumatismes et de blessures physiques



importantes, à travailler avec divers animaux de la ferme (chevaux, volailles, etc.). Il était alors considéré que l'environnement familial créé par la présence des animaux favorisait le retour à un statut de vie normale (Vuillemenot, 1997).

Une particularité demeure au sein de ces expériences; elles n'ont fait l'objet d'aucune évaluation systématique de la part de leurs investigateurs. Les premiers travaux à teneur scientifique, effectués dans le domaine de la TAA, sont attribués à Boris Levinson, psychologue et professeur de psychologie à l'Université de Yeshiva à New York (Thébault, 2001). Celui-ci a découvert accidentellement les bénéfices que peut avoir la présence des animaux auprès des enfants. C'est ainsi qu'il a utilisé son chien afin de venir en aide à un jeune garçon souffrant d'autisme. La relation privilégiée établie entre l'animal et l'enfant contribua à l'établissement d'un lien thérapeutique significatif et à l'atteinte d'un certain mieux-être chez ce dernier. Les premières publications de cet auteur, considéré comme le père de la TAA, datent de 1961. Ses réflexions et ses expériences ont été publiées en 1969 et en 1972 dans les ouvrages suivants : *Pet-Oriented Child Psychotherapy* et *Pets and Human Development* (Bouchard & Delbourg, 1995; Vuillemenot, 1997).

Parallèlement, Samuel et Élisabeth O'Leary Corson travaillaient au sein d'un établissement accueillant des personnes en difficulté. Ayant pris connaissance des travaux de Boris Levinson et désirant vérifier que l'usage de l'animal en thérapie pouvait être utile à des individus n'ayant pas réagi aux thérapies médicamenteuses et aux électrochocs, ils donnèrent l'occasion à des personnes incapables de communiquer avec leur entourage d'entrer en relation avec diverses espèces animales (Vuillemenot, 1997). Ces dernières ont été graduellement introduites aux patients en présence d'un thérapeute. Certaines de ces rencontres ont été enregistrées à l'aide d'une caméra vidéo afin de permettre l'analyse des interactions se déroulant entre le patient, l'animal et le thérapeute (Beck, 2000). Ils constatèrent que la présence des animaux agissait comme catalyseur social en stimulant les interactions entre les individus. Les premiers résultats de leurs travaux ont été publiés en 1975 dans la revue *Current Psychiatric Therapies* (Vuillemenot, 1997).

Au Québec, les premiers programmes utilisant des animaux à des fins thérapeutiques ont été instaurés au début des années 80. C'est ainsi qu'en 1983, Caroline Bouchard, entourée d'une



équipe multidisciplinaire, a fondé l'Institut canadien de zoothérapie à Montréal (Bouchard et al., 1995). Leurs objectifs sont alors de prouver l'efficacité de cette forme de thérapie dans le traitement de certaines maladies ainsi que de sensibiliser, d'informer et d'éduquer à la fois le grand public et les spécialistes des milieux médicaux et paramédicaux (Bouchard, 1995). Bien que l'Institut canadien de zoothérapie soit aujourd'hui fermé, l'entreprise Zoothérapie Québec dispense maintenant divers services à la population de Montréal. Cet organisme, fondé en 1988, s'est donné pour « mission de promouvoir, développer et offrir des programmes d'intervention et de prévention où l'animal de compagnie est utilisé comme agent de stimulation, de motivation et de renforcement auprès de gens de tout âge et de toute condition » (Zoothérapie Québec, 2002). Le Dr Jean-Marc Vaillancourt a également aidé au développement de cette discipline au Québec. De fait, ce vétérinaire a, entre autres, contribué à l'implantation de programmes de TAA dans divers centres d'accueil. Il est d'ailleurs à l'origine de l'instauration de volières à la résidence Robert Cliche de Montréal en 1984 (Simard, 1995). Plus près de nous, l'entreprise « Maisamis les animaux » a vu le jour à Québec en 1993 sous la direction de Madame Guylaine Desjardins. Aujourd'hui appelée Institut de zoothérapie du Québec, cette entreprise dessert plus de vingt résidences pour personnes âgées en plus d'offrir ses services au centre de détention d'Orsainville ainsi qu'à certaines écoles et centres jeunesse de la région.

Comme il est possible de le constater, les premiers travaux à caractères scientifiques portant sur l'emploi volontaire des animaux afin de contribuer au bien-être de l'homme ont été publiés au début des années 1960. Il est cependant important de souligner que ces écrits sont en grande partie constitués d'études de cas non contrôlées et de faits anecdotiques (Beck & Katcher, 1984). En réalité, peu d'évidences scientifiques documentant une association mesurable entre la compagnie animale et la santé humaine ont été soulevées avant 1983 (Bustad, 1998).

Depuis, plusieurs chercheurs, relevant de disciplines professionnelles variées, se sont penchés sur les effets de la TAA auprès de diverses clientèles. Certaines études se sont plus particulièrement intéressées aux enfants atteints de difficultés variées (Lukina, 1999; Nathanson, De Castro, Friend & McMahon, 1997; Nathanson, 1998), à ceux présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (Katcher & Wilkins, 2000), aux enfants ayant des difficultés d'apprentissage (Limond, Bradshaw & Cormack, 1997), ayant subi des sévices sexuels (Reichert,



1994) ainsi qu'aux enfants et adolescents considérés comme émotionnellement perturbés (Drawe, 2001; Hanselman, 2001). Les étudiants d'âge adulte souffrant de symptômes dépressifs (Folse, Minder, Aycock & Santana, 1994), les adultes ayant des handicaps physiques (Farias, Jenkins & Keller, 2001), les individus atteints du VIH ou de maladies chroniques (Allen, Kellegrew & Jaffe, 2000; Gorczyca, Fine & Spain, 2000), les personnes présentant des troubles psychiatriques (Marr, et al., 2000) et celles qui sont incarcérées (Walsh & Mertin, 1994) ont, entre autres, fait l'objet d'études diverses. Les effets de la TAA auprès des personnes âgées ont également été au cœur des travaux scientifiques réalisés.

1.3 Le bien-être des personnes âgées: L'apport de la TAA

Les personnes âgées constituent un segment croissant de notre société contemporaine. De fait, en 1998, les aînés représentaient 12% de la population canadienne et, selon les projections établies, environ 21% de l'ensemble des Canadiens auront plus de 65 ans en 2026 (Statistique Canada, 1999). Cette proportion augmenterait à 23% en 2041 (Statistique Canada, 1999). Au Québec, 13,1% de la population étaient âgés de 65 ans et plus en 2001 (Statistique Canada, 2002) et cette proportion est appelée à augmenter dans les années à venir.

Bien que plusieurs personnes âgées évoluent relativement bien, l'avancement en âge peut entraîner des pertes et changements importants. Ainsi, un déclin des fonctions cognitives, sensorielles et physiques est parfois noté par les professionnels de la santé œuvrant auprès de cette population. La mort du conjoint, le passage à la retraite et le relogement constituent également des transitions notables sollicitant les capacités d'adaptation des aînés (Vézina, Cappeliez & Landreville, 1994). Une étude réalisée par Bar-Tur, Levy-Shiff et Burns (1998) révèle que les pertes expérimentées lors du processus de vieillissement sont négativement associées au bien-être des aînés. En fait, l'avancement en âge peut occasionner des changements physiques, psychologiques et sociaux susceptibles d'affecter la qualité de vie des personnes âgées. Compte tenu de cette réalité, de nouvelles modalités de traitement sont constamment recherchées afin d'améliorer leur bien-être. Parmi celles-ci, la TAA est une intervention de plus en plus prisée auprès des aînés de par l'affection, la stimulation, la compagnie et le regard positif que l'animal peut offrir (Panzer-Koplow, 2000).



Au cours des années, certains fondements théoriques à ce champ d'étude ont été développés afin de mettre en lumière les mécanismes sous-jacents à la TAA et de justifier son utilisation notamment auprès d'une clientèle âgée.

1.3.1 Pourquoi utiliser la TAA auprès des personnes âgées? La théorie de la réponse compétitive de l'extinction via les changements d'attention, proposée par Brickel en 1982, peut permettre de mieux comprendre le rationnel inhérent à l'utilisation de la TAA. Cette approche, dérivée des théories de l'apprentissage, stipule que les organismes vivants apprennent à se comporter en répondant à des stimuli présents dans leur environnement. Les stimulations agréables sont positivement renforcées, ce qui résulte en un comportement d'approche. Les stimuli aversifs sont, quant à eux, négativement renforcés, ce qui amène l'organisme à les éviter. Lorsqu'une réponse apprise n'est plus renforcée, elle disparaît (extinction). En situation clinique, les comportements d'évitement dysfonctionnels sont fréquemment rencontrés. Une personne perçoit, par exemple, une situation comme étant anxiogène et le comportement d'évitement qui s'ensuit entraîne une exposition minimale au stimulus en question. La force du comportement d'évitement peut cependant être diminuée ou éliminée lorsque celui-ci n'est pas réalisé en présence du stimulus négatif. Dans la TAA, les caractéristiques distrayantes de l'animal amèneraient la personne à porter moins d'attention au stimulus anxiogène auquel elle est exposée et donc à l'éviter moins. Une exposition répétée au matériel anxiogène, en association avec l'animal et une absence de conséquences négatives pourraient ainsi aider la personne à confronter ses difficultés. Un changement d'attention d'un stimulus dérangerant vers un élément agréable (animal) pourrait entraîner l'apparition d'une réponse compétitive davantage adaptée à la situation. En somme, Brickel (1982) suggère que le lien émotionnel qu'il est possible de développer avec un animal est une distraction capable de faciliter l'apprentissage de comportements alternatifs appropriés.

Netting, Wilson et New (1987) ont, pour leur part, discuté de trois théories sociales, les théories du rôle social, de l'échange social et du développement au cours de la vie pouvant être à l'origine des bénéfices associés à la TAA. La théorie du rôle social a été développée par le psychologue social Brim (1966) ainsi que par le sociologue Parsons (1955) (cité dans Netting et al., 1987). Selon ces auteurs, un rôle est « un ensemble de comportements en accord avec des fonctions sociales et pour lequel il existe un code de normes » (Brim, Parsons & Bates, 1955). Shaw et



Costanzo (1982) définissent, quant à eux, le concept de rôle comme suit: « fonctions remplies par une personne lorsqu'elle occupe une position particulière à l'intérieur d'un contexte social donné ». Ces deux définitions réfèrent aux normes qui régissent le comportement des individus occupant un statut social dans la société. Quatre dimensions caractériseraient les répercussions que peuvent avoir les rôles sociaux sur l'individu: (1) le nombre de rôles; (2) l'intensité de l'implication dans ces rôles; (3) la participation à ces rôles dans le temps; (4) le degré de structure qu'imposent ces rôles (Netting et al., 1987). Chaque personne serait ainsi amenée à occuper une variété de rôles selon son niveau de développement et ce, en fonction de ses caractéristiques. Un adulte occupera ainsi un nombre plus important de rôles qu'un enfant. Il sera, dans plusieurs cas, amené à s'impliquer de façon plus superficielle dans ceux-ci vu leur nombre. Il y participera pour une plus longue période et ces rôles seront structurés.

Le fait d'être propriétaire d'un animal, de prendre soin de lui peut être un rôle particulièrement important pour la personne âgée. Tel que discuté antérieurement, l'individu qui avance en âge perd parfois divers rôles qu'il a autrefois occupés au sein de la société (celui de mari/femme, de travailleur salarié, etc.). En réponse à ces événements, certaines personnes développent rapidement de nouveaux rôles adaptés à leurs capacités alors que d'autres vivent plus difficilement ces pertes. Bien que la présence d'un animal puisse parfois être un fardeau pour la personne âgée, celle-ci peut également aider à développer de nouveaux rôles (prendre soin de l'animal, être un compagnon fidèle) susceptibles d'être significatifs. En somme, selon la théorie du rôle social, l'animal peut contribuer à l'ajustement des individus âgés en remplaçant certaines pertes de rôles attribuables au vieillissement.

La théorie de l'échange social stipule que les individus ont tendance à s'impliquer au sein des relations leur rapportant davantage qu'elles ne leur coûtent (Netting et al., 1987). Les bénéfices associés à la présence animale peuvent être multiples et diversifiés (stimulation tactile, incitatif à l'activité physique, compagnie d'un animal fidèle, support affectif, etc.). Ces avantages peuvent être d'une grande importance pour les individus ayant peu l'occasion d'entrer en contact avec leur entourage, tel que cela est parfois le cas chez les personnes âgées résidant en CHSLD (Panzer-Koplow, 2000). C'est ainsi que les bénéfices associés à la présence d'un animal peuvent être perçus par les aînés comme surpassant les coûts susceptibles d'être engendrés par cette affiliation.



La troisième théorie présentée par Netting et al. (1987), la théorie du développement au cours de la vie, met l'accent sur le caractère unique des individus à mesure qu'ils progressent à travers les différents stades de développement. Chaque personne a une histoire personnelle composée à partir de ses expériences et de ses perceptions (Netting et al., 1987). Ainsi, tout individu répond différemment aux éléments qui l'entourent selon les expériences qu'il a vécues. Cette théorie assume que les interactions et les expériences antérieures d'une personne avec les animaux influencent son attitude actuelle avec eux. Par conséquent, une personne âgée ayant développé une relation particulièrement étroite avec un animal au cours de sa vie est plus susceptible de réagir positivement à celui-ci et de bénéficier de façon plus importante de sa présence.

Certains auteurs rapportent également que l'animal serait en mesure d'offrir de l'amour ainsi qu'une acceptation et ce, sans égard à l'apparence physique, à l'état de santé, à l'âge et au statut socio-économique (Howell-Newman & Goldman, 1993). Celui-ci pourrait également compenser pour la perte de rôles et de relations significatives (Stewart, Thrush, Paulus & Hafner, 1985) et n'enverrait pas de signaux non verbaux négatifs à la personne malade physiquement ou mentalement (Corson & Corson, 1980). Ces particularités propres à l'animal peuvent être importantes pour les personnes âgées ayant des difficultés d'ordre physique ou psychologique.

Ces éléments, en plus de suggérer que l'animal puisse occuper une place de choix dans la vie des aînés, permettent de mieux saisir les mécanismes susceptibles d'être impliqués dans la TAA. C'est d'ailleurs en conservant ces diverses particularités à l'esprit que de nombreux chercheurs ont entrepris, au cours des dernières années, des études dans le but d'identifier les bénéfices associés à cette pratique auprès des personnes âgées.

1.4 Incidence de la TAA chez la personne âgée

Dans les lignes qui suivent, une recension exhaustive des recherches réalisées auprès des aînés de 1985 à aujourd'hui est présentée. Dans un premier temps, l'ensemble de ces recherches est résumé et regroupé sous la forme de tableaux dans le but de mettre en lumière les effets de différentes TAA sur l'activité sociale ainsi que sur le bien-être physique et psychologique des



aînés. Les résultats similaires et divergents de ces études sont ensuite soulevés afin d'identifier les variables influencées par cette méthode d'intervention.

1.4.1. Effets physiologiques de la TAA. Le tableau 1 présente un synopsis des recherches s'étant intéressées aux effets de la TAA sur le bien-être physique des personnes âgées.

Comme il est possible de le constater à l'examen de ce tableau, plusieurs des variables physiologiques étudiées ne sont pas affectées par la TAA. De fait, la tension musculaire (DeSchrive & Riddick, 1991), la température corporelle (DeSchrive & Riddick, 1991; Batson, McCabe, Baum & Wilson, 1998), la respiration (Harris, Rinehart & Gerstman, 1993) et la réponse endocrinologique à un stress (Kanamori et al., 2001) n'ont pas été significativement changées par cette forme de thérapie.

La tension artérielle, la pulsation cardiaque, la longévité ainsi que la capacité des aînés à réaliser les activités de la vie quotidienne ont, pour leur part, été affectées de façon équivoque par cette technique d'intervention. En effet, un impact significatif de la TAA sur la tension artérielle a été observé par Harris et al. (1993) ainsi que par Riddick (1985). Il est néanmoins important de souligner que la diminution de la tension artérielle diastolique constatée par Riddick (1985) peut être due à un biais inhérent à son étude. De fait, les personnes assignées à la condition expérimentale présentaient une tension diastolique supérieure au groupe témoin avant le début de l'expérimentation. Ces individus avaient donc plus de chance de voir cet indicateur diminuer dans les jours suivant le début de la thérapie. Deux autres études conduites par Walsh, Mertin, Verlander et Pollard (1995) ainsi que par Batson et al. (1998) n'ont constaté aucun effet de la TAA sur la tension artérielle des personnes âgées.

Harris et al. (1993) ainsi que Walsh et al. (1995) ont noté une diminution significative de la pulsation cardiaque suite à la réalisation de TAA. Deux autres études effectuées par Batson et al. (1998) ainsi que par DeSchrive et Riddick (1991) signalent, au contraire, que la pulsation cardiaque n'est pas significativement influencée par cette forme de thérapie. Un examen minutieux des données révèle que l'exposition à l'animal, dans ces deux dernières études, a été de courte durée (10 à 24 minutes) comparativement à l'étude de Walsh et al. (1995) où les personnes ont eu la possibilité de côtoyer un chien dans une proportion beaucoup plus élevée (72 heures). Bien que



Harris et al. (1993) ne spécifient pas la durée d'exposition à l'animal, il est probable que les quatre semaines d'expérimentation réalisées surpassent le temps alloué par Batson et al. (1998) ainsi que par DeSchraver et Riddick (1991). Une réduction de la pulsation cardiaque pourrait donc être associée à une exposition prolongée à un animal. Cette hypothèse se doit cependant d'être examinée lors d'études ultérieures.

Une association significative entre le fait de vivre au côté d'un chien et la survie de personnes âgées ayant subi un infarctus du myocarde a été relevée par Friedmann et Thomas en 1995. Tucker, Friedman, Tsai et Martin (1995) ont cependant constaté que le fait de jouer avec un animal n'est pas associé au risque de mortalité, à la longévité des aînés.

Alors qu'une plus grande capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne (monter les escaliers, marcher, préparer les repas, s'habiller, etc.) a été relevée chez les personnes âgées propriétaires d'un chien et/ou d'un chat par Raina, Waltner-Toews, Bonnett, Woodward et Abernathy (1999), Kanamori et al. (2001) n'ont remarqué aucun effet de la TAA sur cette même variable.

1.4.2. Effets de la TAA sur l'activité sociale. Au cours des dernières années, un nombre relativement important d'études se sont intéressées aux effets de la TAA sur l'activité sociale des personnes âgées. De fait, treize recherches portant sur différents comportements sociaux ont été recensées depuis 1985. Celles-ci sont présentées au tableau 2.

Les indicateurs sociaux les plus couramment étudiés dans ces recherches sont les interactions sociales, les sourires, les regards, les touchers ainsi que les verbalisations. La majorité des recherches s'étant intéressée à l'augmentation des interactions sociales chez les aînés à l'aide de la TAA conclut à un effet positif de la présence d'un chien sur cette variable (Fick, 1993; Francis, Turner & Johnson, 1985; Haughie, Milne & Elliott, 1992; Struckus, 1989). Bernstein, Friedmann et Malaspina (2000) ont noté un effet partiel de la TAA sur les conversations des individus composant leur échantillon. De fait, une fréquence plus élevée des conversations longues en présence des animaux a été observée chez les personnes âgées alertes mais non chez celles considérées comme étant semi-alertes et non alertes. Les conversations brèves ont cependant été



davantage influencées par la réalisation d'ateliers récréatifs (bingo, travaux manuels) que par la TAA et ce, chez l'ensemble de la population étudiée (Bernstein et al., 2000). Enfin, Wallace et Nadermann (1987) ont constaté que des visites réalisées par des personnes contribuent dans la même proportion à augmenter les interactions sociales que des rencontres effectuées en compagnie d'un chien.

Cinq recherches, également réalisées avec l'aide d'un co-thérapeute canin, se sont, quant à elles, intéressées aux effets de la TAA sur le sourire des personnes âgées. Alors que deux de ces études ont constaté une augmentation de la fréquence et de la durée des sourires (Batson et al., 1998; Churchill, Safaoui, McCabe & Baun, 1999), trois autres concluent que la TAA n'a aucun impact sur cette variable (Hendy, 1987; Kongable, Buckwalter & Stolley, 1989; Vézina et al., 1989).

Batson et al. (1998) ainsi que Churchill et al. (1999) ont enregistré une augmentation de la fréquence et de la durée des regards suite à la réalisation d'une TAA. Les résultats obtenus par Kongable et al. (1989) abondent également dans ce sens, alors que ceux de Taylor, Maser, Yee et Gonzalez (1993) ne font ressortir aucune augmentation du nombre de regards. Un examen plus approfondi des résultats souligne que la TAA semble avoir un impact significatif sur le nombre de regards posés par les personnes âgées ayant reçu un diagnostic probable de démence. De nouvelles études se doivent cependant d'évaluer la véracité d'une telle constatation.

L'ensemble des recherches s'étant intéressées aux effets de cette méthode d'intervention sur le toucher souligne que la TAA contribue de façon significative à augmenter les contacts physiques entre les personnes ou envers les animaux (Batson et al., 1998; Bernstein et al., 2000; Churchill et al., 1999; Kongable et al., 1989; Vézina et al., 1989).

Churchill et al. (1999), Kongable et al. (1989) ainsi que Vézina et al. (1989) ont constaté que les personnes âgées ont tendance à verbaliser davantage en présence d'un chien, alors que Batson et al. (1998), Hendy (1987) et Taylor et al. (1993) n'ont remarqué aucune augmentation significative des verbalisations à l'aide de la TAA.



1.3.4. *Effets psychologiques de la TAA.* Compte tenu des nombreuses transitions que la personne âgée est susceptible de vivre, il importe d'évaluer l'impact de cette méthode d'intervention sur son bien-être psychologique.

Comme le révèle le tableau 3, plus de quarante variables psychologiques différentes ont été étudiées par divers auteurs depuis 1985. Parmi celles-ci, l'anxiété, la dépression, l'agressivité, la capacité à prendre soin de soi, la solitude et le moral des personnes âgées ont été les plus fréquemment évalués.

Cinq études se sont plus particulièrement intéressées aux effets de la TAA sur l'anxiété des aînés. Alors que deux études ont conclu (Kanamori et al., 2001; Struckus, 1989) à un impact significatif de la TAA sur cette variable, trois autres recherches n'ont noté aucune baisse de l'anxiété (Fritz, Farver, Kass & Hart, 1995; Riddick, 1985; Zisselman, Rovner, Shmuely & Ferrie, 1996).

Les recherches ayant porté sur la réalisation de TAA auprès des personnes âgées ayant des symptômes dépressifs ont obtenu, comme cela est le cas de plusieurs variables psychologiques, des résultats mitigés. En fait, une diminution significative des symptômes dépressifs a été notée par trois des sept études s'étant intéressées à cette problématique (Francis et al., 1985; Jessen et al., 1996; Struckus, 1989). Fritz et al. (1995), Holcomb, Jendro, Weber et Nahan (1997), Panzer-Koplow (2000) ainsi que Zisselman et al. (1996) ont, pour leur part, observé que la TAA n'influence pas la symptomatologie dépressive des aînés.

Selon Kanamori et al. (2001) ainsi que Struckus (1989), cette forme de thérapie serait respectivement en mesure de diminuer l'agressivité et la colère présente chez les personnes âgées. Fritz et al. (1995) ont cependant obtenu des résultats partiellement contradictoires à ces affirmations. Ces auteurs ont constaté que le fait d'être en contact quotidien avec un animal ne semble pas influencer la colère ainsi que l'agressivité physique des aînés mais diminuerait significativement l'agression verbale. En fait, une certaine diminution de l'agressivité a été plus particulièrement observée chez les aînés ayant un diagnostic probable de démence (Fritz et al., 1995; Kanamori et al., 2001).



La capacité à prendre soin de soi a été évaluée à la suite de trois recherches. Parmi celles-ci, Francis et al. (1985) ont conclu que les personnes âgées mises en contact avec un chien présentent une plus grande capacité à prendre soin d'elles (prendre leur bain, laver leur linge, etc.). Barak et al. (2001) ainsi que Zisselman et al. (1996) n'ont cependant constaté aucun effet de la TAA sur cette variable.

La TAA ne semble pas être en mesure d'améliorer le sentiment de solitude (Riddick, 1985; Goldmeier, 1986; Jessen et al., 1996) et le moral (Panzer-Koplow, 2000; Jessen et al., 1996) des personnes âgées.

Comme le révèle le tableau 4¹, les effets de la TAA sur plusieurs variables physiologiques, sociales et psychologiques demeurent à prouver. De fait, bien que la présence des animaux semble avoir un impact plus prononcé sur l'activité sociale, il demeure que la majorité des indicateurs physiques et psychologiques du bien-être des personnes âgées sont affectés de façon équivoque par cette technique d'intervention. L'état actuel des connaissances scientifiques ne permet donc pas de conclure à un apport positif de la TAA et ce, particulièrement sur le bien-être physique et psychologique des aînés. De nouvelles études doivent donc être entreprises afin d'évaluer l'efficacité de cette pratique dont l'intérêt ne cesse de croître au sein de la population en générale et des divers professionnels de la santé.

C'est dans cet objectif que la présente étude se propose d'explorer les effets d'une TAA sur un aspect particulièrement important de la santé mentale des aînés demeurant en CHSLD : la présence de symptômes dépressifs.

1.5 La présence de symptômes dépressifs chez les aînés. Pour plusieurs personnes, l'avancement en âge a aujourd'hui lieu dans un contexte culturel où la jeunesse, la productivité et l'indépendance sont hautement prisés (Panzer-Koplow, 2000). Les nombreuses et profondes pertes que vivent parfois les personnes âgées peuvent les amener à se distancer progressivement de ce système de valeurs. En fait, contrairement à certaines communautés africaines traditionnelles où l'individu âgé est respecté de part ses expériences de vie et sa sagesse, notre société nord-

¹ Le format du tableau 4 est tiré de Stiles (2001).



américaine contemporaine semble peu valoriser l'avancement en âge. Les aînés sont ainsi parfois considérés comme étant en marge de ce qui est exigé par la société. Des sentiments d'inutilité, de désespoir, de dépression peuvent alors « accompagner » le processus de vieillissement (Jessen et al., 1996).

Environ 15% des aînés vivant dans la communauté présenteraient des symptômes de dépression (Vézina et al., 2000) et 3 à 5% de ceux-ci rencontreraient les critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur établis par la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (American Psychiatric Association, 1994) –le DSM-IV- (Hottin & Carrier, 1997). Selon cette classification, l'épisode dépressif majeur se caractérise par la présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant deux semaines : une humeur dépressive présente pendant pratiquement toute la journée, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, une perte ou un gain de poids significatif, de l'insomnie ou de l'hypersomnie, de l'agitation ou un ralentissement psychomoteur, de la fatigue, un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation excessive, une diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer et par des pensées de mort récurrentes.

En centre d'hébergement, les pourcentages d'états dépressifs seraient plus élevés. Ils atteindraient 15 à 25% des aînés et s'élèveraient jusqu'à 50% en milieu hospitalier (Hottin & Carrier, 1997). D'autres études épidémiologiques de la dépression dans les résidences pour personnes âgées abondent également dans ce sens (Ames, 1991, 1993; Katz & Parmelee, 1994, cités dans Vézina et al., 2000). Celles-ci démontrent que 30 à 50% de ces personnes présentent des symptômes significatifs de dépression, que 19% souffrent de dépression mineure et 6% de dépression majeure (épisode dépressif majeur). Certains auteurs soulignent également des taux de dépression plus élevés chez les individus âgés ayant des affections médicales chroniques tels que l'arthrite, le diabète et des troubles cardiaques (Penninx, Guralnik, Ferrucci, Simonsick, Deeg & Wallace, 1998). La présence de symptômes dépressifs peut ainsi devenir un aspect important de la santé mentale des personnes âgées, particulièrement pour celles demeurant en CHSLD.

Les symptômes de dépression peuvent avoir des conséquences notables sur le fonctionnement quotidien, la qualité de vie ainsi que sur la santé physique des aînés (Vézina et al., 2000). Ces mêmes auteurs soulignent qu'en plus d'affecter les relations familiales et sociales, ils



intensifient la douleur, créent une souffrance et augmentent le recours aux services médicaux. Ils peuvent également conduire à des actes suicidaires ainsi qu'à un taux de mortalité élevé (Parmelee, Katz & Lawton, 1992). Étant donné l'importance de ces répercussions sur le bien-être, la symptomatologie dépressive des personnes âgées doit être traitée.

Plusieurs modalités de traitement ont été développées au cours des années afin de contrer cette problématique. Bien que la pharmacothérapie (Plante & Mallet, 1991) soit souvent privilégiée au sein des institutions, certaines approches psychologiques telles que la thérapie cognitive (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), la thérapie interpersonnelle (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984) et la bibliothérapie (Landreville & Bissonnette, 1997) se sont, entre autres, montrées efficaces afin de diminuer les symptômes dépressifs des personnes âgées. La TAA ne se veut pas, pour l'instant, un substitut à ces interventions mais davantage un complément utilisé dans le but d'améliorer la qualité de vie des aînés. Tel que spécifié antérieurement, l'avancement des connaissances actuelles dans le domaine ne permet pas de soutenir l'utilisation simple de cette modalité de traitement. Il est néanmoins considéré que le contact physique et la communication non verbale que procure l'animal puissent diminuer les effets négatifs liés au manque de stimulation sensorielle ainsi qu'aux pertes émotionnelles que vivent les personnes âgées institutionnalisées et ce, en répondant aux besoins humains universels d'affection et d'affiliation (Panzer-Koplow, 2000).

Cinq études portant plus particulièrement sur le traitement des symptômes dépressifs des personnes âgées résidant en institutions ont été recensées dans le cadre de ce document (voir le Tableau 3 pour une description détaillée de ces recherches). Parmi celles-ci, trois ont observé une diminution significative des symptômes dépressifs à l'aide de la TAA (Francis et al., 1985; Jessen et al., 1996; Struckus, 1989) et deux autres ont noté que cette technique n'influence pas la symptomatologie dépressive des personnes âgées (Holcomb et al., 1997; Panzer-Koplow, 2000). Compte tenu du fait que Fritz et al. (1995) ainsi que Zisselman et al. (1996) n'ont pas employé un instrument de mesure reconnu de la dépression afin de constater de la présence des symptômes dépressifs chez les participants, ces études ne font pas l'objet d'une discussion dans cette section.





Un examen détaillé de ces recherches permet de soulever trois constats majeurs. Dans un premier temps, la majorité de ces études a été réalisée avec l'aide d'un « co-thérapeute » canin. Seuls Holcomb et al., (1997) ainsi que Jessen et al., (1996) ont examiné si la présence des oiseaux était en mesure de diminuer la symptomatologie dépressive. Alors que Holcomb et al. (1997) ne constatent aucun effet, Jessen et al. (1996) notent une diminution des symptômes dépressifs des aînés ayant bénéficié de la présence continue d'un compagnon ailé. Les effets potentiels des oiseaux ainsi que de plusieurs autres espèces animales (ex : chats, lapins, etc.) sur les symptômes dépressifs des personnes âgées demeurent donc à prouver.

Un deuxième constat démontre que quatre des cinq études ayant porté sur le traitement des symptômes dépressifs à l'aide de la TAA ont évalué les effets de programmes de visites animales (Francis et al., 1985; Holcomb et al., 1997; Panzer-Koplow, 2000; Struckus, 1989). Lors de ces recherches, les participants ont été visités par des personnes accompagnées de chiens ou ont eu l'occasion de visiter une volière d'oiseaux placée dans une salle commune (Holcomb et al., 1997). En contrepartie, une seule étude menée par Jessen et al. (1996) a tenté d'évaluer si l'exposition continue (24hrs/24) à un animal pendant une période de dix jours entraînait une diminution de la symptomatologie dépressive. Bien que ces auteurs aient obtenu des résultats significatifs, il importe de souligner qu'une prise de mesure sur une plus longue période aurait permis de contrer l'effet de nouveauté associé à l'introduction de l'animal et d'évaluer si les effets liés à l'intervention perdurent. Considérant le fait que l'exposition prolongée à un animal permette de développer un lien affectif étroit avec ce dernier, il serait pertinent que de nouvelles études s'intéressant plus spécifiquement à ce type de TAA soient réalisées.

Enfin, l'évaluation des symptômes dépressifs a été effectuée peu fréquemment au sein des recherches recensées jusqu'à maintenant. Effectivement, Francis et al. (1985), Jessen et al. (1996) et Panzer-Koplow (2000) ont évalué la présence des symptômes dépressifs préalablement au début de l'expérimentation ainsi que suite à, respectivement, huit semaines, dix jours et dix semaines de traitement. La symptomatologie dépressive des participants a, quant à elle, été mesurée une fois par semaine par Holcomb et al. (1997) et à toutes les deux semaines par Struckus (1989). Une mesure quotidienne des symptômes dépressifs s'avérerait pertinente afin d'obtenir une analyse précise et



détaillée des comportements à l'étude. Cette façon de procéder permettrait également de déterminer de quelle manière le phénomène cible est affecté par la TAA.

C'est dans l'objectif d'intégrer l'ensemble de ces constats que la présente étude s'est donnée pour but d'explorer les effets de la présence continue d'un oiseau en cage placé dans la chambre de personnes âgées ayant des symptômes dépressifs et résidant en CHSLD. Inspirée en partie de Jessen et al. (1996), cette recherche vise également à vérifier le maintien des effets produits par la TAA.

De façon plus précise, six hypothèses sont émises. Des améliorations de l'humeur dépressive, de l'intérêt envers les activités du centre d'hébergement, de l'énergie disponible, de l'appétit et de la qualité du sommeil telle que indiquée par les différentes échelles visuelles analogues correspondantes sont prévues à l'aide de la TAA. Une diminution de la symptomatologie dépressive générale des participants, rapportée par l'Échelle de Dépression Gériatrique (ÉDG) (Bourque, Blanchard & Vézina, 1990), est également attendue.



CHAPITRE 2

Méthodologie

Ce chapitre se divise en trois parties. La première présente les critères de participation de l'étude, les caractéristiques des individus qui ont participé à la recherche ainsi que les particularités du milieu où s'est déroulée l'expérimentation. La seconde et la troisième parties décrivent respectivement le matériel et la procédure employés.

2.1 Participants²

Pour être admissibles à cette étude, les personnes devaient être âgées de soixante-cinq ans et plus, obtenir un résultat supérieur ou égal à 15 à l'ÉDQ (Bourque et al., 1990) ainsi qu'un score supérieur ou égal à 19 au Petit Examen de l'État Mental (PEÉM) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Les participants devaient également bénéficier d'un niveau de compréhension respectable du français oral et écrit, être en mesure de bouger librement au moins une de leurs mains et apprécier les oiseaux. Les individus ayant suivi auparavant une TAA et ceux présentant des peurs ou allergies associées aux oiseaux ont été exclus de l'étude. Il est également important de noter que les participants ne devaient faire l'objet d'aucun transfert d'une institution à une autre pendant l'expérimentation et, dans la mesure du possible, leur médication devait demeurer stable.

Soixante et onze personnes âgées ont été approchées, sur une période de plus de huit mois, afin de participer à cette recherche. Celles-ci provenaient de l'Hôpital Jeffery Hale et du Saint-Brigid's Home, deux CHSLD de la région de Québec. Soixante-quatre aînés ont refusé de participer alors que sept se sont montrés intéressés. Parmi ceux-ci, trois ont obtenu un résultat inférieur à 15 à l'ÉDQ et une personne a dû se retirer en raison du refus de sa famille de la laisser collaborer à la recherche. Au terme du recrutement, trois individus résidant à l'Hôpital Jeffery Hale étaient intéressés par l'étude et rencontraient les critères de participation de celle-ci.

Le premier participant recruté était un homme âgé de 86 ans. Il était veuf et avait pour langue maternelle le français. Bien qu'il ait résidé à l'Hôpital Jeffery Hale pendant trois ans et demie, il s'adaptait encore mal, au moment de l'étude, à son environnement. Il refusait de

² Le masculin est utilisé sans aucune discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.



participer à la majorité des activités organisées au centre d'hébergement, préférant demeurer seul dans sa chambre à lire les quotidiens régionaux. Ses contacts avec les autres résidants étaient donc limités. Le participant bénéficiait néanmoins de la visite régulière (environ 6 fois par semaine) de ses enfants. Il se déplaçait en fauteuil roulant en raison d'un accident cérébro-vasculaire ayant causé certaines limitations physiques. Il a habité, étant jeune, sur une ferme. Par conséquent, il a eu l'occasion d'être en contact avec plusieurs espèces animales. À l'âge adulte, il a été propriétaire de chats domestiques.

Le participant a obtenu un résultat de 20 sur 30 à l'ÉDG, dénotant ainsi de la présence de symptômes dépressifs légers. Au PEÉM, il a obtenu un score de 25 sur 30, attestant de l'absence de trouble cognitif sévère.

La seconde personne sélectionnée était une femme de 75 ans dont la langue maternelle était le français. Elle était divorcée de son époux depuis plusieurs années mais le lien fort qui les unissait amenait ce dernier à lui rendre visite tous les jours de la semaine et ce, depuis son arrivée au centre d'hébergement il y avait de cela quatre mois. Les visites régulières effectuées par son ex-conjoint lui étaient d'un grand réconfort. Son entrée au Jeffery Hale a été précipitée en raison d'un accident de voiture qui l'a privée de l'usage de son bras ainsi que de sa jambe gauche. Elle vouait un grand intérêt aux animaux. Elle a d'ailleurs habité sur une ferme étant jeune en plus d'avoir été propriétaire de chats à l'âge adulte.

Elle a obtenu un résultat de 16 à l'ÉDG, faisant ainsi ressortir la présence de symptômes dépressifs légers. Au PEÉM, elle a obtenu 29 points sur une possibilité de 30, ce qui signifie qu'elle ne présentait aucun trouble cognitif.

La dernière participante était une dame veuve, âgée de 88 ans. Elle avait également pour langue maternelle le français et demeurait au Jeffery Hale depuis sept mois. Avant son entrée dans cet établissement, elle a résidé pendant près d'un an dans un autre CHSLD de la région de Québec. Malgré les visites occasionnelles de ses enfants (environ 3 fois par semaine), elle avouait se sentir seule et pleurait fréquemment. Elle déclarait s'adapter difficilement à la vie au centre d'hébergement. Elle participait de façon irrégulière aux activités organisées à l'Hôpital Jeffery



Hale. La participante bénéficiait d'une autonomie physique respectable mais souffrait néanmoins de problèmes médicaux (fébrillation auriculaire, hypertension artérielle) justifiant sa présence en institution. Elle a été propriétaire de chats, de chiens et d'oiseaux au cours de sa vie.

Un résultat de 20 à l'ÉDG a fait ressortir une intensité légère des symptômes dépressifs. Elle a obtenu un score de 19 au PEÉM, dénotant ainsi de la présence d'un trouble cognitif.

2.1.1 Description du milieu de vie des résidents. L'Hôpital Jeffery Hale de Québec offre des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie ainsi qu'aux personnes adultes présentant un profil gériatrique (ex : individus atteints de sclérose en plaques). Des cent seize lits disponibles dans cet établissement, quatre-vingt-seize sont réservés à des personnes requérant des soins de longue durée lorsque le maintien à domicile n'est plus possible en raison de l'absence ou de l'essoufflement des ressources. Douze lits, dits polyvalents, sont pour leur part destinés à des hospitalisations n'excédant pas quatre à six semaines. Ces lits s'adressent à des personnes dont l'état, temporairement dégradé, nécessite une évaluation, un traitement et/ou de la réadaptation. Deux de ces lits sont réservés plus spécifiquement à des individus en phase terminale d'une maladie. Enfin, huit lits d'hébergement temporaire sont utilisés à des fins de répit dans le but de permettre aux proches d'une personne âgée vivant à domicile de prendre un temps de repos. Ce CHSLD accueille également des personnes âgées aux prises avec un problème d'urgence sociale, soit parce qu'elles sont victimes d'abus, de violence ou encore, parce que l'aidant naturel qui en prend soin habituellement se trouve temporairement dans l'impossibilité d'agir. Compte tenu de sa durée, cette étude s'est adressée aux aînés en perte d'autonomie nécessitant un hébergement et des soins de longue durée.

2.2 Matériel

2.2.1 Questionnaire d'informations générales. Le questionnaire d'informations générales (Annexe A) est un court questionnaire permettant de recueillir les informations suivantes : le sexe, l'âge, la langue maternelle, l'état civil et la durée de séjour à l'Hôpital Jeffery Hale. Les participants se sont également vus demander, par l'intermédiaire de ce questionnaire, s'ils avaient été propriétaire d'un animal au cours de leur vie. Si cela s'avérait être le cas, ceux-ci étaient priés de préciser de quels animaux ils avaient été les détenteurs.



2.2.2 *Échelle de Dépression Gériatrique (ÉDG)*. L'ÉDG (Bourque et al., 1990) (Annexe B) est la version francophone du *Geriatric depression scale* de Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey et Leirer (1983). Celle-ci comprend trente questions pour lesquelles le sujet doit indiquer si « oui » ou « non » l'énoncé correspond à l'état dans lequel il se trouvait la semaine précédente. Son mode de réponse dichotomique rend son administration facile auprès des personnes ayant un faible niveau d'éducation ou une altération légère à modérée des fonctions cognitives (Sheikh & Yesavage, 1986). Un résultat de 0 à 10 indique une absence de symptôme dépressif, de 11 à 20 la présence de symptômes dépressifs légers et de 21 à 30 des symptômes dépressifs modérés à graves. Un score supérieur ou égal à 15 a été exigé afin de participer à cette étude puisqu'à un tel résultat, 85,19% des personnes dépressives et 74,36% des individus non dépressifs sont correctement identifiés par l'ÉDG (Laprise & Vézina, 1998). Cet instrument a été validé auprès de personnes âgées francophones du Nouveau-Brunswick et du Québec (Bourque et al., 1990). Ces auteurs ont réalisé la méthode du test-retest à un intervalle de quatre semaines auprès de cinquante-quatre participants âgés du Nouveau-Brunswick et de cinquante et un autres du Québec. Les coefficients de stabilité obtenus sont de 0,83 et de 0,70 pour les deux échantillons respectifs. La consistance interne de l'ÉDG auprès des personnes du Nouveau-Brunswick est de 0,84 et de 0,89 pour l'échantillon québécois.

2.2.3 *Petit Examen de l'État Mental (PEÉM)*. Le PEÉM (Annexe C), version française du *Mini mental state examination* (Folstein et al., 1975), permet de détecter les troubles cognitifs et d'en estimer l'ampleur sans toutefois poser un diagnostic. Ce questionnaire contient onze items évaluant la mémoire, l'orientation, l'attention, le calcul, le langage et les praxies constructives. Le score maximum est de trente et le participant dispose du temps désiré afin de le compléter. Un résultat inférieur à 24 indique la présence de problèmes cognitifs. Les personnes dépressives âgées de plus de 60 ans obtiennent habituellement un score supérieur à 25,7, alors que celles qui sont dépressives et qui ont des troubles cognitifs obtiennent un résultat supérieur à 19 (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Gallo, Reichel & Andersen, 1988). Puisque l'étude ne nécessite pas l'exclusion complète des personnes dépressives ayant des problèmes cognitifs et que plusieurs personnes dépressives résidant en CHSLD présentent certains troubles mnésiques, un résultat supérieur ou égal à 19 au PEÉM a été exigé.



2.2.4 *Échelles Visuelles Analogues (ÉVA)*. L'Échelle Visuelle Analogue de l'Humeur (ÉVAH) (Annexe D) est la version française du *Visual analogue mood scale* (Folstein & Luria, 1973), une mesure conçue afin d'évaluer rapidement l'humeur du participant. Ce dernier doit indiquer, à l'aide d'une marque sur une échelle mesurant 100 millimètres, comment il qualifie son humeur à l'instant précis où l'échelle est administrée. L'extrémité gauche de l'échelle signifie que la personne est « plus déprimée que jamais » et l'extrémité droite qu'elle n'est « pas déprimée du tout ». Le résultat du participant est obtenu en mesurant la distance, en millimètres, entre le point gauche de l'échelle et la marque que celui-ci a inscrite. Un score élevé est donc représentatif d'une faible humeur dépressive. L'ÉVAH corrèle significativement avec d'autres mesures de dépression valides et standardisées tels que le *Beck depression inventory* et le *Self-rating depression scale* (Cella & Perry, 1986; Folstein & Luria, 1973). Cet instrument possède également une fidélité test-retest adéquate auprès de personnes adultes (Cella & Perry, 1986; Luria, 1975; Stern, Arruda, Hooper, Wolfner & Morey, 1997). L'administration facile et rapide de ce type d'échelle permet de pallier la fatigue associée au fait de compléter de longs questionnaires (Killgore, 1999).

Afin d'obtenir une mesure davantage sensible de la symptomatologie dépressive des participants, ceux-ci ont également eu à remplir quatre autres ÉVA portant sur leur intérêt en ce qui concerne les activités organisées quotidiennement au centre d'hébergement, leur niveau d'énergie, leur appétit et la qualité de leur sommeil (Annexe D). Le choix de ces variables dépendantes a été fait en fonction des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur établis par l'*American Psychiatric Association* (1994). Chacune de ces échelles a été remplie par les participants selon les mêmes directives que l'ÉVAH. L'ordre dans laquelle les ÉVA ont été administrées variait à chaque jour. Compte tenu du fait que ces échelles ont été spécifiquement développées pour les besoins de l'étude, aucune donnée psychométrique n'est disponible afin d'attester de la validité, de la fidélité ou de la sensibilité de ces instruments de mesure.

Avant de débiter l'expérimentation, les participants ont reçu un entraînement de quinze minutes par jour, et cela pendant trois jours, afin de leur permettre de se familiariser avec les différentes ÉVA. Ils se sont alors vus expliquer le fonctionnement de ce type de mesure et ils ont été invités à associer les deux extrémités de ces échelles à des événements concrets de leur vie.



Cette procédure permet de favoriser la capacité de représentation mentale des individus et de diminuer les effets liés à l'apprentissage ainsi qu'à la nouveauté des échelles de mesure.

2.2.5 Oiseaux. Les oiseaux utilisés dans le cadre de cette recherche provenaient de l'Institut de zoothérapie du Québec, dont le siège social est instauré à l'Hôpital Jeffery Hale. Cette entreprise s'est engagée à fournir les oiseaux, les cages, la nourriture ainsi que le matériel nécessaire à l'entretien des volatiles. Les soins quotidiens aux oiseaux ont, pour leur part, été administrés par la responsable de l'étude. Celle-ci détient une formation théorique et pratique de soixante-quatre heures pendant laquelle elle a été familiarisée aux soins à apporter aux animaux ainsi qu'à la pratique des AAA et de la TAA dans divers milieux et auprès des clientèles variées. Les oiseaux « thérapeutes » sélectionnés étaient des couples (un mâle et une femelle) de perruches ondulées aux couleurs éclatantes dont le chant était à la fois discret et harmonieux. Ceux-ci avaient l'habitude d'être manipulés par les humains et de changer fréquemment d'environnements. Ils possédaient donc une grande capacité d'adaptation à diverses situations.

Certains chercheurs croient que les oiseaux peuvent contribuer de manière significative aux vécus des personnes (Jessen et al., 1996; Loughlin & Dowrick, 1993). Loughlin et Dowrick (1993), dans leur revue des besoins psychologiques comblés par cette espèce animale, révèlent que 70% des personnes interrogées qui sont propriétaires d'un oiseau apprécient sa compagnie et que 64% d'entre elles affectionnent les interactions qu'il est possible d'avoir avec lui. Cinquante-neuf pourcent des individus composant l'échantillon initial déclaraient que leurs oiseaux donnaient plus de sens à leur vie (Loughlin & Dowrick, 1993).

2.3 Procédure

2.3.1 Recrutement des participants et formulaires de consentement éclairé. Une première sélection des participants vivant potentiellement des symptômes dépressifs a été effectuée par le personnel infirmier de l'Hôpital Jeffery Hale et du Saint-Brigid's Home à l'aide des dossiers médicaux. Les personnes sélectionnées ont ensuite été rencontrées par l'expérimentatrice afin de solliciter leur participation à la recherche. Le but de l'étude, les tâches à accomplir et les critères d'inclusion leur ont été mentionnés pendant cette rencontre. Un formulaire de consentement a ensuite été signé par les individus intéressés par la recherche (Annexe E). Un membre de la famille



des participants a ensuite été contacté dans l'objectif de l'informer des modalités de l'étude et d'obtenir son consentement éclairé (Annexe F). Cette mesure a été instaurée afin d'assurer la collaboration et le soutien de la famille. En cas d'acceptation de leur part, un deuxième formulaire de consentement mentionnant l'approbation du répondant à ce que la personne participe à l'étude a été signé par le participant (Annexe G). Suite à la signature de ces formulaires, les individus ont été rencontrés et évalués à l'aide de l'ÉDG et du PEÉM.

2.3.2 Protocole de recherche. Un protocole à cas unique à niveaux de base multiples en fonction des individus a été sélectionné afin de déterminer si la TAA, instaurée dans le cadre de cette étude, entraîne une diminution de la symptomatologie dépressive des participants. Ce protocole expérimental offre un bon contrôle aux menaces à la validité interne (Kazdin, 1998) en plus de dispenser à tous les participants le traitement à l'étude.

La TAA réalisée, consistait à placer un couple d'oiseaux dans la chambre de chaque participant pendant une période de six semaines et à les rencontrer individuellement tous les jours de la semaine, pendant quinze minutes, afin de leur permettre d'évaluer leur humeur, leur intérêt envers les activités du centre d'hébergement, leur niveau d'énergie, leur appétit et la qualité de leur sommeil à l'aide des ÉVA. Lors de ces rencontres, les participants ont été encouragés à fournir certains soins aux animaux. Ils ont ainsi eu l'occasion de s'impliquer activement auprès de leurs oiseaux et ce, en leur procurant quotidiennement de la nourriture et de l'eau fraîche. Selon la théorie des rôles sociaux (Netting et al., 1987), une telle implication peut aider les personnes âgées à développer de nouveaux rôles adaptés à leur situation de vie. L'animal, de par les soins qu'il requiert, pourrait ainsi contribuer à leur ajustement, à leur bien-être en créant un rôle susceptible d'être bénéfique pour elles.

L'expérimentation a débuté par la mesure simultanée de niveaux de base auprès des trois participants. Les niveaux de base ont été établis à l'aide des cinq ÉVA administrées du lundi au dimanche inclusivement entre quatorze et dix-sept heures de l'après-midi. Les aînés ont donc été rencontrés, pendant l'expérimentation, tous les jours de la semaine. Lorsque la performance d'un des participants à ces échelles s'est révélée relativement stable ou a affiché une tendance opposée à ce que l'intervention cherchait à accomplir, les oiseaux ont été introduits dans la chambre du



participant pour une période de six semaines. La phase de niveau de base s'est alors poursuivie pour les autres personnes âgées. La décision de débiter ou non la TAA chez un participant a également été basée sur des droites de régression réalisées sur les données des ÉVA au niveau de base. Considérant le nombre élevé d'ÉVA à l'étude, il s'est avéré difficile d'établir une stabilité ou une tendance opposée pour toutes ces mesures. Par conséquent, l'humeur des participants et leur intérêt envers les activités du centre d'hébergement, deux variables souvent affectées par la présence des symptômes dépressifs, ont été privilégiés comme critères d'introduction des animaux.

Afin d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs en cours d'expérimentation, les aînés ont également eu à compléter l'ÉDG préalablement au début de la recherche et suite à la troisième et à la sixième semaine de la TAA.

Dans cette recherche, la TAA a été d'une durée de quinze minutes par jour afin de prévenir l'apparition de fatigue et d'éviter certaines difficultés liées à l'attention et à la concentration des personnes âgées. L'expérimentation a, quant à elle, été d'une durée totale de six semaines car après examen des résultats obtenus par Struckus (1989), les changements attendus par cet auteur à l'aide de la TAA étaient nettement visibles à la suite de cette période de traitement.

Les individus se nouant d'affection à leurs compagnons ailés avaient la possibilité de les conserver après l'expérimentation moyennant une somme hebdomadaire de cinq dollars.



CHAPITRE 3

Résultats

Ce chapitre présente les principaux résultats obtenus à l'aide des ÉVA et de l'ÉDG. Un retour sur les résultats obtenus, les limites de l'étude ainsi que des recommandations pour des recherches futures seront ensuite exposés dans le prochain chapitre.

L'analyse visuelle des données a été privilégiée afin de déterminer si la TAA, réalisée dans le cadre de cette recherche, entraîne une diminution des symptômes dépressifs ainsi que des améliorations de l'humeur dépressive, de l'intérêt envers les activités du CHSLD, de l'énergie disponible, de l'appétit et de la qualité du sommeil.

Afin d'atténuer la variabilité au sein des scores et de faciliter l'analyse visuelle, les données recueillies ont été arrondies à la dizaine près et compilées sur des figures. L'introduction du traitement est représentée sur chacune d'entre elles par une ligne verticale. Les droites de régression adoptées par les données lors du niveau de base et de la TAA sont également présentées. Une ligne horizontale illustrant la moyenne des données au niveau de base a été marquée sur les figures. Il est également possible de distinguer deux lignes pointillées représentant un intervalle d'un écart-type au-dessus et en dessous de la moyenne du niveau de base. Ces éléments illustrent la règle des deux écarts types présentée par Miller (1985) et permettent de déterminer si les résultats obtenus lors de l'intervention diffèrent significativement de ceux observés au niveau de base (Tracey, 1983). Plus précisément, lorsque deux scores consécutifs se situent à plus d'un écart-type au-dessus de la moyenne du niveau de base, le traitement est considéré comme ayant eu un effet positif sur la variable à l'étude.

3.1 Résultats aux ÉVA

La figure 1 présente les résultats obtenus par les participants à l'ÉVAH. Une pente de -13 est observée lors du niveau de base pour le premier participant alors qu'au moment de l'intervention celle-ci est de $0,8$. Ces résultats pourraient laisser croire à un effet de la TAA sur son humeur. Cependant, à l'examen de cette figure, une grande variabilité des données est notée suite à l'introduction de la TAA. Kazdin (1998) mentionnent que plus la variabilité est importante au sein des données, plus il est difficile de tirer des conclusions sur les effets de l'intervention. Il est



néanmoins possible de postuler une certaine amélioration de l'humeur dépressive de ce participant lors de la troisième semaine de TAA. De fait, les scores aux jours 21, 22 et 25 se situent à plus d'un écart type ($ET^3 = 20,6$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M^4 = 32,5$). Cependant, compte tenu du fait que cette personne s'est retirée de l'étude suite aux trois premières semaines de traitement, il demeure impossible de déterminer si ce changement se serait maintenu dans les semaines suivantes.

Quant à l'humeur du participant 2, elle est demeurée sensiblement la même tout au long de l'expérimentation, se situant en moyenne à 76,3% lors du niveau de base et à 79,3% au moment de l'intervention. Des pentes de $-1,3$ et de $0,2$ sont respectivement notées au niveau de base et lors de la TAA. La majorité des scores se situe également à l'intérieur de l'intervalle de deux écarts types ($ET = 14$) tracé autour de la moyenne du niveau de base. Il est de plus possible de distinguer un effet de plafond des scores. En fait, l'humeur de ce participant, déjà élevée au moment de débiter la thérapie, ne s'est pas améliorée suite à l'intervention.

Une amélioration de l'humeur du participant 3 est constatée dans la deuxième semaine de TAA. De fait, les scores aux jours 21 à 26 se situent à plus d'un écart type ($ET = 15,5$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 53,6$). Un retour au niveau de base est cependant graduellement noté par la suite. La pente au niveau de base est de $-0,2$ alors qu'elle est évaluée à $-0,3$ lors de l'intervention. Le patron de résultats obtenus chez ce participant permet de conclure à un effet éphémère de la TAA sur son humeur.

La figure 2 présente les résultats obtenus par les participants à l'ÉVA évaluant leur intérêt envers les activités organisées quotidiennement au CHSLD. Suite au début de la TAA, il est possible d'observer chez le premier participant, plusieurs scores se situant à plus d'un écart type ($ET = 9,6$) en dessous de la moyenne du niveau de base ($M = 47,5$). Il se peut donc que l'intervention ait eu, au départ, un effet négatif sur son intérêt. L'examen minutieux de cette figure révèle néanmoins un retour des résultats vers le niveau de base lors de la troisième semaine de thérapie. La grande variabilité des scores rend cependant l'interprétation des résultats difficile.

³ ET : écart type

⁴ M : moyenne



L'intérêt de ce participant démontre une pente de 1 lors du niveau de base et de 0,7 au moment de l'intervention.

Une pente de $-3,1$ est observée lors du niveau de base pour le second participant. Au moment de l'intervention, celle-ci est de 0,6. Une fluctuation importante des résultats est également visible. Malgré ce fait, il est possible de distinguer plusieurs scores se situant à plus d'un écart type ($ET = 17,7$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 55$) à partir de la quatrième semaine de la thérapie et ce, jusqu'à la sixième semaine de l'expérimentation. Une augmentation de l'intérêt du participant 2 semble donc avoir eu lieu vers la fin de la phase d'intervention.

L'analyse visuelle révèle que l'intérêt du participant 3 se situe majoritairement à plus de deux écarts types ($ET = 6,2$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 46,4$) lors de la deuxième semaine de thérapie. Par la suite, bien que plusieurs scores demeurent élevés, un retour au niveau de base est observé. Ainsi, au moment de terminer la thérapie, son intérêt se situait majoritairement à 50%. Une pente de 0,5 est notée au niveau de base et celle-ci est de $-0,3$ lors du traitement.

Tel que l'illustre la figure 3, la performance du participant 1 à l'ÉVA évaluant le niveau d'énergie varie grandement tant au niveau de base qu'au moment du traitement. De plus, ses résultats à cette échelle ne semblent pas varier en fonction des autres variables étudiées. Une pente de 4 est notée au niveau de base alors que celle-ci est de 0,03 lors de la TAA. La majorité des scores se situe à l'intérieur de l'intervalle de deux écarts types ($ET = 23,8$) tracés autour de la moyenne du niveau de base ($M = 35$). Aucune amélioration ou détérioration de cette variable n'est donc constatée chez ce participant à la suite de la TAA.

Des pentes de 3 et de 0,3 sont respectivement relevées au niveau de base ainsi qu'au moment du traitement pour le deuxième participant. Dans les jours qui suivent l'introduction de la TAA, plusieurs scores se situent à plus d'un écart type ($ET = 12,5$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 58,8$). Suite à quatre semaines de thérapie, une amélioration plus importante du niveau d'énergie de ce participant est observée. De fait, ses résultats aux jours 36, 39, 44, 48 et 51 de l'expérimentation sont situés à plus de deux écarts types au-dessus de la moyenne du niveau



de base. La TAA semble avoir influencé positivement le niveau d'énergie de ce participant et ce, plus particulièrement dans les dernières semaines de traitement.

En ce qui concerne la performance du participant 3 à cette échelle, des pentes de 0,4 et de -0,2 sont respectivement observées lors du niveau de base et de la thérapie. L'examen visuel des données révèle une amélioration des résultats de ce participant dans les trois premières semaines de l'intervention. Plusieurs scores se situent à plus d'un écart type ($ET = 12$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 49,3$) au cours de ces semaines. Par la suite, un retour au niveau de base des données est graduellement constaté. L'augmentation de l'énergie occasionnée par la TAA ne s'est donc pas maintenue dans le temps.

La figure 4 présente les résultats obtenus par les participants à l'ÉVA de l'appétit. Une tendance diamétralement opposée à ce que l'intervention tend à accomplir est observée lors du niveau de base chez le participant 1. Suite au début de la TAA, une grande variabilité des données est enregistrée. Des pentes de -20 et de 0,7 sont respectivement relevées au niveau de base et lors de l'intervention. Il semble que la thérapie ait freiné la chute de l'appétit du participant 1. La fluctuation importante des données rend cependant impossible de déterminer si les trois semaines de TAA ont eu un effet varié sur l'appétit de ce participant.

Chez le participant 2, certains scores plus élevés (50-60%) sont observés dans les jours qui suivent le début du traitement. Ces scores se situent à plus d'un écart type ($ET = 10,3$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 26,3$). Un retour au niveau de base initial est ensuite graduellement noté dans la deuxième, troisième et quatrième semaine de la thérapie. Une nouvelle élévation des résultats est par la suite observée dans la cinquième semaine de l'intervention. Cette augmentation est cependant suivie d'une baisse des scores lors de la sixième semaine de TAA. Des pentes de 0,8 et de -0,1 sont respectivement relevées au niveau de base et lors de l'intervention. Bien que l'appétit de cette personne se soit légèrement amélioré en cours d'expérimentation, celle-ci demeure néanmoins déficitaire au moment de mettre un terme à la thérapie.

L'analyse visuelle des données du participant 3 révèle une détérioration graduellement de son appétit à mesure que progresse la thérapie. De fait, lors de la quatrième et cinquième semaine



du traitement, ce participant a évalué à plusieurs reprises que son appétit se situait à 30%. Ce score est situé à plus d'un écart type ($ET = 16,5$) en dessous de la moyenne du niveau de base évaluée à 53,6%. Aucune amélioration notable de ces résultats n'est constatée dans la sixième semaine de TAA. Une pente de 1,9 est observée lors du niveau de base alors qu'au moment de l'intervention celle-ci est de $-0,5$.

Le niveau de base du participant 1 à l'ÉVA du sommeil (voir figure 5) montre une tendance opposée à ce que l'intervention tend à accomplir. Suite au début de la TAA, une grande variabilité des résultats est encore une fois notée. Des pentes de -7 et de $0,6$ sont respectivement enregistrées au niveau de base et lors du traitement. En fait, bien qu'il soit possible d'observer plusieurs scores se situant à plus d'un écart type ($ET = 9,6$) en dessous de la moyenne du niveau de base ($M = 82,5$), l'importante fluctuation des résultats lors de l'intervention rend impossible de déterminer si la thérapie a eu un effet sur la qualité du sommeil de cette personne.

En ce qui concerne la qualité du sommeil du participant 2, elle était relativement élevée dès le niveau de base, laissant ainsi transparaître un effet de plafond des scores. L'analyse visuelle ne révèle aucune amélioration ou détérioration des résultats de ce participant à cette échelle suite au début de la TAA. De plus, la majorité des scores se situe à l'intérieur de l'intervalle de deux écarts types ($ET = 10,7$) tracé autour de la moyenne du niveau de base ($M = 75$). Une pente de $-0,2$ est notée au niveau de base alors qu'elle est de $0,2$ lors de l'intervention.

Une amélioration de la qualité du sommeil du participant 3 est observée dès la première semaine de thérapie. De fait, suite au début de l'expérimentation, ses résultats se situent majoritairement à plus de deux écarts types ($ET = 6,1$) au-dessus de la moyenne du niveau de base ($M = 72,9$) pour ne redescendre au niveau de base qu'à de rares reprises. Des pentes de $0,7$ et de $0,3$ sont respectivement relevées au niveau de base et au moment du traitement. Un effet de plafond des résultats est noté puisque à plusieurs reprises ce participant a évalué que la qualité de son sommeil était de 100%. Ces résultats démontrent que la qualité du sommeil de cette personne, déjà élevée au niveau de base, s'est améliorée à la suite de la TAA.



3.2 Résultats à l'ÉDG

Les scores obtenus par les participants à l'ÉDG avant le début de l'expérimentation ainsi que suite à trois et six semaines de TAA sont présentés à la Figure 6. Un résultat de 20 sur 30 a été obtenu par le premier participant préalablement au début de l'intervention. Un tel résultat laisse transparaître la présence de symptômes dépressifs légers. Une diminution de trois points a, par la suite, été notée après trois semaines de traitement, attestant également de la présence d'une symptomatologie dépressive légère. La première évaluation réalisée auprès du participant 2 a, pour sa part, fait ressortir un résultat de 16 sur 30, dénotant ainsi une intensité légère des symptômes dépressifs. La seconde évaluation démontre une diminution de dix points par rapport à la précédente, ce qui représente une absence de symptômes dépressifs. Ce dernier résultat s'est sensiblement maintenu jusqu'à la sixième semaine de la thérapie. Une diminution de quatre points par rapport aux résultats obtenus par le participant 3 au pré test (20 sur 30) a été observée suite à trois semaines de TAA. Une légère augmentation de deux points, faisant ainsi passer le score à 18, a cependant été constatée après six semaines de traitement. Une intensité légère des symptômes dépressifs de ce participant s'est donc maintenue tout au long de l'expérimentation.



CHAPITRE 4

Discussion

Le présent ouvrage avait pour objectif principal d'explorer les effets d'une TAA sur les symptômes dépressifs de personnes âgées résidant en CHSLD. Pour ce faire, six hypothèses ont été émises. Des améliorations de l'humeur dépressive, de l'intérêt envers les activités du centre d'hébergement, de l'énergie disponible, de l'appétit et de la qualité du sommeil telle qu'indiquée par les différentes échelles visuelles analogues correspondantes était prévue à l'aide de cette forme de thérapie. De plus, une diminution de la symptomatologie dépressive générale des participants rapportée par l'ÉDG (Bourque et al., 1990) était attendue. Cette recherche s'était également donnée pour but d'évaluer le maintien dans le temps des effets produits par la TAA.

4.1 Retour sur les résultats obtenus

Les six hypothèses émises dans le cadre de cette étude s'avèrent partiellement confirmées. De fait, l'analyse des résultats révèlent que l'ensemble des variables étudiées a été amélioré à au moins une reprise au cours de l'expérimentation. Le tableau 5 fait état de cette constatation. Il importe néanmoins de souligner que les gains thérapeutiques observés ont fréquemment été de faible importance et de courte durée. En réalité, quatre des résultats obtenus sont susceptibles d'avoir eu un impact significatif sur la qualité de vie des personnes âgées. Parmi ceux-ci, notons une amélioration de la qualité du sommeil du participant 3 dès la deuxième semaine de thérapie. Ce changement s'est maintenu jusqu'à la toute fin de l'intervention. Il est, par conséquent, raisonnable de penser que cette personne avait de la facilité à s'endormir le soir venu, qu'elle ne se réveillait qu'à de rares occasions pendant la nuit et que son réveil se déroulait à des heures normales et non pas prématurément dans la journée.

Des hausses respectives de 16% et de 18% des moyennes de l'intérêt et de l'énergie du participant 2 ont quant à elles été constatées lors des deux dernières semaines de la TAA comparativement au niveau de base. L'amélioration de ces variables a été progressive et elle tendait à devenir relativement stable au terme des six semaines de traitement. De plus, alors qu'une diminution mineure des résultats des participants 1 et 3 à l'ÉDG (Bourque et al., 1990) a été notée à la suite de l'intervention, une réduction significative des symptômes dépressifs du participant 2 a



été enregistrée. Avant le début de la thérapie, cette personne présentait des symptômes dépressifs légers alors qu'à la fin de celle-ci, une absence de symptôme dépressif était notée. Il est donc possible de supposer, tout comme dans les études de Francis et al. (1985), de Jessen et al. (1996) et de Struckus (1989), un effet bénéfique de la TAA sur la symptomatologie dépressive du participant 2. Les résultats des participants 1 et 3 à l'ÉDG (Bourque et al., 1990) s'apparentent, quant à eux, davantage à ceux de Holcomb et al. (1997) et de Panzer-Koplow (2000) où aucune réduction significative des symptômes dépressifs n'a été constatée. Puisque que cette recherche est la première à s'être intéressée de façon spécifique aux effets de cette technique d'intervention sur l'humeur dépressive, l'intérêt envers les activités, l'énergie disponible, l'appétit et la qualité du sommeil, aucune donnée empirique comparative n'est disponible.

L'analyse globale des graphiques a démontré à plusieurs reprises un retour des comportements nouvellement acquis vers le niveau de base. Ce patron de résultats prédomine notamment chez le participant 3 où les effets de la TAA sur son humeur, son intérêt et son énergie se sont graduellement estompés suite aux premières semaines de traitement. Des constats similaires ont auparavant été faits par Vézina et al. (1989) ainsi que par Winkler, Fairnie, Gericevich et Long (1989). Panzer-Koplow (2000) a également souligné la possibilité que les changements produits par cette méthode d'intervention soient transitoires ou ne durent que lorsque la source de stimulation est présente. Les effets occasionnés par la TAA pourraient donc s'avérer être principalement éphémères auprès de certaines personnes. Cette constatation doit cependant être l'objet d'études supplémentaires.

Les résultats obtenus révèlent également une grande variabilité dans les données recueillies à l'aide des ÉVA et ce, principalement entre les participants. Certaines hypothèses peuvent être émises afin d'expliquer cette variance. Selon Struckus (1989), elle peut s'expliquer par les expériences passées ainsi que par les attitudes des personnes envers les animaux. Ainsi, un individu ayant à son actif des expériences et des attitudes positives envers ces derniers est plus enclin à percevoir la thérapie comme valable et donc à en bénéficier. Cette explication s'apparente également à la théorie du développement au cours de la vie discutée par Netting et al. (1987). Cette théorie spécifie que les individus répondent différemment aux éléments qui les entourent selon les expériences qu'ils ont vécues. Bien que les trois aînés qui ont participé à cette recherche aient été



propriétaires d'animaux à un moment ou l'autre de leur vie, il se peut que des expériences antérieures aient influencé leur réceptivité ou leur intérêt face au traitement. Il serait donc pertinent d'introduire au sein des recherches ultérieures des instruments de mesure permettant de contrôler ces variables. L'inclusion d'une version francophone du *Pet attitude scale* (Templer, Salter, Dickey, Baldwin & Veleber, 1981) ou du *Pet attitude and experience questionnaire* (Struckus, 1989) s'avérerait, entre autres, utile.

La sévérité des symptômes dépressifs et la présence de troubles cognitifs auraient pu être à l'origine des différences observées dans les effets de la TAA auprès des participants. Les résultats obtenus à l'ÉDG révèlent cependant que l'ensemble des aînés présentait, avant le début du traitement, des symptômes dépressifs légers. Cette hypothèse s'avère donc infirmée. En ce qui concerne les effets des troubles cognitifs sur leur performance, seul le participant 3 présentait des troubles cognitifs au PEÉM (Folstein et al., 1975). Cette condition a pu influencer sa compréhension des directives et, par conséquent, ses réponses aux différents questionnaires. Cette personne a d'ailleurs évalué, à certains moments au cours de l'expérimentation, que son intérêt envers les activités du CHSLD et la qualité de son sommeil se situaient à 100%. Ces scores peuvent être questionnés. En effet, il est probable qu'une personne ne présentant aucun symptôme dépressif n'aurait pas évalué ces mêmes variables de façon aussi positive. Une mauvaise compréhension des directives a ainsi pu influencer les réponses du participant 3.

L'état de santé des personnes âgées recrutées peut également avoir eu un impact sur les patrons de comportements observés. Les individus expérimentaient des difficultés d'ordre physique importantes, justifiant leur présence en centre d'hébergement. Ils rapportaient parfois se sentir particulièrement fatigués et même ressentir une douleur importante par moment, ce qui a nécessairement pu modifier leurs réponses aux questionnaires. Il est ainsi réaliste de penser que la médication et les problèmes d'ordre physique dont ils souffraient aient influencé leur réponse au traitement. L'examen des dossiers médicaux a révélé que les trois personnes âgées ayant participé à cette étude présentaient des conditions médicales considérées comme pouvant précipiter l'apparition de symptômes dépressifs (Kaplan & Sadock, 1998). Le participant 1 était atteint d'hypothyroïdie et avait été victime d'un accident vasculaire cérébral alors que les participants 2 et 3 souffraient respectivement d'une maladie cardiorespiratoire et de démence. De plus, ces deux



derniers participants consommait du Serax, un médicament pouvant induire des symptômes dépressifs (Kaplan & Sadock, 1998). Ces particularités ont pu contribuer au maintien de certains des symptômes dépressifs.

Les fortes irrégularités notées dans les scores des aînés aux ÉVA doivent également être abordées. Celles-ci ont été plus particulièrement marquées chez le participant 1. En effet, ses scores ont à certains moments variés de plus de 50% en quelques jours, ce qui représente un écart substantiel. Les ÉVA utilisées ne présentaient que deux repères visuels et ils étaient situés aux extrémités de ces échelles. Compte tenu de cette réalité, il peut avoir été difficile de répondre sensiblement au même endroit d'une journée à l'autre et ce, même si la personne évaluait que son état était similaire à celui de la journée précédente. Un changement de quelques centimètres vers la droite ou la gauche peut ainsi avoir modifié considérablement le score des participants. Bien que cette situation ait pu contribuer à augmenter la variabilité au sein des données, il semble que l'utilisation d'indicateurs intermédiaires dans les ÉVA ne soit pas recommandée (Cline, Herman, Shaw & Morton, 1992). Ces auteurs mentionnent que l'emploi de marques indicatives supplémentaires à celles employées dans cette étude (ex : chiffres, propos verbaux) diminue la sensibilité de l'échelle en plus d'exiger un niveau de lecture plus élevé. La fluctuation des résultats observés chez le participant 1 peut également être liée à un manque d'intérêt envers la recherche ainsi qu'à son état de santé précaire. Ces éléments ont pu occasionner un patron de réponses aléatoires.

4.2 Limites de l'étude

Cette étude comporte des limites. Il importe tout d'abord de souligner le faible nombre de personnes âgées recrutées. Sur une période de plus de huit mois, soixante-quatre des soixante et onze aînés abordés ont refusé de participer à la recherche. Cet important problème de recrutement peut être lié à une difficulté inhérente à la recherche auprès des personnes ayant des symptômes dépressifs. Une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités est fréquemment rencontrée chez les individus ayant une symptomatologie dépressive significative (American Psychiatric Association, 1994). Ce manque de motivation envers les activités qui leur sont proposées pourrait être une cause du refus de certaines personnes de participer. D'ailleurs, les individus âgés qui ont accepté de collaborer à l'étude présentaient des symptômes dépressifs légers.



Il est donc possible que la perte d'intérêt chez ces personnes n'ait pas été, au départ, suffisamment prononcée pour décliner l'offre qui leur était faite.

Plusieurs aînés rencontrés ont mentionné être trop âgés et ne pas être suffisamment en bonne forme physique pour accueillir un oiseau dans leur chambre et ce, même s'ils n'avaient pas à procurer seuls les soins aux animaux. L'état de santé fragile des individus âgés demeurant en CHSLD peut être à l'origine du faible taux de participation. De plus, malgré le désir de plusieurs personnes d'aider l'expérimentatrice, il semblait être trop anxiogène pour elles d'envisager avoir un nouveau compagnon dans leur environnement quotidien. Selon la théorie de l'échange social (Netting et al., 1987) exposée dans le premier chapitre de ce document, l'être humain a tendance à s'impliquer au sein de relations lui rapportant davantage qu'elles ne lui coûtent. Il est donc possible que les inconvénients perçus (temps, stress) aient surpassé, aux yeux des personnes âgées, les bénéfices qu'elles croyaient retirer de leur participation, entraînant leur refus de prendre part à la recherche.

Étant donné le nombre limité de participants, il est impossible de généraliser les résultats obtenus à une population plus large. Seule la réalisation d'études supplémentaires montrant des effets similaires à partir d'échantillons différents permettrait d'étendre les résultats à une population plus vaste (Bouchard & Cyr, 1998). De plus, tel que spécifié antérieurement, les ÉVA visant à évaluer l'intérêt des participants envers les activités, leur niveau d'énergie, leur appétit et la qualité de leur sommeil ont été développées pour les besoins de l'étude. Par conséquent, aucune donnée psychométrique n'est disponible afin d'attester de la validité, de la fidélité et de la sensibilité de quatre des cinq ÉVA employées. Ces instruments de mesure ont donc pu, entre autres, ne pas être suffisamment sensibles pour détecter l'ensemble des changements produits dans le phénomène cible. Des auteurs soulignent également que la présentation clinique de la symptomatologie dépressive des aînés ne correspond pas toujours en tous points aux critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur établis par l'*American Psychiatric Association* (1994) (Hottin & Carrier, 1997). Chez la personne âgée, l'humeur dépressive serait moins marquée et elle en serait peu consciente (Hottin & Carrier, 1997). Un comportement davantage anxieux et irritable serait par contre rencontré chez les aînés souffrant de symptômes dépressifs (Hottin & Carrier, 1997). Certaines des variables dépendantes mesurées à l'aide des ÉVA pourraient, par conséquent,



mal représenter la sémiologie propre aux personnes âgées. Enfin, il demeure difficile d'évaluer l'impact des traitements et des activités formelles et informelles (physiothérapie, pharmacothérapie, ergothérapie, autres activités récréatives, etc.) se déroulant dans le centre d'hébergement. Ces facteurs extérieurs à l'étude peuvent avoir influencé les résultats.

En plus de ces limites méthodologiques, il importe de regarder de plus près les caractéristiques de la TAA implantée. Des oiseaux en cage ont été sélectionnés comme « co-thérapeutes » car cette espèce animale est, pour l'instant, l'une des seules à être placée de façon permanente dans la chambre d'individus âgés résidant en CHSLD. Certains chercheurs croient également qu'ils peuvent occuper une place significative dans la vie de leurs propriétaires (Jessen et al., 1996; Loughlin & Dowrick, 1993). En contrepartie, les oiseaux sont souvent moins chaleureux et démonstratifs que peuvent l'être les chiens et les chats. Les contacts physiques avec cet animal sont également limités. Compte tenu de ces éléments, il peut être plus facile de négliger leur présence. Les personnes âgées ont donc pu faire abstraction des oiseaux placés dans leur environnement, atténuant ainsi les effets de la TAA sur les symptômes dépressifs. Il peut devenir difficile de déterminer, dans ce domaine d'étude, quels animaux sont plus susceptibles d'amener des changements. De fait, bien que les chiens semblent avoir un impact davantage prononcé sur l'activité sociale, l'hétérogénéité des recherches effectuées jusqu'à maintenant ne permet pas d'identifier les espèces animales influençant le bien-être physique et psychologique des individus. Il est possible d'envisager que la valeur thérapeutique des différentes espèces ne réside pas dans leurs caractéristiques propres mais dans le fait qu'ils sont ou non l'animal préféré de la personne à qui s'adresse l'intervention. Il pourrait s'avérer adéquat, dans l'avenir, d'individualiser le traitement en travaillant avec l'animal que la personne affectionne plus particulièrement. Aucune étude réalisée jusqu'à maintenant ne semble avoir tenu compte de cet élément.

Puisque la présence constante des animaux dans la chambre des aînés demeurant en CHSLD semble être anxiogène, il pourrait être préférable d'adopter un programme de visites animales auprès de cette clientèle fragilisée. Les visites moins fréquentes de l'animal et de l'expérimentatrice pourraient ainsi rendre le processus d'évaluation moins lourd et faciliter le recrutement. En ce sens, il serait également pertinent d'espacer dans le temps la prise de mesure des variables dépendantes. Le participant 1 a d'ailleurs déclaré qu'il se retirait de l'étude, car il



était fatigué de répondre aux différentes ÉVA à chaque jour. Une évaluation hebdomadaire de la symptomatologie dépressive des personnes âgées pourrait être de mise.

Les risques ou inconvénients associés à l'implantation de ce programme de TAA se doivent également d'être discutés (Beck & Katcher, 1984). Le chant des oiseaux, parfois fort, a pu déranger et même fatiguer les aînés. Bien qu'aucune plainte n'ait été enregistrée de la part des participants eux-mêmes, certaines personnes âgées demeurant dans les chambres voisines ont souligné à quelques reprises les bruits causés par les volatiles. L'entraînement offert aux oiseaux préalablement au début de l'expérimentation ainsi que les rencontres annuelles avec le vétérinaire ont, tout de même, permis d'éviter les risques de morsures et la transmission de zoonoses⁵. Les réactions allergiques aux oiseaux ont également été éliminées en excluant les personnes âgées présentant une sensibilité à cet animal. Afin de protéger les oiseaux d'éventuels sévices causés par l'humain, les participants ont été priés de ne pas ouvrir les cages en l'absence de l'expérimentatrice. Cette consigne a été respectée par tous les aînés. Si cela n'avait pas été le cas, un cadenas aurait été posé sur les cages. Les risques de déshydratation et de malnutrition ont été éliminés par les soins quotidiens qu'ont reçus les oiseaux.

4.3 Pistes de recherche futures

Considérant les résultats obtenus dans le présent ouvrage et le manque de convergence scientifique noté au sein des recherches, de nouvelles études doivent avoir comme objectif d'évaluer les effets de la TAA sur les symptômes dépressifs des personnes âgées demeurant en CHSLD. En plus de l'adaptation à l'actuelle recherche proposée, celles-ci pourront entre autres comparer les effets de programmes de visites au placement d'un animal de façon permanente, s'arrêter à d'autres symptômes dépressifs spécifiques à la sémiologie des aînés (ex : anxiété, irritabilité) ainsi qu'observer les changements comportementaux en fonction de la sévérité des symptômes dépressifs et des altérations cognitives. Les effets des oiseaux ainsi que plusieurs autres espèces animales (chiens, chats, lapins, poissons) sur cette problématique devront également être investigués et comparés. Aucune recherche empirique ne semble avoir évalué l'implication réelle de la théorie de la réponse compétitive de l'extinction via les changements d'attention (Brickel, 1982) ainsi que des théories du rôle social, de l'échange social et du développement au cours de la

⁵ Maladies transmissibles de l'animal à l'être humain



vie (Netting et al., 1987) dans les bénéfices associés à cette méthode d'intervention. Ce domaine d'étude demeure donc encore largement inexploité.

En terminant, bien que l'intérêt envers les programmes incorporant des animaux à des fins thérapeutiques ne cesse de croître auprès du public et des divers professionnels de la santé, les études effectuées jusqu'à maintenant sur des personnes âgées démontrent un effet limité de la TAA. En fait, il semble exister un écart entre les observations faites par les intervenants en zoothérapie œuvrant auprès des aînés et plusieurs résultats observés dans les recherches empiriques réalisées au cours des dernières années. Alors que les intervenants remarquent des changements significatifs suite à leurs interventions, des recherches utilisant des protocoles sérieux montrent des effets moins probants de la TAA. À quoi cet écart peut-il être dû ? Au fait, qu'il n'existe pas d'instruments psychométriques (ex : questionnaires) capables de mesurer les changements produits ? À un biais des personnes travaillant dans le domaine ? Est-il possible que l'amour ainsi que l'intérêt que celles-ci portent aux animaux influencent leur interprétation du phénomène ? Stiles (2001) souligne que des interprétations erronées des données recueillies ont été faites par le passé. Des résultats statiquement non significatifs ont ainsi été présentés comme démontrant l'efficacité de cette forme de thérapie. Cette situation s'est produite dans les études de DeSchraver et Riddick (1991), de Holcomb et al. (1997) et de Zisselman et al. (1996). L'évidence deviendrait-elle, dans ces circonstances, un piège pour la pensée (Cyrulnik, 1998) ? Afin de répondre à ces questionnements et de permettre à ce champ d'études des plus fascinants d'évoluer, de nouvelles études empiriques doivent être menées. Celles-ci permettront de mettre en lumière les effets de la TAA sur le bien-être physique, psychologique et social des êtres humains.



Références

- Allen, J. M., Kellegrew, D. H., & Jaffe, D. (2000). The experience of pet ownership as a meaningful occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 271-278.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S., & Beni, A. (2001). Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 439-442.
- Bar-Tur, L., Levy-Shiff, R., & Burns, A. (1998). Well-being in aging : Mental engagements in elderly men as a moderator of losses. *Journal of Aging Studies*, 12, 1-17.
- Batson, K., McCabe, B., Baun, M. M., & Wilson, C. (1998). The effect of a therapy dog on socialization and physiological indicators of stress in persons diagnosed with Alzheimer's disease. Dans C. C. Wilson & D. C. Turner (Éds.), *Companion animals in human health* (pp. 203-215). Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Beck, A. M. (2000). The use of animals to benefit humans : Animal-assisted therapy. Dans A. Fine (Éd.), *Handbook on animal-assisted therapy : Theoretical foundations and guidelines for practice* (pp. 21- 40). San Diego, CA: Academic Press.
- Beck, A. M., & Katcher, A. H. (1984). A new look at pet-facilitated therapy. *Journal of American Veterinary Medical Association*, 184, 414-421.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Bernstein, P. L., Friedmann, E., & Malaspina, A. (2000). Animal-assisted therapy enhances resident social interaction and initiation in long-term care facilities. *Anthrozoös*, 13, 213-224.
- Bouchard, C. (1995). Mes travaux au Canada. Dans C. Bouchard & C. Delbourg (Éds.), *Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé* (pp. 51-102). Paris: Albin Michel.
- Bouchard, S., & Cyr, C. (1998). *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique*. Sainte-Foy, Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Bouchard, C., & Delbourg, C. (1995). *Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé*. Paris : Albin Michel.
- Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de



- dépression gériatrique. *Canadian Journal on Aging*, 9, 348-355.
- Brickel, C. M. (1982). Pet-facilitated psychotherapy: A theoretical explanation via attention shifts. *Psychological Reports*, 50, 71-74.
- Brim, D. G., Parsons, T., & Bales, R. S. (1955). *Family socialization and interaction process*. New York: Free Press.
- Bustad, L. K. (1998). Foreword. Dans C. C. Wilson & D. C. Turner (Éds.), *Companion animals in human health* (pp. ix - xii). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Cella, D. F., & Perry, S. W. (1986). Reliability and concurrent validity of three visual-analogue mood scales. *Psychological Reports*, 59, 827-833.
- Churchill, M., Safaoui, J., McCabe, B. W., & Baun, M. M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37, 16-22.
- Cline, M. E., Herman, J., Shaw, E. R., & Morton, R. D. (1992). Standardization of the visual analogue scale. *Nursing Research*, 41, 378-380.
- Corson, S. A., & Corson, E. O. (1980). Pet animals as non-verbal communication mediators in psychotherapy in institutional settings. Dans S. A. Corson & E. O. Corson (Éds.), *Ethology and non-verbal communication in mental health* (pp.83-110). New York : Pergamon Press.
- Cyrułnik, B. (1998). *Si les lions pouvaient parler : Essais sur la condition animale*. Paris : Gallimard.
- Delrieu, D. (1991). *Comment lui faire découvrir les animaux*. Paris, France : Éditions Nathan.
- Delta Society. (1996). *Standards of Practice in Animal-Assisted Activities and Animal-Assisted Therapy* (2^e éd.). Renton, WA : Delta Society.
- DeSchraver, M. M., & Riddick, C. C. (1991). Effects of watching aquariums on elders stress. *Anthrozoös*, 4, 44-48.
- Drawe, H. L. (2001). An animal-assisted therapy program for children and adolescents with emotional and behavioral disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(11-B), 6130.
- Farias, T. S., Jenkins, S. R., & Keller, J. (2001). An evaluation of therapeutic horseback riding programs for adults with physical impairments. *Therapeutic Recreation Journal*, 35, 250-257.



- Fick, K. M. (1993). The influence of a animal on social interactions of nursing home residents in a group setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 529-534.
- Folse, E. B., Minder, C. C., Aycock, M. J., & Santana, R. T. (1994). Animal-assisted therapy and depression in adult college students. *Anthrozoös*, 7, 188-194.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Folstein, M. F., & Luria, R. (1973). Reliability, validity and clinical application of the visual analogue mood scale. *Psychological Medicine*, 3, 470-486.
- Francis, G., Turner, J. T., & Jonhson, S. B. (1985). Domestic animal visitation as therapy with adult home residents. *International Journal of Nursing Studies*, 22, 201-206.
- Friedman, E., & Thomas, S. A. (1995). Pet ownership, social support, and one year survival after acute myocardial infraction in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). Dans C. C. Wilson & D. C. Turner (Éds.), *Companion animals in human health* (pp. 187-201). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Fritz, C. L., Farver, T. B., Kass, P. H., & Hart, L. A. (1995). Association with companion animals and the expression of noncognitive symptoms in Alzheimer's patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 459-463.
- Gallo, J. J., Reichel, W., & Anderson, L. (1988). *Handbook of geriatric assessment*. Rockville, Maryland: Aspen Publishers.
- Goldmeier, J. (1986). Pets or people: Another research note. *The Gerontologist*, 26, 203-206.
- Gorczyca, K., Fine, A. H., & Spain, C. V. (2000). History, theory, and development of human-animal support services for people with AIDS and other chronic/terminal illnesses. Dans A. Fine (Éd.), *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. (pp. 253-302). San Diego, CA: Academic Press.
- Hanselman, J. L. (2001). Coping skills interventions with adolescents in anger management using animals in therapy. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 11, 159-195.
- Harris, M. D., Rinehart, J. M., & Gerstman, J. (1993). Animal-assisted therapy for the homebound elderly. *Holistic-Nursing Practice*, 8, 27-37.
- Haughie, E., Milne, D., & Elliott, V. (1992). An evaluation of companion pets with elderly psychiatric patients. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 367-372.



- Hendy, H. M. (1987). Effects of pet and/or people visits on nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development*, 25, 279-291.
- Holcomb, R., Jendro, C., Weber, B., & Nahan, U. (1997). Use of an aviary to relieve depression in elderly males. *Anthrozoös*, 10, 32-36.
- Hottin, P., & Carrier, L. (1997). Dépression. Dans M. Arcand & R. Hébert (Éds.), *Précis pratique de gériatrie* (2^e éd.) (pp. 201-214). Canada : Edisem Inc.
- Howell-Newman, K., & Goldman, R. L. (1993). Marketing animal facilitated therapy. *Health Marketing Quarterly*, 11, 77-98.
- Jessen, J., Cardiello, F., & Baun, M. M. (1996). Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. *Psychological Reports*, 78, 339-348.
- Kanamori, M., Suzuki, M., Yamamoto, K., Kanda, M., Matsui, Y., Kojima, E., et al. (2001). A day care program and evaluation of animal-assisted therapy (AAT) for the elderly with senile dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16, 234-239.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). Troubles de l'humeur. Dans H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Éds.), *Synopsis de Psychiatrie* (pp. 660-722). Paris: Éditions Pradel.
- Katcher, A. H., & Wilkins, G. G. (2000). The Centaur's Lessons: Therapeutic education through care of animals and nature study. Dans A. Fine (Éd.), *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. (pp. 153-177). San Diego, CA : Academic Press.
- Kazdin, A. E. (1998). The case study and single-case research designs. Dans A. E. Kazdin (éd.), *Research design in clinical psychology* (3^e éd.) (pp. 202-245). Boston, Mass : Allyn and Bacon.
- Killgore, W. D. S. (1999). The visual analogue mood scale : Can a single-item scale accurately classify depressive mood state? *Psychological Reports*, 85, 1238-1243.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal therapy of depression*. New York : Basic Books.
- Kongable, L. G., Buckwalter, K. C., & Stolley, J. M. (1989). The effects of pet therapy on the social behavior of institutionalized Alzheimer's clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 191-198.



- Landreville, P., & Bissonnette, L. (1997). Effects of cognitive bibliotherapy for depressed older adults with a disability. *Clinical Gerontologist, 17*, 35-55.
- Laprise, R., & Vézina, J. (1998). Diagnostic performance of the geriatric depression scale and the beck depression inventory with nursing home residents. *Canadian Journal on Aging, 17*, 401-413.
- Limond, J. A., Bradshaw, J. W. S., & Cormack, K. F. M. (1997). Behavior of children with learning disabilities interacting with a therapy dog. *Anthrozoös, 10*, 84-89.
- Loughlin, C. A., & Dowrick, P. W. (1993). Reviews and research reports : Psychological needs filled by avian companions. *Anthrozoös, 3*, 166-172.
- Lukina, L. N. (1999). Influence of dolphin-assisted therapy sessions on the functional state of children with psychoneurological symptoms of diseases. *Human-Physiology, 25*, 676-679.
- Luria, R. E. (1975). The validity and reliability of the visual analogue mood scale. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 51-57.
- Marr, C. A., French, L., Thompson, D., Drum, L., Greening, G., Mormon, J., et al. (2000). Animal-assisted therapy in psychiatric rehabilitation. *Anthrozoös, 13*, 43-47.
- Miller, M. J. (1985). Analysing client change graphically. *Journal of Counselling and Development, 63*, 491-494.
- Nathanson, D. E. (1998). Long-term effectiveness of dolphin-assisted therapy for children with severe disabilities. *Anthrozoös, 11*, 22-32.
- Nathanson, D. E., De Castro, D., Friend, H., & McMahan, M. (1997). Effectiveness of short-term dolphin-assisted therapy for children with severe disabilities. *Anthrozoös, 10*, 90-100.
- Netting, F. E., Wilson, C. C., & New, J. C. (1987). The human-animal bond : Implications for practice. *Social Work, 32*, 60-64.
- Panzer-Koplow, S. (2000). *Effects of animal-assisted therapy on depression and morale among nursing home residents*. Thèse de doctorat non publié. University of New Jersey : New Brunswick, New Jersey.
- Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1992). Depression and mortality among institutionalized aged. *Journals of Gerontology, 47*, P3-P10.
- Penninx, B. W., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J., & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *Journal of the American Medical Association, 279*, 1720-1726.



- Plante, M. A., & Mallet, L. (1991). Antidépresseurs. Dans G. Barbeau, J. Guilmond & L. Mallet (Éds.), *Médicaments et personnes âgées* (pp. 311-327). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Raina, P., Waltner-Toews, D., Bonnett, B., Woodward, C., & Abernathy, T. (1999). Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: An analysis of one-year longitudinal study, *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 323-329.
- Reichert, E. (1994). Play and animal-assisted therapy: A group-treatment model for sexually abused girls ages 9-13. *Family Therapy*, 21, 55-62.
- Riddick, C. C. (1985). Health, aquariums, and the non-institutionalized elderly. *Marriage and Family Review*, 8, 163-173.
- Shaw, M. E., & Costanzo, P. R. (1982). *Theories of social psychology* (2^e éd.). New York: McGraw-Hill.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Dans T. L. Brink (Éd.), *Clinical Gerontology : A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). New York : Haworth Press.
- Siegel, J. M. (1990). Stressful life events and use of physician services among the elderly : The moderating role of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1081-1086.
- Simard, A. (1995). *Éléments thérapeutiques de la zoothérapie*. Essai de maîtrise non publié. Faculté des sciences de l'éducation, Département de counselling et d'orientation : Université Laval.
- Statistique Canada. (1999). *Un portrait des aînés au Canada* (3^e éd.). No 89-519-XPF. Canada.
- Statistique Canada. (2002). Population, selon le sexe et l'âge, Canada, provinces et territoires. Dans http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/demo31b_f.htm.
- Stern, R. A., Arruda, J. E., Hooper, C. R., Wolfner, G. D., & Morey, C. E. (1997). Visual analogue mood scales to measure internal mood state in neurologically impaired patients : Description and initial validity evidence. *Aphasiology*, 11, 59-71.
- Stewart, C. S., Thrush, J. C., Paulus, G. S., & Hafner, P. (1985). The elderly's adjustment to the loss of a companion animal: People-pet dependency. *Death Studies*, 9, 383-393.
- Stiles, L. A. D. (2001). *Animal-assisted therapy with children and the elderly : A critical review*. Thèse de doctorat non publiée, Université de San Diego : San Diego.
- Struckus, J. E. (1989). *The use of pet-facilitated therapy in the treatment of depression in the*



elderly : A behavioral conceptualization of treatment effect. Thèse de doctorat non publiée, Université du Massachusetts : Massachusetts.

- Struckus, J. E. (1991). Pet-facilitated therapy and the elderly client. Dans P. Wisocki (Éd.) *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly* (pp. 403-419). New York : Plenum Press.
- Taylor, E., Maser, S., Yee, J., & Gonzalez, S. M. (1993). Effect of animals on eye contact and vocalizations of elderly residents in a long term care facility. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 11*, 61-71.
- Templer, D. I., Salter, C. A., Dickey, S., Baldwin, R., & Veleber, D. M. (1981). The construction of a pet attitude scale. *The Psychological Record, 31*, 343-348.
- Thébaud, P. (2001, septembre). *Point de vue français sur la thérapie assistée par l'animal : Expliquer pour développer*. Papier présenté au colloque 2001 sur la zoothérapie, Ste-Foy, Québec.
- Tracey, T. J. (1983). Single case research : An added tool for counsellors and supervisors. *Counselor Education and Supervision, 22*, 185-196.
- Tucker, J. S., Friedman, H. S., Tsai, C. M., & Martin, L. S. (1995). Playing with pets and longevity among older people. *Psychology and Aging, 10*, 3-7.
- Vaillancourt, J-M. (2002). Zoothérapie : Une appellation à définir. Dans Association Québécoise de Zoothérapie, *Le zoothérapeute vol 1* (p. 3).
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Vézina, J., Duchaine, N., & Moisan, S. (1989). Augmentation de certains comportements sociaux chez des personnes âgées en centre d'accueil par la présence d'un chiot. *Science et Comportement, 19*, 235-246.
- Vézina, J., Landreville, P., Bizzini, L., & Soucy, P. (2000). Les dépressions. Dans P. Cappeliez, P. Landreville, & J. Vézina. (Éds.). *Psychologie clinique de la personne âgée* (pp. 23-41). Canada : Masson.
- Vuilleminot, J-L. (1997). *La personne âgée et son animal : Pour le maintien du lien*. Saint-Agne : Editions Erès.
- Wallace, J. E., & Nadermann, S. (1987). Effects of pet visitations on semiambulatory nursing home residents : Problems in assessment. *Journal of Applied Gerontology, 6*, 183-188.



- Walsh, P. G., & Mertin, P. G. (1994). The training of pets as therapy dogs in a women's prison: A pilot study. *Anthrozoös*, 7, 124-128.
- Walsh, P. G., Mertin, P. G., Verlander, D. F., & Pollard, C. F. (1995). The effects of a « pet as therapy » dog on persons with dementia in a psychiatric ward. *Australian Occupational Therapy Journal*, 42, 161-166.
- Winkler, A., Fairnie, H., Gericevich, F., & Long, M. (1989). The impact of a resident dog on an institution for the elderly : Effects on perceptions and social interactions. *The Gerontologist*, 29, 216-223.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale : A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zisselman, M. H., Rovner, B. W., Shmueli, Y., & Ferrie, P. (1996). A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 47-51.
- Zoothérapie Québec. (2002). Notre mission. Dans <http://www.zootherapiequebec.ca/mission.html>.



Tableau 1

Études, réalisées de 1985 à aujourd'hui, portant sur les effets de la TAA sur le bien-être physique des aînés.

Études	Participants	Population	Protocoles	Variables Dépendantes	Principales conclusions
Riddick (1985)	E ₁ : 5F / 2H E ₂ : 7F / 1H T : 5F / 2H N = 22	Aînés dans la communauté	E ₁ : Avoir un aquarium et recevoir la visite d'une personne (1 fois aux 2 sem., pendant 30 à 45 min. 9 visites au total) E ₂ : Absence d'aquarium et recevoir la visite d'une personne (1 fois aux 2 sem., pendant 30 à 45 min. 10 visites au total) T : Aucun aquarium, aucune visite Durée totale : 6 mois	Tension artérielle diastolique Tension artérielle systolique	E ₁ < E ₂ = T E ₁ = E ₂ = T
Siegel (1990)	F : 559 H : 379 N = 938 (E : 345 / T : 593)	Aînés dans la communauté	E : Être propriétaire d'un animal T : Ne posséder aucun animal Durée totale : 12 mois	Utiliser les services d'un médecin	E < T
DeSchraver et Riddick (1991)	E ₁ : 8F / 1H E ₂ : 7F / 2H T : 6F / 3H N = 27	Aînés dans la communauté	E ₁ : Regarder un aquarium (1 fois/sem., pendant 8 min.) E ₂ : Visionner un vidéo de poissons (1 fois/sem., pendant 8 min.) T : Visionner un vidéo placebo (1 fois/sem., pendant 8 min.)	Pulsation cardiaque Tension musculaire Température corporelle	E ₁ = E ₂ = T E ₁ = E ₂ = T E ₁ = E ₂ = T



Durée totale : 3 sem.					
Harris, Rinehart et Gerstman (1993)	N = 16	Aînés dans la communauté	T : Une infirmière visite les aînés (1 fois/sem., pendant les 4 premières sem.) E : Une infirmière, un volontaire et un chien visitent les aînés (1 fois/ sem., pendant les 4 sem. suivantes) Durée totale : 8 sem.	Pulsation cardiaque Respiration Tension artérielle	E < T E = T E < T
Friedmann et Thomas (1995)	F : 55 H : 314 N = 369 (E : 112 / T : 257)	Aînés ayant subi un infarctus du myocarde et vivant dans la communauté	E : Personnes propriétaires d'au moins un chien ou un chat T : Personnes ne possédant aucun animal Durée totale : 1 an	Survie des aînés en général Survie des aînés ayant un chien Survie des aînés ayant un chat	E = T E > T E = T
Tucker, Friedman, Tsai et Martin (1995)	F : 300 H : 343 N = 643	Aînés dans la communauté	E : Jouer avec un animal T : Ne pas jouer avec un animal Durée totale : 14 ans (étude rétrospective)	Risque de mortalité (longévité)	E = T
Walsh, Mertin, Verlander et Pollard (1995)	E : 4H / 3F T : 4H / 2F N = 13	Aînés atteints de démence en institution	E : Une personne et un chien visitent les aînés (2 fois/sem., pendant 3hrs.) T : Aucune visite Durée totale : 12 sem.	Tension artérielle Pulsation cardiaque	E = T E < T
Batson, McCabe, Baum et Wilson	F : 12 H : 10 N = 22	Aînés atteints de démence en institution	E : 2 personnes et un chien visitent les aînés (1 visite de 10 min. un jour) T : 2 personnes visitent	Pulsation cardiaque Tension artérielle Température corporelle	E = T E = T E = T



(1998)			les aînés (1 visite de 10 min. le lendemain) Durée totale : 2 jrs		
Raina, Waltner- Toews, Bonnett, Woodward et Abernathy (1999)	N = 995	Aînés dans la communauté	E : Personnes propriétaires d'au moins un chien ou un chat T : Personnes ne possédant aucun animal Durée totale : 1 an	Activités de la vie quotidienne	E > T
Kanamori, Suzuki, Yamamoto, Kanda, Matsui, Kojima, Fukawa, Sugita et Oshiro (2001)	E : 5F / 2H T : 16F / 4H N = 27	Aînés atteints de démence dans la communauté	E : Une personne et des animaux (chiens, chats) visitent les aînés (1 fois aux 2 sem. 6 séances au total) T : Aucune visite Durée totale : 3 mois	Activités de la vie quotidienne Stress endocrinologique	E = T E = T

Notes. F = Femmes âgées; H : Hommes âgés; E : Situations expérimentales; T : Condition témoin.



Tableau 2

Études, réalisées de 1985 à aujourd'hui, portant sur les effets de la TAA sur l'activité sociale des aînés.

Études	Participants	Population	Protocoles	Variables Dépendantes	Principales conclusions
Francis, Turner et Jonhson (1985)	E : 21 T : 19 N = 40	Aînés en institution	E : 3 personnes et 6 chiens visitent les aînés dans une salle commune (1 fois/sem, pendant 3 hrs.) T : 3 personnes visitent les aînés dans une salle commune (1 fois/sem, pendant 3 hrs.) Durée totale : 8 sem.	Interactions Sociales	E > T
Wallace et Nadermann (1987)	F : 6 H : 2 N = 8	Aînés en institution	A : Une personne visite individuellement les aînés (3 fois/sem., pendant 15 min.) B : Une personne et un chien visitent les aînés individuellement (3 fois/ sem., pendant 15 min.) Durée totale : 8 sem. (ABAB)	Interactions Sociales	A = B
Hendy (1987)	N = 11	Aînés en institution	E ₁ : 3 personnes visitent les aînés (1 hr./sem., pendant 4 sem.) E ₂ : 3 personnes et 3 chiens visitent les aînés (1 hr./sem., pendant 4 sem.) E ₃ : 3 chiens visitent les aînés (1 hr./sem., pendant 4 sem.)	Proximité Verbalisation Sourires Déambulation État d'éveil	E ₁ = E ₂ = E ₃ = T E ₁ = E ₂ = E ₃ >



			T : Aucune visite		T
			Durée totale : 4 sem.		
Kongable, Buckwalter et Stolley (1989)	F : 2 H : 10 N = 12	Aînés atteints de démence en institution	T ₁ : Les aînés sont visités individuellement (pré- test) T ₂ : Rencontre d'un groupe d'aînés (pré-test) E ₁ : Une personne et un chien visitent individuellement les aînés (1 fois/sem., pendant 3hrs.) E ₂ : Visite hebdomadaire d'une personne et d'un chien à un groupe d'aînés (1 fois/sem., pendant 3 hrs.) E ₃ : Hébergement permanent du chien (évaluation individuelle) E ₄ : Hébergement permanent du chien (évaluation de groupe)	Sourire Rire Regarder Comportement vers un stimulus Toucher un Stimulus Verbalisation Appeler quelqu'un ou quelque chose par son nom Autre (autre Comportement social verbal ou non verbal)	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ > T ₁ = T ₂ E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ > T ₁ = T ₂ E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ > T ₁ = T ₂ E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ > T ₁ = T ₂ E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = T ₁ = T ₂ E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = T ₁ = T ₂
Struckus (1989)	F : 28 H : 12 Total : 40 (20/groupe)	Aînés en institution	E : Visites de volontaires accompagnés de leurs chiens (2 fois/sem., pendant 20 min.) T : Pas de visite Durée totale : 12 sem.	Comportements Prosociaux	E > T
Vézina, Duchaine, Moisan (1989)	F : 12 H : 1 N = 13	Aînés atteints de démence en institution	A : Aucun chiot B : Un chiot en cage est placé dans une salle commune (1 fois/jr.,	Verbalisation Sourires Touchers	B > A B = A B > A



			pendant 15 min.) (ABAB) Durée totale : 15 jrs.		
Winkler, Fairnie, Gericevich et Long (1989)	F : 14 H : 6 N = 20	Aînés en institution	A : Absence d'un chien (pendant 6 sem.) B : Présence d'un chien (24 hrs/24, pendant 22 sem.) (AB) Durée totale : 28 sem.	Comportements solitaires Comportements dyadiques Participation à des activités de groupe	B = A B < A B = A
Haughie, Milne et Elliott (1992)	F : 32 H : 5 N = 37	Aînés en institution	A : Aucune visite B : Une personne et un chien visitent les aînés (1 fois/sem., pendant 20 min.) C : Une personne visite les aînés et présente des photos d'un chien (1 fois/sem., pendant 20 min.) (ABAC) Durée totale : 4 sem.	Interactions sociales	B > C > A
Fick (1993)	N = 36 H	Aînés en institution	E ₁ : Discussion de groupe (1 fois/sem., pendant 15 min.) E ₂ : Discussion de groupe en présence d'un chien (1 fois/sem., pendant 15 min.) Durée totale : 4 sem.	Comportement non attentif Écoute attentive Écoute non attentive Interaction verbale entre les personnes Interaction non verbale entre les personnes Interaction	E ₁ = E ₂ E ₁ = E ₂ E ₁ = E ₂ E ₁ > E ₂ E ₁ = E ₂ E ₁ = E ₂



verbale avec le
chien
Interaction non
verbale avec le
chien $E_1 > E_2$

Taylor, Maser, Yee et Gonzalez (1993)	F : 14 H : 4 N = 18	Aînés en institution	E_1 : 2 personnes et un chien visitent chaque aîné (pendant 4 min.) E_2 : 2 personnes montrant une photographie d'un chien visitent chaque aîné (pendant 4 min.) Durée totale : 8 min/pers.	Contact visuel Vocalisation	$E_1 = E_2$ $E_1 = E_2$
Batson, McCabe, Baum et Wilson (1998)	F : 12 H : 10 N = 22	Aînés atteints de démence en institution	A : 2 personnes visitent les aînés (1 visite de 10 min.) B : 2 personnes et un chien visitent les aînés (1 visite de 10 min.) (AB) Durée totale : 2 jrs.	<u>Fréquences des :</u> Sourires Comportements vers un stimulus Contacts tactiles Regards Verbalisations Compliments Chaleur physique	$B > A$ $B = A$ $B > A$ $B > A$ $B = A$ $B > A$ $B > A$
				<u>Durée des :</u> Sourires Comportements vers un stimulus Contacts tactiles Regards Verbalisations Temps de réponse	$B > A$ $B > A$ $B > A$ $B > A$ $B = A$ $B = A$
Churchill, Safoui,	F : 21 H : 7	Aînés atteints de démence	A : 2 personnes visitent les aînés (1 fois, pendant	<u>Fréquence des :</u> Verbalisations	$B > A$



McCabe et Baun (1999)	N = 28	en institution	30 min.) B : 2 personnes et un chien visitent les aînés (1 fois, pendant 30 min.) (AB) Durée totale : 2 jrs.	Sourires	B > A			
				Regards	B > A			
				Comportements vers un stimulus	B > A			
				Touchers	B > A			
				Compliments	B = A			
				Chaleur physique	B = A			
				Temps de réponse	B = A			
				<u>Durée des :</u>				
				Verbalisations	B > A			
				Sourires	B > A			
Regards	B > A							
Comportements vers un stimulus	B = A							
Touchers	B = A							
Compliments	B = A							
Chaleur physique	B = A							
Temps de réponse	B = A							
Barak, Savorai, Mavashev et Beni (2001)	E : 7F / 3H T : 7F / 3H N = 20	Aînés schizophrènes en institution	E : 4 personnes et des chiens et chats visitent un groupe d'aînés (1 fois/ sem., pendant 3 hrs.) T : Groupe de discussion et de lecture (1 fois/ sem., pendant 3 hrs.) Durée totale : 12 mois	Fonctionnement social	E > T			

Note. F = Femmes âgées; H : Hommes âgés; E : Situations expérimentales; T : Condition témoin;
A : Absence de traitement; B : Traitement; C : Traitement.



Tableau 3

Études, réalisées de 1985 à aujourd'hui, portant sur les effets de la TAA sur le bien-être psychologique des aînés.

Études	Participants	Population	Protocoles	Variabes Dépendantes	Principales conclusions
Francis, Turner et Jonhson (1985)	E : 21 T : 19 N = 40	Aînés en institution	E : 3 personnes et 6 chiens visitent les aînés dans une salle commune (1 fois/sem., pendant 3 hrs.) T : 3 personnes visitent les aînés dans une salle commune (1 fois/sem., pendant 3 hrs.) Durée totale : 8 sem.	Fonctionnement psychosocial Satisfaction dans la vie Fonctionnement mental Compétence sociale Bien-être psychologique Se percevoir comme étant en santé ou non Propreté physique Symptômes dépressifs	E > T E > T E > T E > T E = T E = T E < T
Riddick (1985)	E ₁ : 5F / 2H E ₂ : 7F / 1H T : 5F / 2H N = 22	Aînés dans la communauté	E ₁ : Avoir un aquarium et recevoir la visite d'une personne (1 fois aux 2 sem., pendant 30 à 45 min. 9 visites au total) E ₂ : Absence d'aquarium et recevoir la visite d'une personne (1 fois aux 2 sem., pendant 30 à 45 min. 10 visites au total) T : Aucun aquarium, aucune visite	Bonheur Anxiété Solitude Satisfaction dans les loisirs	E ₁ = E ₂ = T E ₁ = E ₂ = T E ₂ < E ₁ = T E ₁ > E ₂ = T



dépressifs

Fritz,	F : 38	Aînés	E : Aînés qui sont en	<u>Désordres</u>	
Farver,	H : 26	atteints de	contact avec des	<u>psychiatriques</u>	
Kass et	N = 64	démence	animaux dans leur vie	Illusion	E = T
Hart (1995)	(E : 34 /	dans la	quotidienne	Hallucination	E = T
	T : 30)	communauté	T : Aînés qui ne sont pas	Désillusion	E = T
			en contact avec des	<u>Trouble de l'humeur</u>	
			animaux dans leur vie	Diminution de la	E = T
			quotidienne	concentration	
				Énergie	E = T
				Apathie	E = T
				Anxiété	E = T
				Labilité de l'humeur	E = T
				Colère/irritabilité	E = T
				Dépression	E = T
				Absence de plaisir	E = T
				Culpabilité	E = T
				Insatisfaction envers	E = T
				la vie	
				Désinhibition	E = T
				Pensées suicidaires	E = T
				<u>Désordre</u>	
				<u>moteur/végétatif</u>	
				Évitement	E = T
				Ralentissement	E = T
				psychomoteur	
				Hypersomnie	E = T
				Errance	E = T
				Hyperactivité	E = T
				Agressivité verbale	E < T
				Insomnie	E = T
				Diminution de	E = T
				l'appétit	
				Augmentation de	E = T



				l'appétit	
				Perte de poids	E = T
				Prise de poids	E = T
				Agression physique	E = T
Walsh,	E : 4H / 3F	Aînés	E : Une personne et un	Fonctionnement	E = T
Mertin,	T : 4H / 2F	atteints de	chien visitent les aînés	général	
Verlander	N : 13	démence en	(2 fois/sem., pendant	Niveau de bruit	E < T
et Pollard		institution	3hrs.)		
(1995)			T : Pas de visite		
			Durée totale : 12 sem.		
Jessen,	F : 27	Aînés en	E : Présence d'un oiseau	Solitude	E = T
Cardiello et	H : 13	institution	placé dans la chambre	Moral	E = T
Baun	Total : 40		de chaque participant	Symptômes	E < T
(1996)	(20/groupe)		(24hrs/24, pendant 10	dépressifs	
			jrs)		
			T : Absence d'un oiseau		
			Durée totale : 10 jrs.		
Zisselman	E ₁ : 22F/11H	Aînés en	E ₁ : Une personne et un	Capacité à prendre	E ₁ = E ₂
Rovner,	E ₂ : 16F/9H	institution	chien visitent un groupe	soin de soi	
Shmuelly et	N = 58		d'aînés (1 fois/jr,	Comportements	E ₁ = E ₂
Ferrie			pendant 1 hr.)	désorientés	
(1996)			E ₂ : Réalisation	Humeur dépressive	E ₁ = E ₂
			d'exercices physiques	ou anxieuse	
			avec un groupe d'aînés	Comportements	E ₁ = E ₂
			(1 fois/jr, pendant 1 hr.)	irritables	
			Durée totale : 5 jrs	Comportement de	E ₁ = E ₂
				retrait	
Holcomb,	F : 0	Aînés en	A : Non-exposition à	Symptômes	B = A
Jendro,	H : 38	institution	une volière d'oiseaux	dépressifs	
Weber et	N = 38		(24hrs/24, pendant 2		
Nahan			sem.)		
(1997)			B : Exposition à une		



			<p>volière d'oiseaux placée dans une salle commune (24hrs/24, pendant 2 sem.) (ABAB) Durée totale : 8 sem.</p>		
Raina, Waltner-Toews, Bonnett, Woodward et Abernathy (1999)	N = 995	Aînés dans la communauté	<p>E : Personnes propriétaires d'au moins un chien ou un chat T : Personnes ne possédant aucun animal Durée totale : 1 an</p>	Bien-être psychologique	E = T
Panzer-Koplow (2000)	<p>F : 27 H : 8 N = 35 (E = 16 ; T = 19)</p>	Aînés en institution	<p>E : Une personne et un chien visitent individuellement les aînés (1 fois/sem., pendant 15 min.) T : Pas de visite Durée totale : 10 sem.</p>	Moral Symptômes dépressifs	<p>E = T E = T</p>
Barak, Savorai, Mavashev et Beni (2001)	<p>E : 7F / 3H T : 7F / 3H N = 20</p>	Aînés schizophrènes en institution	<p>E : 4 personnes et des chiens et chats visitent le groupe d'aînés (1 fois/sem., pendant 3 hrs.) T : Groupe de discussion, de lecture (1 fois/sem., pendant 3 hrs.) Durée totale : 12 mois</p>	<p>Contrôle des impulsions Soins personnels quotidiens</p>	<p>E = T E = T</p>
Kanamori Suzuki,	<p>E : 5F / 2H T : 16F / 4H</p>	Aînés atteints de	E : Une personne et des animaux (chiens, chats)	Changement cognitif	E = T



Yamamoto, Kanda, Matsui, Kojima, Fukawa, Sugita et Oshiro (2001)	N = 27	démence dans la communauté	visitent les aînés (1 fois aux 2 sem. 6 séances au total) T : Aucune visite Durée totale : 3 mois	<u>Comportements dans la démence :</u>	
				Idées paranoïdes	E = T
				Hallucinations	E = T
				Perturbation des activités	E = T
				Agressivité	E < T
				Perturbation du rythme diurne	E = T
				Perturbation affective	E = T
				Anxiété/phobie	E < T
Fardeau des aidants	E < T				

Notes. F : Femmes âgées; H : Hommes âgés; E : Situations expérimentales; T : Condition témoin; A : Absence de traitement; B : Traitement.



Tableau 4

Efficacité de la TAA à modifier les variables physiologiques, sociales et psychologiques

Variables	Capacité de la TAA à changer les variables		
	Oui	Non	Indéterminée
PHYSIOLOGIQUES			
Tension musculaire		X	
Température corporelle		X	
Respiration		X	
Réponse endocrinologique à un stress		X	
Tension artérielle			X
Pulsation cardiaque			X
Longévité			X
Capacité à réaliser les activités quotidiennes			X
SOCIALES			
Interactions sociales	X		
Sourires			X
Regards	D		
Touchers	X		
Verbalisations			X
PSYCHOLOGIQUES			
Anxiété			X
Capacité à prendre soin de soi			X
Agressivité	D		
Solitude		X	
Moral		X	
Dépression			X

Notes. X = Effets de la TAA auprès des personnes âgées en général, D = Effets de la TAA seulement auprès des personnes âgées ayant reçu un diagnostic probable de démence.



Tableau 5

Effets de la TAA sur l'humeur dépressive, l'intérêt envers les activités du CHSLD, l'énergie disponible, l'appétit, la qualité du sommeil et sur les symptômes dépressifs des participants

Participants	Variables dépendantes					
	Humeur	Intérêt	Énergie	Appétit	Sommeil	Symptômes dépressifs
1	+	-	=	+	=	=
2	=	+	+	+	=	+
3	+	+	+	-	+	=

Notes. + : La TAA a eu un effet positif sur la variable étudiée à au moins un moment au cours de l'expérimentation; - : La TAA a eu un effet négatif sur la variable étudiée à au moins un moment au cours de l'expérimentation; = : La TAA n'a eu aucun effet sur la variable étudiée.



Figure 1. Humeur des participants en fonction du jour de l'expérimentation

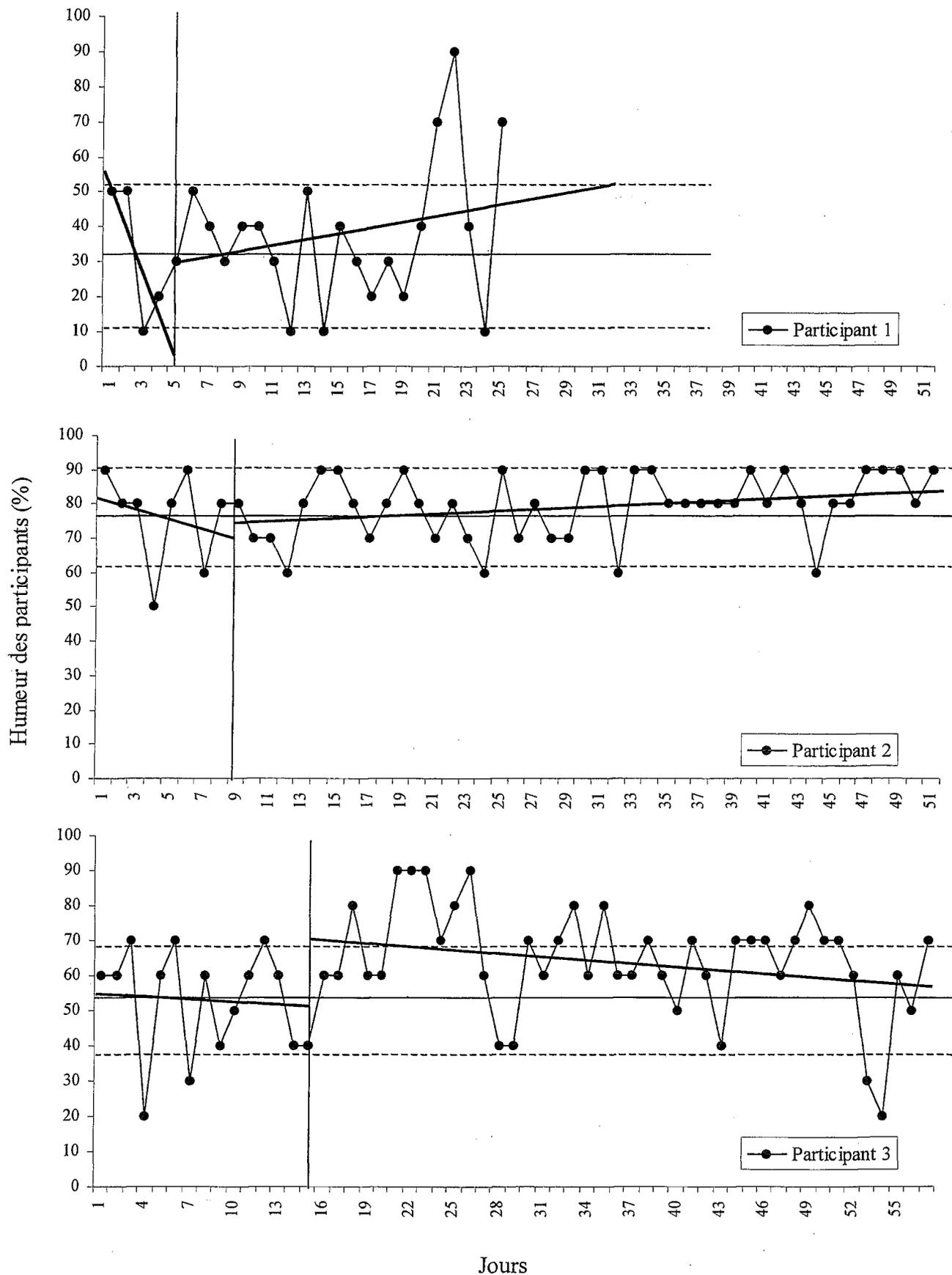




Figure 2. Intérêt des participants envers les activités en fonction du jour de l'expérimentation

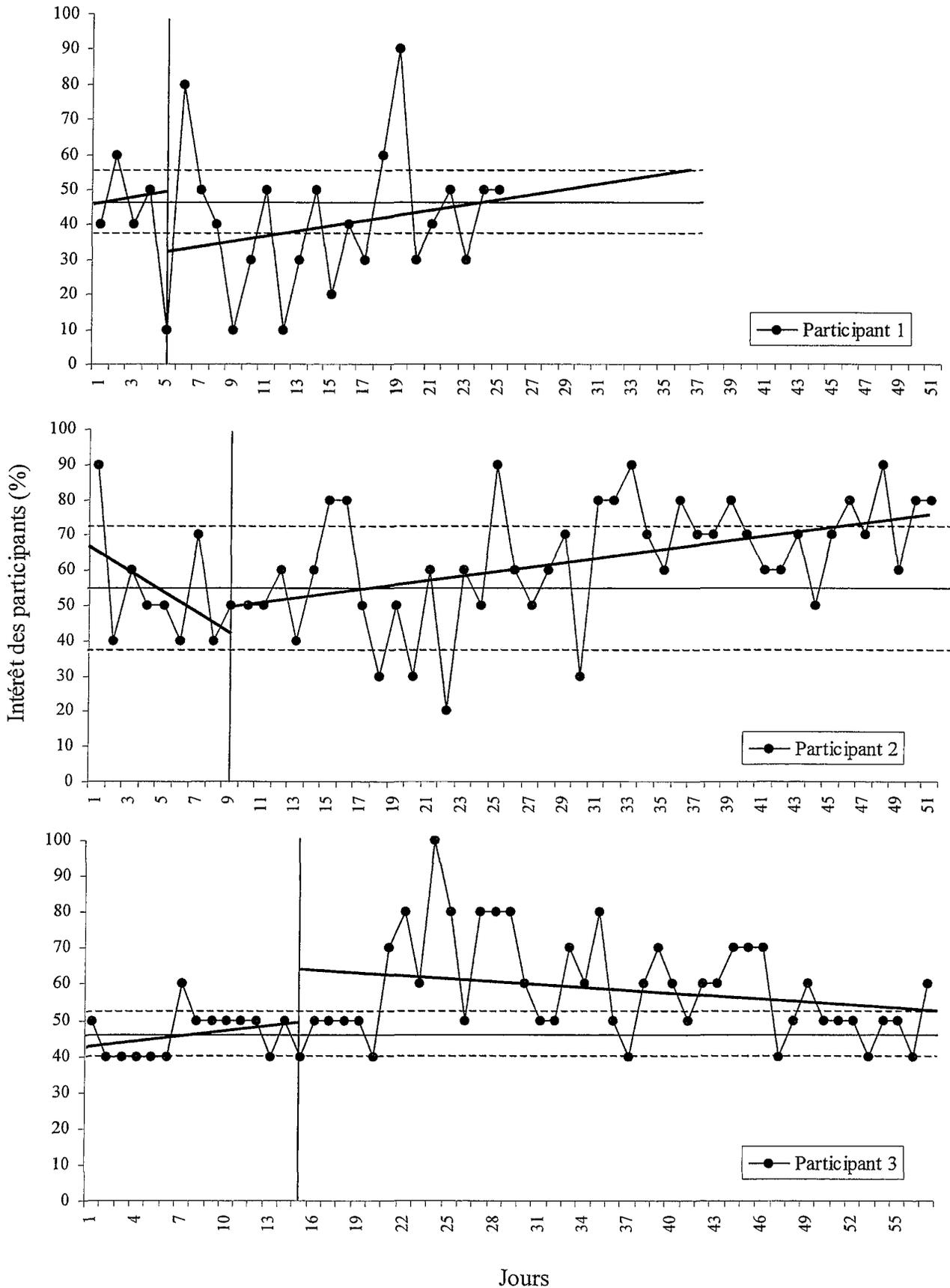




Figure 3. Énergie des participants en fonction du jour de l'expérimentation

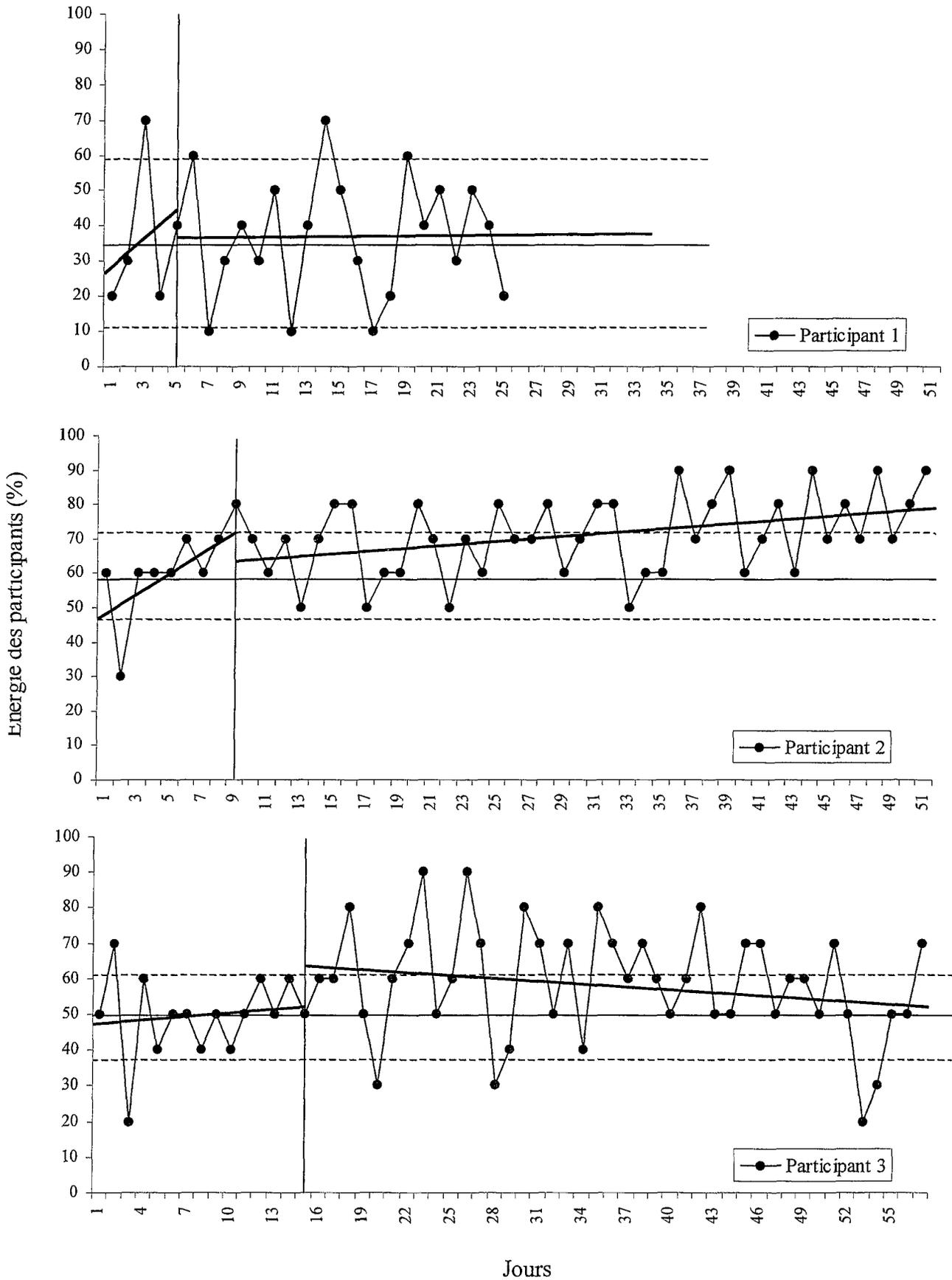




Figure 4. Appétit des participants en fonction du jour de l'expérimentation

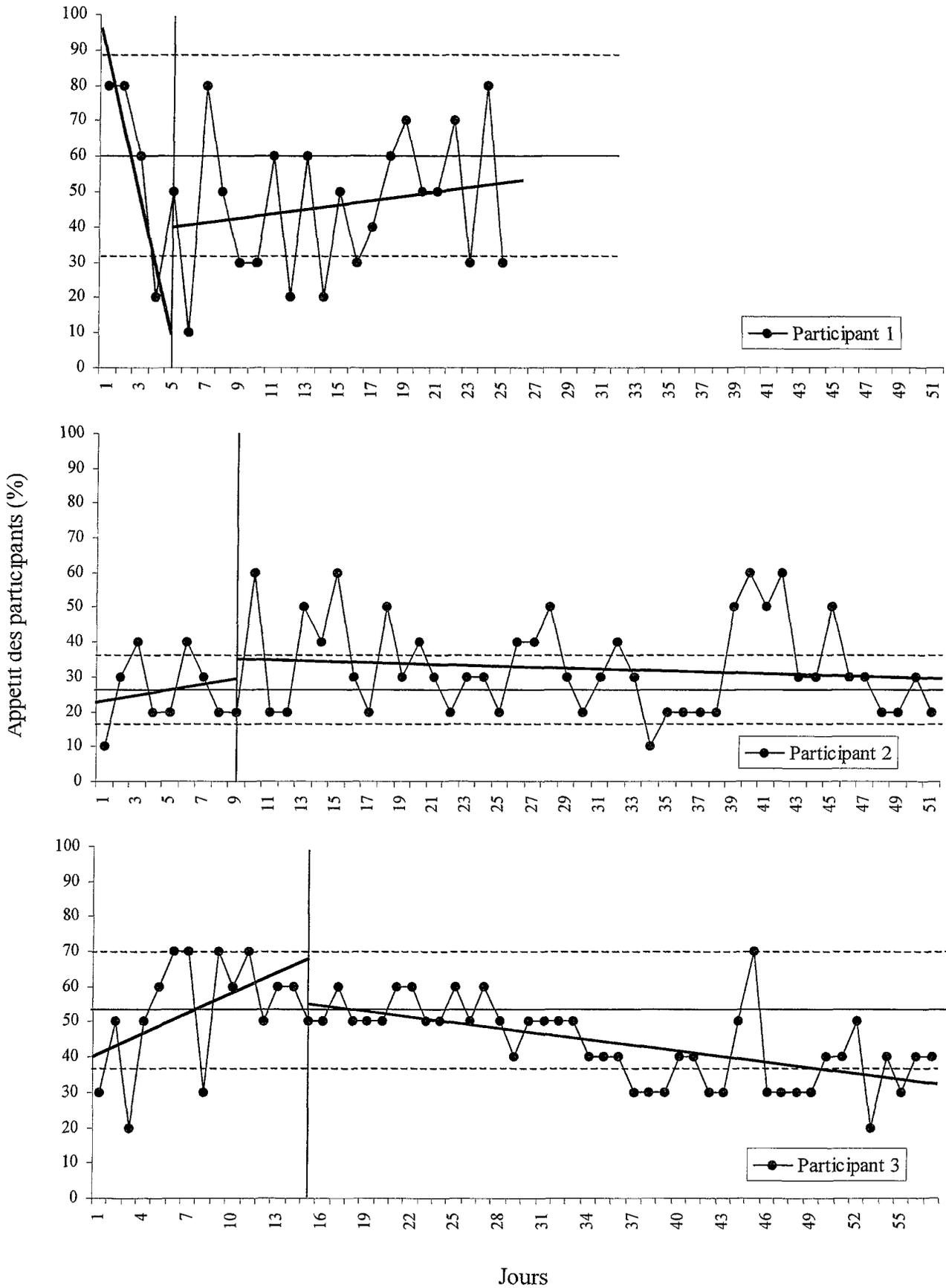




Figure 5. Qualité du sommeil des participants en fonction du jour de l'expérimentation

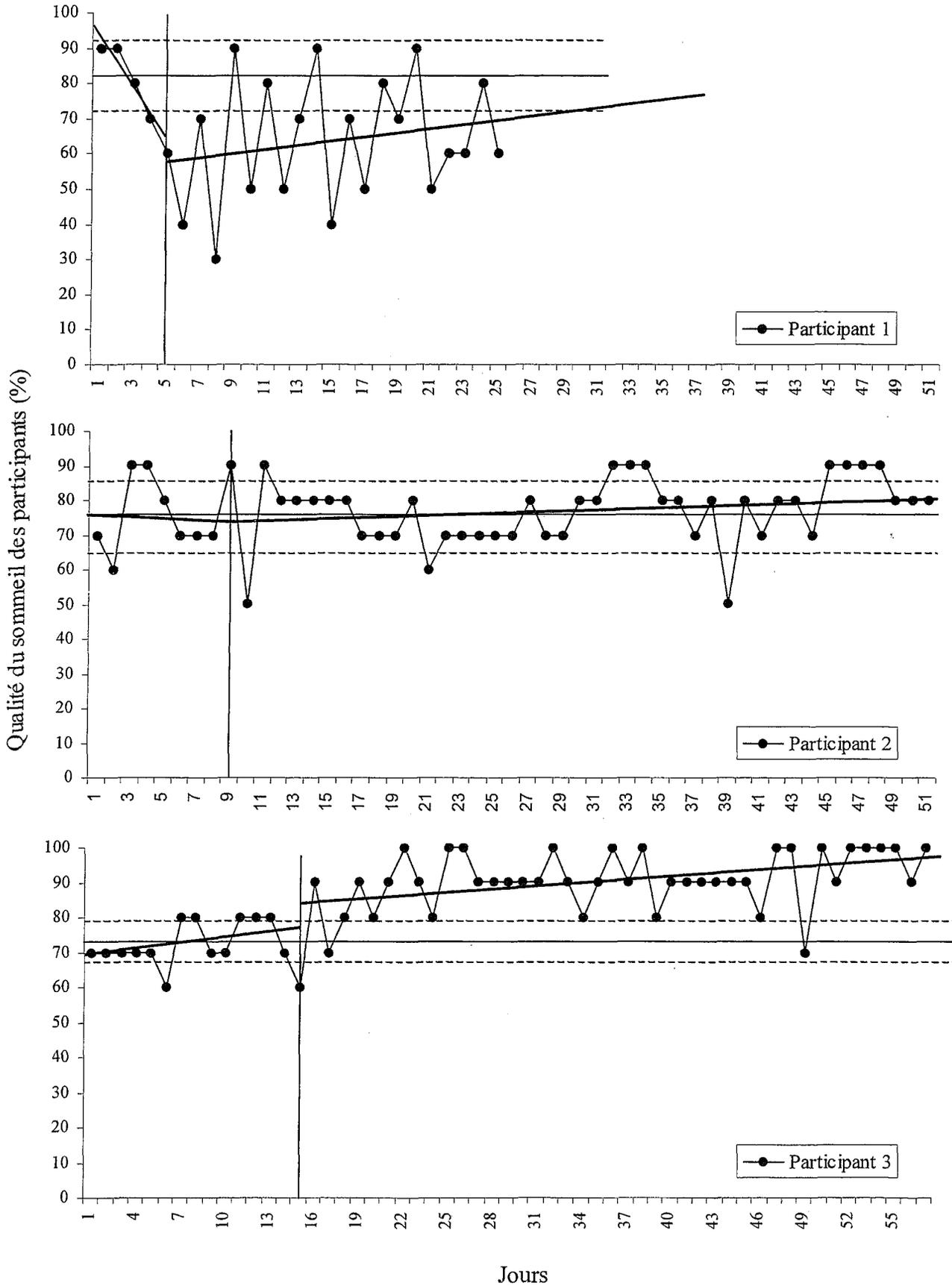
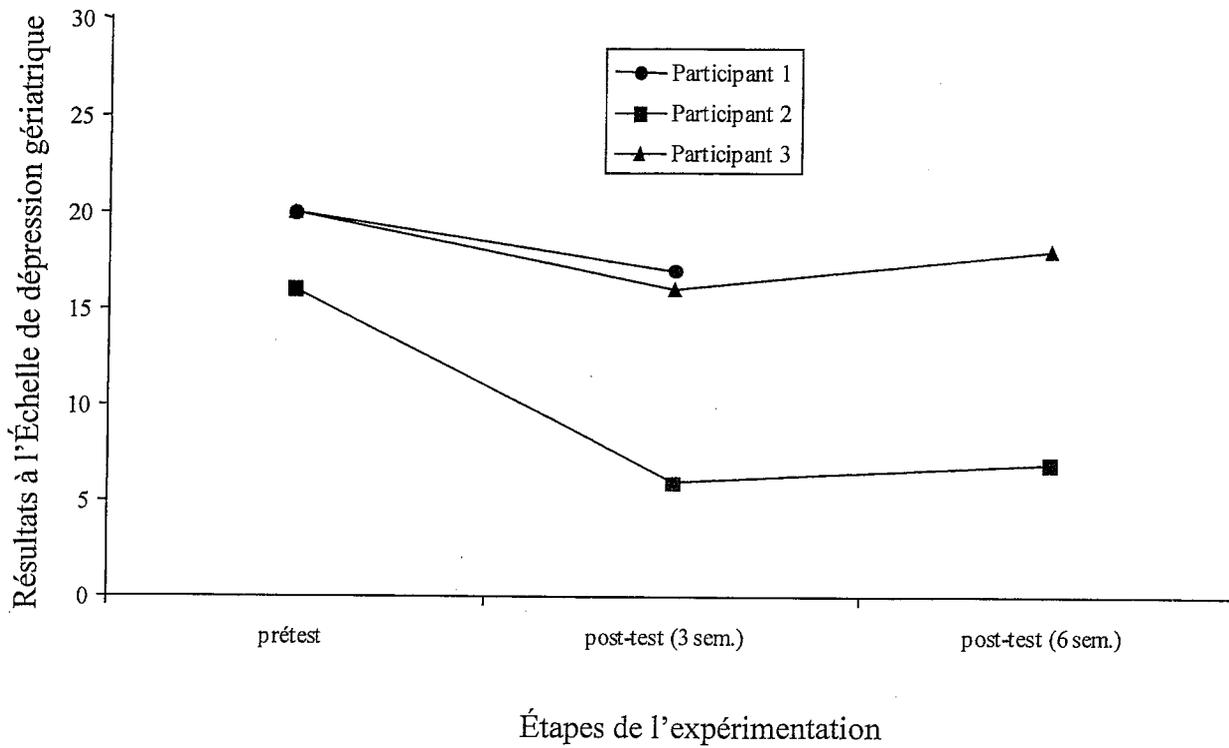




Figure 6. Résultats à l'Échelle de dépression gériatrique avant le début de l'intervention ainsi que suite à trois et six semaines de TAA.





Annexe A

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Âge : _____

2. Sexe : Masculin _____ Féminin _____

3. Langue maternelle : _____

4. État civil : _____ Célibataire _____ Veuf (veuve)
_____ Marié(e) _____ Divorcé(e)

5. Depuis combien de temps résidez-vous au centre hospitalier? _____

6. Avez-vous déjà été propriétaire d'un animal? _____ Oui _____ Non

7. Si oui, lequel ou lesquels des animaux suivants :

_____ Chat(s) _____ Chien(s) _____ Oiseau(x)
_____ Poisson(s) _____ Rongeur(s) _____ Reptile(s)
_____ Autre(s)

Spécification : _____



Annexe B

ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE

Choisissez la réponse exprimant le mieux comment vous vous sentiez au cours de la semaine passée.

1. Êtes-vous fondamentalement satisfait-e de la vie que vous menez?	OUI	NON
2. Avez-vous abandonné un grand nombre d'activités et d'intérêts?	OUI	NON
3. Est-ce que vous ressentez un vide dans votre vie?	OUI	NON
4. Vous ennuyez-vous souvent?	OUI	NON
5. Voyez-vous l'avenir avec optimisme?	OUI	NON
6. Êtes-vous préoccupé-e par des pensées dont vous n'arrivez pas à vous défaire?	OUI	NON
7. Avez-vous la plupart du temps un bon moral?	OUI	NON
8. Craignez-vous qu'il vous arrive quelque chose de grave?	OUI	NON
9. Êtes-vous heureux/heureuse la plupart du temps?	OUI	NON
10. Éprouvez-vous souvent un sentiment d'impuissance?	OUI	NON
11. Vous arrive-t-il souvent de ne pas tenir en place, de vous impatienter?	OUI	NON
12. Préférez-vous rester chez vous au lieu de sortir pour entreprendre de nouvelles activités?	OUI	NON
13. Êtes-vous souvent préoccupé-e par l'avenir?	OUI	NON
14. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la majorité des gens?	OUI	NON
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à l'époque actuelle?	OUI	NON
16. Vous sentez-vous souvent triste et déprimé-e?	OUI	NON
17. Vous sentez-vous plutôt inutile dans votre état actuel?	OUI	NON
18. Le passé vous préoccupe-t-il beaucoup?	OUI	NON
19. Trouvez-vous la vie passionnante?	OUI	NON
20. Avez-vous de la difficulté à entreprendre de nouveaux projets?	OUI	NON
21. Vous sentez-vous plein-e d'énergie?	OUI	NON
22. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	OUI	NON
23. Pensez-vous que la plupart des gens vivent mieux que vous?	OUI	NON



- | | | |
|--|-----|-----|
| 24. Vous mettez-vous souvent en colère pour des riens? | OUI | NON |
| 25. Avez-vous souvent envie de pleurer? | OUI | NON |
| 26. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer? | OUI | NON |
| 27. Êtes-vous heureux/heureuse de vous lever le matin? | OUI | NON |
| 28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales? | OUI | NON |
| 29. Avez-vous de la facilité à prendre des décisions? | OUI | NON |
| 30. Vos pensées sont-elles aussi claires que par le passé? | OUI | NON |



Annexe C

PETIT EXAMEN DE FOLSTEIN

ORIENTATION

COTE MAXIMALE

COTE DE SUJET

5

()

DITES-MOI :

LA DATE D'AUJOURD'HUI : _____

LE JOUR DE LA SEMAINE : _____

LE MOIS : _____

LA SAISON : _____

L'ANNÉE : _____

5

()

ÒU SOMMES NOUS?

LA PROVINCE : _____

LA VILLE : _____

LA RUE : _____

L'IMMEUBLE : _____

L'ÉTAGE : _____

ENREGISTREMENT

3

()

MENTIONNEZ 3 OBJETS (**MAISON, ARBRE, VOITURE**). PRENEZ UNE SECONDE POUR PRONONCER CHAQUE OBJET. PAR LA SUITE, DEMANDEZ AU SUJET DE RÉPÉTER LES 3 OBJETS. DONNEZ 1 POINT POUR CHAQUE BONNE RÉPONSE. RÉPÉTEZ LA DÉMARCHE JUSQU'À CE QUE LE SUJET APPRENNE LES 3 OBJETS. COMPTEZ LE NOMBRE D'ESSAIS ET NOTEZ-LE.

NOMBRE D'ESSAIS : _____

**ATTENTION ET CALCUL**

5 ()

DEMANDEZ AU SUJET DE FAIRE LA SOUSTRACTION PAR INTERVALLE DE 7 À PARTIR DE 100 :

100-7= () 93;

93-7= () 86;

86-7= () 79;

79-7= () 72;

72-7= () 65.

(DEMANDEZ AU SUJET D'ÉPELER LE MOT **MONDE** À L'ENVERS)

DONNEZ UN POINT POUR CHAQUE BONNE RÉPONSE.

ÉVOCATION

3 ()

DEMANDEZ AU SUJET DE NOMMER LES 3 OBJETS DÉJÀ MENTIONNÉS :

MAISON (), ARBRE (), VOITURE ()

LANGUAGE

9 ()

POINTEZ AU SUJET UN CRAYON ET UNE MONTRE ET DEMANDEZ AU SUJET DE LES NOMMER (2 POINTS)

DEMANDEZ AU SUJET DE RÉPÉTER LA PHRASE SUIVANTE : (1 POINT)

PAS DE SI, NI DE MAIS

DEMANDEZ AU SUJET D'OBÉIR À UN ORDRE EN 3 TEMPS : (3 POINTS)

PRENEZ LE MORCEAU DE PAPIER DE LA MAIN DROITE, PLIEZ LE EN DEUX, ET METTEZ-LE SUR LE PLANCHER.

ALLEZ À LA PAGE SUIVANTE ET DEMANDEZ AU SUJET DE LIRE ET DE SUIVRE LA CONSIGNE SUIVANTE : (1 POINT)

FERMEZ LES YEUX

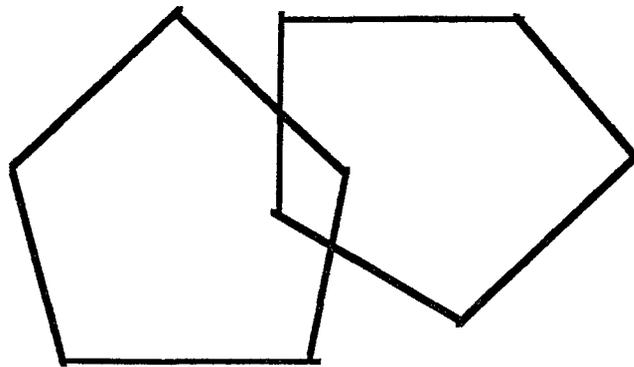
DEMANDEZ AU SUJET D'ÉCRIRE UNE PHRASE (1 POINT)



FERMEZ LES YEUX



DEMANDEZ AU SUJET DE COPIER LE DESSIN DES 2 PENTAGONES CROISÉS : (1 POINT)



Résultat au Folstein: _____



Annexe D

ÉCHELLES VISUELLES ANALOGUES

**Comment décririez-vous votre appétit
aujourd'hui ?**

**Manque
d'appétit**



Bon appétit



Comment décririez-vous votre humeur aujourd'hui?

**Plus déprimé(e)
que jamais**



**Pas déprimé(e)
du tout**



**Comment décririez-vous votre intérêt envers
les activités du centre hospitalier
aujourd'hui ?**

Sans aucun intérêt ————— **Beaucoup d'intérêt**



Comment décririez-vous votre niveau d'énergie aujourd'hui ?

**Sans énergie,
très fatigué(e)**



Plein(e) d'énergie



En vous référant à la nuit dernière, comment décririez-vous la qualité de votre sommeil?

**Pas bien dormi
du tout**



Très bien dormi



Annexe E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-PARTICIPANT-A

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée: «Effets d'une thérapie assistée par l'animal auprès de personnes âgées ayant des symptômes dépressifs et résidant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ».

1. Le but de la recherche est d'évaluer si la présence d'un animal, le fait d'en prendre soin et les visites de l'expérimentatrice entraînent une diminution des symptômes dépressifs chez les personnes âgées de plus de 65 ans.
2. Je devrai d'abord remplir deux questionnaires : l'Échelle de dépression gériatrique et le Petit examen de l'état mental. Le premier mesure la présence de symptômes dépressifs et le second évalue mon état cognitif. Ceci prendra environ 30 minutes. Si mes résultats à ces deux questionnaires correspondent aux critères de participation de l'étude, je pourrai accéder à la deuxième partie de la recherche.
3. Lors de cette seconde section de l'étude, je devrai répondre à chaque jour à cinq questions abordant l'humeur, l'appétit, le sommeil, l'intérêt et le niveau d'énergie. Un entraînement de 15 minutes pendant trois jours est prévu afin de me permettre de me familiariser avec ces questions et la façon d'y répondre. Lorsque ma performance à ces échelles sera stable, un oiseau en cage sera placé dans ma chambre pour une période d'environ 6 semaines. À chaque jour, j'aurai alors, avec l'aide de l'expérimentatrice, à nourrir et à donner de l'eau à l'oiseau. Finalement, j'aurai à remplir un questionnaire, l'Échelle de dépression gériatrique d'une durée d'environ 15 minutes, suite à trois et six semaines de thérapie.
4. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Je peux également mettre fin à ma participation en tout temps et ce, sans avoir à fournir de raisons ni à subir de préjudices.
5. En participant à cette étude, j'aurai la satisfaction d'avoir contribué à la réalisation de ce projet et à l'avancement des connaissances portant sur l'amélioration des symptômes dépressifs.
6. Je peux toutefois ressentir une légère fatigue après avoir répondu aux questionnaires. Il est également possible que le retrait de l'oiseau, après l'avoir côtoyé pendant quelques semaines, puisse entraîner une certaine détresse psychologique. Cependant, si je le désire, je pourrai conserver l'oiseau à la fin de l'expérience à un coût hebdomadaire d'environ 5\$.
7. Les informations recueillies seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Pour cela, plusieurs mesures sont prévues. Ainsi, mon nom ne figurera dans aucun rapport de recherche et sera remplacé



par un code sur les questionnaires dès leur réception. Les questionnaires et les informations concernant l'identité seront rangés séparément dans un classeur fermé à clé. Seuls les chercheurs y auront accès. Mes résultats ne seront communiqués à qui que ce soit.

8. J'autorise les responsables de l'étude à avoir accès à mon dossier médical ainsi qu'à contacter un membre de ma famille afin de discuter avec lui de ma participation à la recherche.

9. Cette recherche est réalisée par Isabelle Gagnon, étudiante à la maîtrise, sous la supervision de M. Jean Vézina Ph.D., professeur à l'École de Psychologie de l'Université Laval. Je peux communiquer avec lui en tout temps au 656-2131 poste 2109 pour obtenir des informations ou discuter en toute confiance des questions qui me préoccupent en rapport avec cette recherche.

Signature du (de la) participant(e)

date

Signature de l'expérimentatrice

date

No d'approbation du comité d'éthique : 2001-022



Annexe F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-RÉPONDANT

Je soussigné(e) _____ consens librement à ce que _____ participe à la recherche intitulée : « Effets d'une thérapie assistée par l'animal auprès de personnes âgées ayant des symptômes dépressifs et résidant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ».

1. Le but de la recherche est d'évaluer si la présence d'un animal, le fait d'en prendre soin et les visites de l'expérimentatrice entraînent une diminution des symptômes dépressifs chez les personnes âgées de plus de 65 ans.
2. Le(la) participant(e) aura d'abord à remplir deux questionnaires : l'Échelle de dépression gériatrique et le Petit examen de l'état mental. Le premier mesure la présence de symptômes dépressifs et le second évalue l'état cognitif du participant. Ceci prendra environ 30 minutes. Si les résultats obtenus correspondent aux critères de participation de l'étude, le(la) participant(e) pourra accéder à la deuxième partie de la recherche.
3. Lors de cette seconde section de l'étude, le(la) participant(e) devra répondre à chaque jour à cinq questions évaluant l'humeur, l'appétit, le sommeil, l'intérêt et le niveau d'énergie. Un entraînement de 15 minutes pendant trois jours est prévu afin qu'il(elle) puisse se familiariser avec ces questions et la façon d'y répondre. Lorsque sa performance à ces échelles sera stable, un oiseau en cage sera placé dans sa chambre pour une période d'environ 6 semaines. À chaque jour, la personne aura alors, avec l'aide de l'expérimentatrice, à nourrir et à donner de l'eau à l'oiseau. Finalement, la personne aura à remplir un questionnaire, l'Échelle de dépression gériatrique d'une durée d'environ 15 minutes, suite à trois et six semaines de thérapie.
4. Je suis libre d'accepter ou de refuser à ce que _____ participe à cette recherche et de mettre fin à sa participation en tout temps, sans avoir à fournir de raisons.
5. En participant à cette étude, moi et un membre de ma famille auront la satisfaction d'avoir contribué à la réalisation d'un projet et à l'avancement des connaissances portant sur l'amélioration des symptômes dépressifs.
6. Le(la) participant(e) peut ressentir une légère fatigue après avoir répondu aux questionnaires. Il est également possible que le retrait de l'oiseau, après l'avoir côtoyé pendant quelques semaines, puisse entraîner une certaine détresse psychologique. Cependant, s'il(elle) le désire, le(la) participant(e) pourra conserver l'oiseau à la fin de l'expérience à un coût hebdomadaire d'environ 5\$.



7. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Pour cela, plusieurs mesures sont prévues. Ainsi, le nom de la personne ne figurera dans aucun rapport de recherche et sera remplacé par un code sur les questionnaires dès leur réception. Les questionnaires et les informations concernant l'identité seront rangés séparément dans un classeur fermé à clé. Seuls les chercheurs y auront accès. Les résultats individuels ne seront jamais communiqués à qui que ce soit.

8. J'autorise les responsables de l'étude à avoir accès au dossier médical du participant.

9. Cette étude est réalisée par Isabelle Gagnon, étudiante à la maîtrise, sous la direction de M. Jean Vézina Ph.D., professeur à l'École de Psychologie de l'Université Laval. Je peux communiquer avec lui en tout temps au 656-2131 poste 2109 pour obtenir des informations ou discuter en toute confiance des questions qui me préoccupent en rapport avec cette recherche.

Signature du (de la) répondant(e)

date

Signature de l'expérimentatrice

date

No d'approbation du comité d'éthique : 2001-022



Annexe G

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT-PARTICIPANT-B

Je soussigné(e) _____ comprends que _____, membre de ma famille, a consenti librement à ce que je participe à la recherche intitulée : « Effets d'une thérapie assistée par l'animal auprès de personnes âgées ayant des symptômes dépressifs et résidant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ».

1. Le but de la recherche est d'évaluer si la présence d'un animal, le fait d'en prendre soin et les visites de l'expérimentatrice entraînent une diminution des symptômes dépressifs chez les personnes âgées de plus de 65 ans.
2. Je devrai d'abord remplir deux questionnaires : l'Échelle de dépression gériatrique et le Petit examen de l'état mental. Le premier mesure la présence de symptômes dépressifs et le second évalue mon état cognitif. Ceci prendra environ 30 minutes. Si mes résultats à ces deux questionnaires correspondent aux critères de participation de l'étude, je pourrai accéder à la deuxième partie de la recherche.
3. Lors de cette seconde section de l'étude, je devrai répondre à chaque jour à cinq questions abordant l'humeur, l'appétit, le sommeil, l'intérêt et le niveau d'énergie. Un entraînement de 15 minutes pendant trois jours est prévu afin de me permettre de me familiariser avec ces questions et la façon d'y répondre. Lorsque ma performance à ces échelles sera stable, un oiseau en cage sera placé dans ma chambre pour une période d'environ 6 semaines. À chaque jour, j'aurai alors, avec l'aide de l'expérimentatrice, à nourrir et à donner de l'eau à l'oiseau. Finalement, j'aurai à remplir un questionnaire, l'Échelle de dépression gériatrique d'une durée d'environ 15 minutes, suite à trois et six semaines de thérapie.
4. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Je peux également mettre fin à ma participation en tout temps et ce sans avoir à fournir de raisons ni à subir de préjudices.
5. En participant à cette étude, j'aurai la satisfaction d'avoir contribué à la réalisation de ce projet et à l'avancement des connaissances portant sur l'amélioration des symptômes dépressifs.
6. Je peux toutefois ressentir une légère fatigue après avoir répondu aux questionnaires. Il est également possible que le retrait de l'oiseau, après l'avoir côtoyé pendant quelques semaines, puisse entraîner une certaine détresse psychologique. Cependant, si je le désire, je pourrai conserver l'oiseau à la fin de l'expérience à un coût hebdomadaire d'environ 5\$.



7. Toutes les informations recueillies seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Pour cela, plusieurs mesures sont prévues. Ainsi, mon nom ne figurera dans aucun rapport de recherche et sera remplacé par un code sur les questionnaires dès leur réception. Les questionnaires et les informations concernant l'identité seront rangés séparément dans un classeur fermé à clé. Seuls les chercheurs y auront accès. Mes résultats ne seront jamais communiqués à qui que ce soit.

8. J'autorise les responsables de l'étude à avoir accès à mon dossier médical.

9. Cette recherche est réalisée par Isabelle Gagnon, étudiante à la maîtrise, sous la direction de M. Jean Vézina Ph.D., professeur à l'École de Psychologie de l'Université Laval. Je peux communiquer avec lui en tout temps au 656-2131 poste 2109 pour obtenir des informations ou discuter en toute confiance des questions qui me préoccupent en rapport avec cette recherche.

Signature du (de la) participant(e)

date

Signature de l'expérimentatrice

date

No d'approbation du comité d'éthique : 2001-022