Regards
sur la zoothérapie

Bulletin de connaissances



> Des connaissances rigoureuses, accessibles et utiles pour soutenir des pratiques éclairées en zoothérapie.

Zoothérapie canine et troubles neurocognitifs : quels effets selon les études ?

NOVEMBRE 2026

Isabelle Linteau, Ph.D.

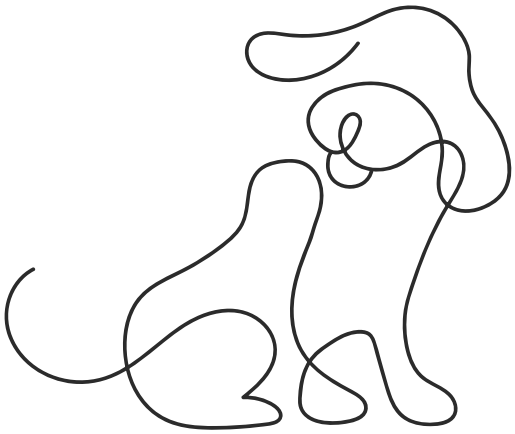
Intervenante en relation d'aide spécialisée en zoothérapie
Conseillère scientifique

info@isabellelinteau.ca

isabellelinteau.ca

DOI: 10.5281/zenodo.23965868

Zoothérapie canine et troubles neurocognitifs : quels effets selon les études ?



Ce que révèlent les données probantes actuelles

FAITS SAILLANTS

- La majorité des études rapportent un effet favorable sur les symptômes comportementaux (ex. agitation, agressivité, résistance aux soins) et dépressifs. Dans plusieurs d'entre elles, ces symptômes diminuent ou restent stables avec la zoothérapie, alors qu'ils s'aggravent dans le groupe contrôle.
- La majorité des études montrent aussi une évolution plus favorable des fonctions cognitives, toutes aux stades léger à modéré. Les écarts sont modestes, mais non négligeables au regard du déclin attendu avec la maladie. Aux stades avancés, les études ne montrent pas d'effet.
- Les quelques études sur les émotions positives, le bien-être et les interactions sociales rapportent des effets favorables.
- Pour l'autonomie, les résultats divergent, et aucun effet n'est observé sur la qualité de vie.
- La plupart des études comptent peu de participants, et une seule a vérifié si les effets se maintenaient après la fin du programme. D'autres études sont nécessaires.

© Isabelle Linteau, 2026

Pourquoi s'intéresser à la zoothérapie auprès des personnes vivant avec un trouble neurocognitif ?

Au Québec, environ 7% des personnes de 65 ans et plus vivent avec la maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif. Chez les 85 ans et plus, c'est une personne sur quatre (INSPQ, 2026). Au fil de la maladie, la mémoire, l'autonomie, l'humeur et les relations avec les autres sont touchées, et plusieurs personnes présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), comme l'agitation, les symptômes dépressifs, l'apathie ou l'anxiété.

Aucun traitement ne guérit ces maladies. L'accompagnement vise donc à préserver le plus longtemps possible le bien-être, les capacités et la qualité de vie de la personne, et les approches non pharmacologiques y occupent une place importante. Pour les SCPD, les lignes directrices canadiennes recommandent les interventions psychosociales pour tous les symptômes, seules ou combinées à la médication (CCSMPA, 2024, énoncé n° 9). Elles suggèrent aussi la zoothérapie pour l'agitation et pour les symptômes dépressifs (recommandations n° 5 et n° 39), en précisant que les données sont encore de faible ou de très faible qualité.

Ces suggestions reposent sur un petit nombre d'études, ce qui explique en partie la faible qualité des données. Plusieurs autres études n'ont pas été prises en compte, dont certaines publiées plus récemment, comme la plus grande étude sur le sujet (Vegue Parra et al., 2021).

L'objectif de cet article est de faire le point sur les effets de la zoothérapie canine auprès des personnes vivant avec un trouble neurocognitif, en portant une attention particulière aux études qui correspondent à une définition rigoureuse de la zoothérapie. Il vise aussi à en dégager des pistes pour la pratique.



© Isabelle Linteau, 2026

La zoothérapie : de quoi parle-t-on ?

La Corporation des zoothérapeutes du Québec (2024) définit la **zoothérapie** comme:



« une intervention dirigée par un professionnel formé en zoothérapie (le zoothérapeute), avec un animal sélectionné et entraîné, auprès d'un client. L'objectif de l'intervention en zoothérapie est l'amélioration du bien-être du client selon ses besoins spécifiques. » (p. 3).

Les visites animalières et la zooanimation peuvent procurer un moment agréable et réconfortant, mais elles ne peuvent être considérées comme de la zoothérapie, puisqu'elles ne poursuivent pas d'objectifs cliniques propres à la personne ou au groupe et ne sont pas forcément menées par des intervenants formés en zoothérapie.

Dans cet article, une intervention est considérée comme de la zoothérapie si elle répond à trois critères :

1. un **intervenant formé** en zoothérapie;
2. un **animal sélectionné et entraîné**;
3. des **objectifs cliniques** définis à l'avance, propres à la personne ou au groupe.

Les études retenues

Les études ont été repérées dans deux synthèses récentes : une revue systématique et une cartographie des données probantes sur la zoothérapie auprès des personnes vivant avec un trouble neurocognitif (Amanat et al., 2026; Zhu et al., 2026). Ensemble, elles recensent 70 publications. Pour être retenue, une étude devait comparer la zoothérapie avec un chien à un groupe contrôle, porter majoritairement sur des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou un autre trouble neurocognitif majeur, et répondre aux trois critères de la zoothérapie. Les objectifs cliniques devaient obligatoirement être décrits, puisque c'est ce qui distingue la zoothérapie des visites animalières et de la zooanimation. Une étude dont l'article ne décrivait pas la formation de l'intervenant ou la sélection du chien était retenue, mais cette limite est signalée. La plupart des exclusions concernent des études sans groupe contrôle (37) ou menées avec des animaux robotisés ou d'autres espèces (11). Le détail de la sélection est présenté à l'Annexe 1.

© Isabelle Linteau, 2026

Au final, 13 études répondent à l'ensemble des critères et constituent la base de l'analyse. Elles regroupent environ 800 participants, dont plus de 40 % proviennent d'une seule étude (Vegue Parra et al., 2021; n = 334). Six sont des essais contrôlés randomisés (ECR), six sont des études contrôlées non randomisées ou dont la randomisation est mal décrite, et une compare les mêmes participants avec et sans chien (Wesenberg et al., 2019).

Les participants vont du stade léger au stade sévère, mais la plupart des études portent sur les stades léger à modéré. Sept études comparent la zoothérapie à un contrôle actif, souvent les mêmes activités sans le chien, et six la comparent aux soins habituels.

Sept études décrivent clairement les trois critères de la zoothérapie. Dans cinq autres, aucun critère n'est contredit, mais l'article ne décrit pas l'un d'eux, soit la formation en zoothérapie de l'intervenant (Bono et al., 2015; Friedmann et al., 2015; Majić et al., 2013; Valentí Soler et al., 2015) ou la sélection et l'entraînement des chiens (Briones et al., 2021). Dans la dernière, l'intervention est menée par des bénévoles ayant suivi une formation structurée de 100 heures en intervention assistée par l'animal (Wesenberg et al., 2019).

Les interventions évaluées : à quoi ressemblaient-elles ?



La plupart (10 sur 13) sont des **interventions de groupe**; deux se donnent en **individuel** (Bono et al., 2015; Majić et al., 2013), et une combine les deux formats selon le stade de la maladie (Valentí Soler et al., 2015).



Les séances durent de **30 à 90 minutes**, **1 à 3 fois** par semaine. La durée totale des programmes varie de **8 semaines à 9 mois**.



La majorité des interventions (10 sur 13) se déroulent en **milieu d'hébergement** : centres d'hébergement de soins de longue durée (l'équivalent des CHSLD au Québec), résidences pour aînés ou hôpitaux (séjours de longue durée).



Deux se déroulent en **centre de jour**, auprès de personnes vivant à domicile (Menna et al., 2016; Quintavalla et al., 2021). Une seule se donne en clinique de la mémoire, auprès de personnes **suivies en externe** (Bono et al., 2015).

© Isabelle Linteau, 2026

Comment lire les résultats

Les repères de confiance

Chaque dimension est accompagnée d'un repère indiquant le nombre d'études, leur devis et un qualificatif. Seule une différence significative entre le groupe zoothérapie et le groupe contrôle est considérée comme une preuve d'effet. Une amélioration observée uniquement dans le groupe zoothérapie est un signal encourageant, mais ne suffit pas.

Résultats convergents	Plusieurs études pointent dans la même direction
Résultats mitigés	Les études arrivent à des conclusions divergentes
À confirmer	Une seule étude disponible à ce jour

Ces repères tiennent compte du devis et de la taille d'échantillon, mais ne constituent pas une évaluation formelle du risque de biais, qui dépasse le cadre de cet article.

À noter que huit études sur 13 comptent moins de 50 participants. Une différence non significative ne signifie donc pas forcément que la zoothérapie est sans effet.

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Les SCPD (symptômes dépressifs, agitation, apathie, anxiété, etc.) sont les dimensions les plus souvent évaluées : 9 des 13 études en mesurent au moins une. Ce sont des manifestations de la maladie, souvent parmi les plus difficiles à vivre pour la personne, ses proches et les équipes de soins.

Symptômes comportementaux

Résultats convergents *6 études (3 ECR, 3 non randomisées), n = 14 à 334 participants*

Quatre études montrent une évolution des symptômes comportementaux (ex. agitation, agressivité, résistance aux soins) significativement plus favorable dans le groupe zoothérapie que dans le groupe contrôle. Trois d'entre elles utilisent une échelle globale.

© Isabelle Linteau, 2026

La première porte sur les comportements problématiques (agressivité, nervosité, résistance aux soins, etc.) (Baek et al., 2020). Les deux autres utilisent une échelle neuropsychiatrique, que les auteurs emploient pour mesurer le volet comportemental. Dans la plus grande étude recensée, l'écart se creuse avec le temps : le score diminue de moitié en 8 mois dans le groupe zoothérapie, alors qu'il augmente légèrement dans le groupe contrôle (Vegue Parra et al., 2021). L'autre, de très petite taille (7 participants par groupe), observe une nette diminution dans le groupe zoothérapie, alors que le groupe contrôle ne change pas (Vegue Parra et al., 2022). La quatrième étude mesure l'agitation, qui reste stable dans le groupe zoothérapie alors qu'elle augmente dans le groupe contrôle (Majić et al., 2013).

Une cinquième étude n'observe pas d'effet sur l'agitation, mais les participants n'étaient presque pas agités au départ (Friedmann et al., 2015). Enfin, une étude menée surtout auprès de personnes à un stade sévère a utilisé une échelle qui couvre l'ensemble des SCPD, comportementaux et psychologiques. Elle ne montre pas de différence entre les groupes sur le score global. L'irritabilité y évolue un peu moins bien avec le chien, mais surtout parce qu'elle diminue dans le groupe contrôle, où elle était plus élevée au départ (Valentí Soler et al., 2015).

La stabilité des symptômes, un résultat à considérer

Chez les personnes vivant avec un trouble neurocognitif, le déclin est la trajectoire attendue. Plusieurs résultats prennent la forme d'une stabilité dans le groupe zoothérapie pendant que le groupe contrôle se détériore. Même sans amélioration, ralentir l'aggravation des symptômes a une portée clinique réelle.



Symptômes dépressifs

Résultats convergents

8 études (4 ECR, 4 non randomisées), n = 14 à 334 participants

C'est la dimension la plus étudiée. Cinq études montrent une évolution des symptômes dépressifs significativement plus favorable dans le groupe zoothérapie (Baek et al., 2020; Majić et al., 2013; Menna et al., 2016; Vegue Parra et al., 2021, 2022). Dans l'une d'elles, les symptômes dépressifs restent stables dans le groupe zoothérapie, mais s'aggravent nettement dans le groupe contrôle (Majić et al., 2013).

© Isabelle Linteau, 2026

Une autre étude observe une diminution des symptômes dépressifs dans le groupe zoothérapie, sans différence significative avec le groupe contrôle (Friedmann et al., 2015). Ce dernier y recevait lui aussi une intervention active: une thérapie par réminiscence. Une autre étude ne montre aucun effet (Travers et al., 2013). Les participants y avaient peu de symptômes dépressifs au départ; un effet apparaît chez les plus déprimés d'entre eux.



Une seule étude va en sens contraire : les symptômes dépressifs augmentent dans le groupe zoothérapie et diminuent dans le groupe contrôle (Bono et al., 2015). Les scores restent sous le seuil de dépression clinique dans les deux groupes, et l'article ne permet pas de savoir clairement si cette différence est significative. Le groupe contrôle recevait aussi des visites à domicile au même rythme que les séances de zoothérapie.

Apathie

Résultats convergents (aucun effet) *2 études (2 ECR), n = 40 et 68 participants*

Les deux études ayant mesuré l'apathie ne montrent pas d'effet de la zoothérapie. Dans l'une, l'apathie des participants était faible au départ (Friedmann et al., 2015). L'autre ne rapporte pas les scores (Valentí Soler et al., 2015).

Fonctions cognitives

Résultats convergents *7 études (3 ECR, 4 non randomisées), n = 14 à 334 participants*

La plupart des études ont utilisé le MMSE (Mini-Mental State Examination), un outil de dépistage qui couvre l'orientation, la mémoire, l'attention et le langage.

La zoothérapie n'est pas un traitement des troubles neurocognitifs

Certaines études montrent des effets positifs sur les fonctions cognitives et sur les SCPD. Cependant, la zoothérapie ne vise pas à traiter la maladie. Le zoothérapeute accompagne la personne vers un mieux-être, en ciblant notamment la mémoire, l'attention, la communication et les relations sociales. La zoothérapie est une approche complémentaire, au sein d'un suivi interdisciplinaire.

© Isabelle Linteau, 2026

Quatre études montrent une évolution des fonctions cognitives significativement plus favorable dans le groupe zoothérapie. Trois observent une légère amélioration dans le groupe zoothérapie alors que le groupe de comparaison stagne ou recule (Baek et al., 2020; Menna et al., 2016; Vegue Parra et al., 2022), la dernière avec seulement 7 participants par groupe. La quatrième, d'une durée de 8 mois, montre un déclin dans les deux groupes, mais presque deux fois moins important avec la zoothérapie (Bono et al., 2015).

Une autre étude utilise deux tests de la cognition. Elle observe une amélioration dans le groupe zoothérapie avec le test de dépistage, mais pas avec le second test, plus complet. Aucune différence significative n'apparaît avec le groupe contrôle, qui n'était pas comparable au départ, et le gain s'est estompé deux mois après la fin du programme (Quintavalla et al., 2021).

Enfin, deux études ne montrent pas d'effet sur les fonctions cognitives. Dans la plus grande, elles demeurent stables dans le groupe zoothérapie, alors qu'elles déclinent significativement dans le groupe contrôle; l'écart entre les deux groupes n'atteint cependant pas le seuil de signification (Vegue Parra et al., 2021). L'autre a été menée surtout auprès de personnes à un stade sévère (Valentí Soler et al., 2015).

Quelle est l'ampleur des gains ?

Dans les études qui utilisent le MMSE, l'écart entre les groupes est d'environ 1 à 2 points. Bien que modeste, cet écart correspond approximativement au déclin annuel moyen observé chez les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer (Bao et al., 2026; Miyakawa-Liu et al., 2022). Il n'est donc pas négligeable. On ignore encore s'il se maintient après la fin du programme.

Émotions positives et bien-être

Résultats convergents *3 études (2 non randomisées, 1 intra-sujet), n = 17 à 40 participants*

Les trois études ayant mesuré les émotions positives ou le bien-être rapportent un effet favorable significativement plus marqué dans le groupe zoothérapie. Une étude observe une amélioration de l'humeur, évaluée à l'aide d'une échelle d'expressions faciales, alors que l'humeur du groupe contrôle se détériore légèrement (Baek et al., 2020). Une autre rapporte davantage d'expressions de plaisir pendant les séances avec le chien que pendant les mêmes activités sans chien, et ce, dès la première séance (Wesenberg et al., 2019).

© Isabelle Linteau, 2026

La troisième étude utilise un questionnaire de bien-être auquel répondent les participants. À la fin du programme, le groupe zoothérapie obtient des scores significativement plus élevés que le groupe contrôle pour le bien-être global, la satisfaction personnelle, les stratégies d'adaptation et les habiletés émotionnelles. Deux mois plus tard, l'écart persiste, sauf pour les habiletés émotionnelles (Quintavalla et al., 2021).

Ces trois études sont toutefois de petite taille, et aucune n'est un ECR. Dans l'une d'elles, les mêmes participants ont reçu les deux conditions sans tirage au sort, et les comportements ont été codés sur vidéo par des évaluateurs qui voyaient forcément le chien (Wesenberg et al., 2019). Le groupe contrôle d'une des études ne comptait que 10 participants (Quintavalla et al., 2021).

Interactions sociales et communication

Résultats convergents *2 études (1 non randomisée, 1 intra-sujet), n = 17 et 46 participants*

Les deux études rapportent des effets favorables. La première observe une amélioration de la communication significativement plus importante dans le groupe zoothérapie que dans un groupe recevant le même programme sans chien (Rodrigo-Claverol et al., 2020). La seconde rapporte davantage d'interactions non verbales (contacts physiques, mouvements) pendant les séances avec le chien et, après six mois, davantage d'interactions verbales (Wesenberg et al., 2019). Ces interactions sont surtout dirigées vers le chien.

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Résultats mitigés *6 études (4 ECR, 2 non randomisées), n = 14 à 334 participants*

Deux études montrent un effet favorable de la zoothérapie. Dans la première, l'autonomie s'améliore dans le groupe zoothérapie alors qu'elle diminue dans le groupe contrôle (Baek et al., 2020). Dans la seconde, l'autonomie diminue légèrement dans les deux groupes, mais significativement moins avec la zoothérapie (Bono et al., 2015).



© Isabelle Linteau, 2026

Trois autres études, dont la plus grande, ne montrent aucun effet (Friedmann et al., 2015; Vegue Parra et al., 2021, 2022). Une dernière rapporte un écart en faveur du groupe zoothérapie, mais cet écart existait déjà avant le programme : ce groupe était beaucoup plus autonome au départ. L'article ne permet pas de savoir si l'autonomie a évolué différemment dans les deux groupes (Briones et al., 2021).

Qualité de vie

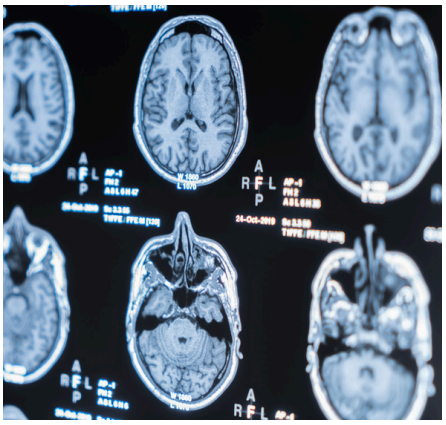
Résultats convergents (aucun effet) *3 études (3 ECR), n = 27 à 68 participants*

Les trois études ayant évalué la qualité de vie ne montrent pas d'effet de la zoothérapie. Dans l'une, la qualité de vie s'améliore significativement dans le groupe contrôle seulement, sans différence entre les groupes (Briones et al., 2021). Dans une autre, les résultats varient d'un établissement à l'autre, et une éclosion de gastro-entérite est survenue dans l'un d'eux à la fin du programme (Travers et al., 2013). La troisième, menée surtout auprès de personnes à un stade sévère, ne montre pas de différence entre les groupes (Valentí Soler et al., 2015).

Quelques nuances

Selon le stade de la maladie

Les effets favorables sur les fonctions cognitives proviennent d'études menées aux stades léger à modéré (Baek et al., 2020; Bono et al., 2015; Menna et al., 2016; Vegue Parra et al., 2022). Les deux études menées aux stades plus avancés ne montrent pas d'effet ou ne permettent pas de conclure (Quintavalla et al., 2021; Valentí Soler et al., 2015). La plus grande étude n'en montre pas non plus. Le MMSE moyen y est de 13, ce qui correspond généralement à un stade modéré (Vegue Parra et al., 2021).



Aux stades plus avancés, les résultats sont plus partagés. Dans l'étude menée auprès de la clientèle la plus atteinte (MMSE moyen d'environ 7), les symptômes dépressifs et l'agitation restent stables, alors que le groupe contrôle se détériore (Majić et al., 2013). Deux autres études, menées surtout auprès de personnes à un stade modéré à sévère, observent des effets sur la communication (Rodrigo-Claverol et al., 2020), les émotions positives et les interactions (Wesenberg et al., 2019). En revanche, l'étude dont près de la moitié des participants étaient au stade le plus avancé ne montre d'effet sur aucune des dimensions mesurées (Valentí Soler et al., 2015).

© Isabelle Linteau, 2026

Les bénéfices sur la cognition semblent donc plus probables aux premiers stades. Ceux sur les émotions positives, les SCPD et les interactions s'observent parfois aussi aux stades plus avancés, mais ce constat repose sur peu d'études et doit être confirmé.

Selon le milieu

La grande majorité des études (10 sur 13) ont été menées en milieu d'hébergement. Les deux études en centre de jour rapportent des améliorations dans le groupe zoothérapie (cognition, symptômes dépressifs, bien-être), mais ce sont de petites études non randomisées (Menna et al., 2016; Quintavalla et al., 2021). Une seule étude porte sur des personnes suivies en externe, en clinique de la mémoire (Bono et al., 2015). Aucune ne porte sur une intervention offerte à domicile.

Il n'est donc pas possible, à ce jour, de déterminer si la zoothérapie est plus efficace dans un milieu que dans un autre.

Individuel ou en groupe

Seules deux interventions se donnent entièrement en individuel (Bono et al., 2015; Majić et al., 2013). Toutes deux montrent au moins un effet favorable entre les groupes, mais c'est aussi dans l'une d'elles que les symptômes dépressifs augmentent avec la zoothérapie. Une autre combine les deux formats selon le stade de la maladie (Valentí Soler et al., 2015). Avec si peu d'études, aucune comparaison fiable n'est possible entre les formats individuel et de groupe.

Selon le type de groupe contrôle

Le type de groupe contrôle change la question à laquelle chaque étude répond. Les études se répartissent en quatre cas.

- **Soins habituels (6 études).** La question est de savoir si la zoothérapie apporte quelque chose de plus que les soins offerts normalement. C'est dans ces études que les différences en faveur de la zoothérapie sont les plus fréquentes. Une étude comporte aussi un groupe sans aucune stimulation, en plus du groupe qui reçoit le même programme sans chien; la zoothérapie y fait mieux que les deux (Menna et al., 2016).
- **Le même programme, sans le chien (5 études).** Ces études isolent l'apport propre du chien. Deux ne montrent aucune différence (Travers et al., 2013; Valentí Soler et al., 2015). Les trois autres montrent un apport du chien : sur les symptômes dépressifs et la cognition, par rapport au même programme d'orientation à la réalité sans chien (Menna et al., 2016), sur la communication (Rodrigo-Claverol et al., 2020) ainsi que sur les émotions positives et les interactions (Wesenberg et al., 2019).

© Isabelle Linteau, 2026

- **Une autre approche reconnue (1 étude).** Le groupe contrôle reçoit une thérapie par réminiscence (Friedmann et al., 2015), dont les effets sur la cognition, l'humeur et la qualité de vie sont démontrés (Wang et al., 2026). Cette étude compare donc deux interventions actives. Une absence de différence signifie alors que la zoothérapie ne fait pas mieux que la réminiscence. Elle ne permet pas de conclure que la zoothérapie est sans effet.
- **Un suivi régulier à domicile (1 étude).** Le groupe contrôle reçoit des visites à domicile au même rythme que les séances de zoothérapie, avec le soutien de l'équipe de psychologues (Bono et al., 2015). Ce suivi offre lui aussi un contact et un soutien réguliers, ce dont il faut tenir compte dans la lecture des résultats.

Une partie des bénéfices pourrait donc venir des activités structurées et de l'attention reçue. Mais plusieurs études montrent que le chien apporte quelque chose de plus.

Selon la durée et le suivi

Les programmes durent de 8 semaines à 9 mois. Dans la plus grande étude, l'écart en faveur de la zoothérapie se creuse entre 4 et 8 mois, ce qui suggère que les bénéfices peuvent s'accumuler avec le temps (Vegue Parra et al., 2021).

Une seule étude a mesuré si les effets se maintiennent après la fin du programme (Quintavalla et al., 2021). Deux mois plus tard, l'avantage sur le bien-être persiste en bonne partie, mais le gain cognitif s'est estompé. Ce résultat suggère qu'une continuité de l'intervention pourrait être utile.



© Isabelle Linteau, 2026

En conclusion : ce qu'on peut en retenir pour la pratique

Les études retenues dressent un portrait encourageant, surtout pour les symptômes comportementaux, les symptômes dépressifs, les émotions positives et les interactions sociales. Les effets sur les fonctions cognitives, modestes mais non négligeables, semblent se limiter aux premiers stades de la maladie. Dans plusieurs études, l'effet prend la forme d'une stabilité des symptômes pendant que le groupe contrôle se détériore, un résultat qui compte chez des personnes dont la trajectoire attendue est le déclin. Ces constats reposent toutefois sur un petit nombre d'études, souvent de petite taille, et rarement suivies dans le temps.

Pour les milieux qui souhaitent offrir de la zoothérapie, quelques repères se dégagent :

- miser sur une intervention qui répond aux trois critères de la zoothérapie : un intervenant formé, un chien sélectionné et entraîné, et des objectifs définis pour la personne ou le groupe;
- intégrer la zoothérapie au plan d'intervention interdisciplinaire, en complément des autres approches;
- s'inspirer des programmes évalués, qui comptaient le plus souvent une ou deux séances de 45 à 60 minutes par semaine, sur une période de 2 à 9 mois; les données ne permettent pas encore d'établir une fréquence ou une durée minimale;
- suivre la réponse de chaque personne, puisque certaines ne semblent pas en bénéficier;
- prévoir une continuité, car le seul suivi disponible suggère que certains gains s'estompent après l'arrêt du programme.

Des études plus grandes, mieux contrôlées et comportant un suivi après la fin de l'intervention permettraient de confirmer ces résultats et de préciser pour qui, et à quel stade, la zoothérapie est la plus utile.

© Isabelle Linteau, 2026

Note. *La recherche documentaire, l'analyse critique des études et la synthèse des résultats de cet article ont été réalisées entièrement par l'autrice. Un outil d'intelligence artificielle (Claude) a été utilisé en soutien à la vulgarisation du contenu scientifique pour un lectorat clinique.*

Références

Amanat, M., Salehi, M., Saeidi, M., Villacres Mosquera, L., Ali, M., Ahuja, J., Theis-Mahon, N., Fattal, O., et Gunturu, S. (2026). Animal-assisted therapy in dementia: A systematic review and meta-analysis of cognitive, affective, and behavioral outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, *15*(17), 6654. https://doi.org/10.3390/jcm15176654

Baek, S. M., Lee, Y., et Sohng, K. Y. (2020). The psychological and behavioural effects of an animal-assisted therapy programme in Korean older adults with dementia. *Psychogeriatrics*, *20*(5), 645–653. https://doi.org/10.1111/psyg.12554

Bao, X., García Pascual, B., Blakstad, E., Norgren, J., Abzhandadze, T., Zhu, N., Hoang, M. T., Chatterjee, S., Scolamiero, M., Eriksdotter, M., Xu, H., et Garcia Ptacek, S. (2026). Mini-Mental State Examination trajectories across dementia subtypes in the Swedish Registry for Cognitive/Dementia Disorders and U.S. National Alzheimer's Coordinating Center. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 18, e70531. https://doi.org/10.1002/dad2.70531

Bono, A. V., Benvenuti, C., Buzzi, M., Ciatti, R., Chiarelli, V., Chiambretto, P., Morelli, C., Pinciroli, M., Pini, A., Prestigiacomo, T., Rolleri, C., et Valena, E. (2015). Effects of animal assisted therapy (AAT) carried out with dogs on the evolution of mild cognitive impairment. *Giornale di Gerontologia*, *63(*1), 32–36.

Briones, M. Á., Pardo-García, I., et Escribano-Sotos, F. (2021). Effectiveness of a dog-assisted therapy program to enhance quality of life in institutionalized dementia patients. *Clinical Nursing Research*, 30(1), 89–97. https://doi.org/10.1177/1054773819867250

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024). *Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur l'évaluation et la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD*). https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/04/V4-CCSMH-FRENCH-BPSD-Clinical-Guidelines_Final-April-24.pdf

© Isabelle Linteau, 2026

Corporation des zoothérapeutes du Québec (CZQ). (2024). *Code de déontologie*. https://corporationdeszootherapeutesduquebec.ca/wp-content/uploads/2024/04/corporation-des-zootherapeutes-du-quebec-code-deontologie-2024.pdf

Friedmann, E., Galik, E., Thomas, S. A., Hall, P. S., Chung, S. Y., et McCune, S. (2015). Evaluation of a pet-assisted living intervention for improving functional status in assisted living residents with mild to moderate cognitive impairment: A pilot study. American *Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 276–289. https://doi.org/10.1177/1533317514545477

Institut national de santé publique du Québec. (2026). *L'Indicateur de santé publique : Prévalence de l'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs.* https://www.inspq.qc.ca/indicateur/maladies-chroniques/prevalence-alzheimer

Majić, T., Gutzmann, H., Heinz, A., Lang, U. E., et Rapp, M. A. (2013). Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: A matched case-control trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(11), 1052–1059. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.004

Menna, L. F., Santaniello, A., Gerardi, F., Di Maggio, A., et Milan, G. (2016). Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: A pilot study. *Psychogeriatrics*, 16(4), 240–246. https://doi.org/10.1111/psyg.12145

Miyakawa-Liu, M., Feehan, A. K., Pai, S., et Garcia-Diaz, J. (2022). Rates of cognitive decline in 100 patients with Alzheimer disease. *Ochsner Journal*, *22*(2), 129–133. https://doi.org/10.31486/toj.21.0084

Quintavalla, F., Cao, S., Spinelli, D., Caffarra, P., Rossi, F. M., Basini, G., et Sabbioni, A. (2021). Effects of dog-assisted therapies on cognitive mnemonic capabilities in people affected by Alzheimer's disease. *Animals*, *11*(5), 1366. https://doi.org/10.3390/ani11051366

Rodrigo-Claverol, M., Malla-Clua, B., Marquilles-Bonet, C., Sol, J., Jové-Naval, J., Sole-Pujol, M., et Ortega-Bravo, M. (2020). Animal-assisted therapy improves communication and mobility among institutionalized people with cognitive impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5899. https://doi.org/10.3390/ijerph17165899

© Isabelle Linteau, 2026

Travers, C., Perkins, J., Rand, J., Bartlett, H., et Morton, J. (2013). An evaluation of dog-assisted therapy for residents of aged care facilities with dementia. *Anthrozoös, 26*(2), 213–225. https://doi.org/10.2752/175303713X13636846944169

Valentí Soler, M., Agüera-Ortiz, L., Olazarán Rodríguez, J., Mendoza Rebolledo, C., Pérez Muñoz, A., Rodríguez Pérez, I., Osa Ruiz, E., Barrios Sánchez, A., Herrero Cano, V., Carrasco Chillón, L., Felipe Ruiz, S., López Alvarez, J., León Salas, B., Cañas Plaza, J. M., Martín Rico, F., Abella Dago, G., et Martínez Martín, P. (2015). Social robots in advanced dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience, 7*, 133. https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00133

Vegue Parra, E., Hernández Garre, J. M., et Echevarría Pérez, P. (2021). Benefits of dog-assisted therapy in patients with dementia residing in aged care centers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(4), 1471. https://doi.org/10.3390/ijerph18041471

Vegue Parra, E., Hernández Garre, J. M., et Echevarría Pérez, P. (2022). Impact of dog-assisted therapy for institutionalized patients with dementia: A controlled clinical trial. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 28*(1), 26–31.

Wang, S., Li, K., Peng, X., Xue, Y., Liang, L., Shen, Q., Chen, Y., et Wu, C. (2026). The efficacy of reminiscence therapy on the cognition of older patients with cognitive impairment or dementia: A meta-analysis based on regulatory factors. *Aging Clinical and Experimental Research, 38*, 45. https://doi.org/10.1007/s40520-025-03300-4

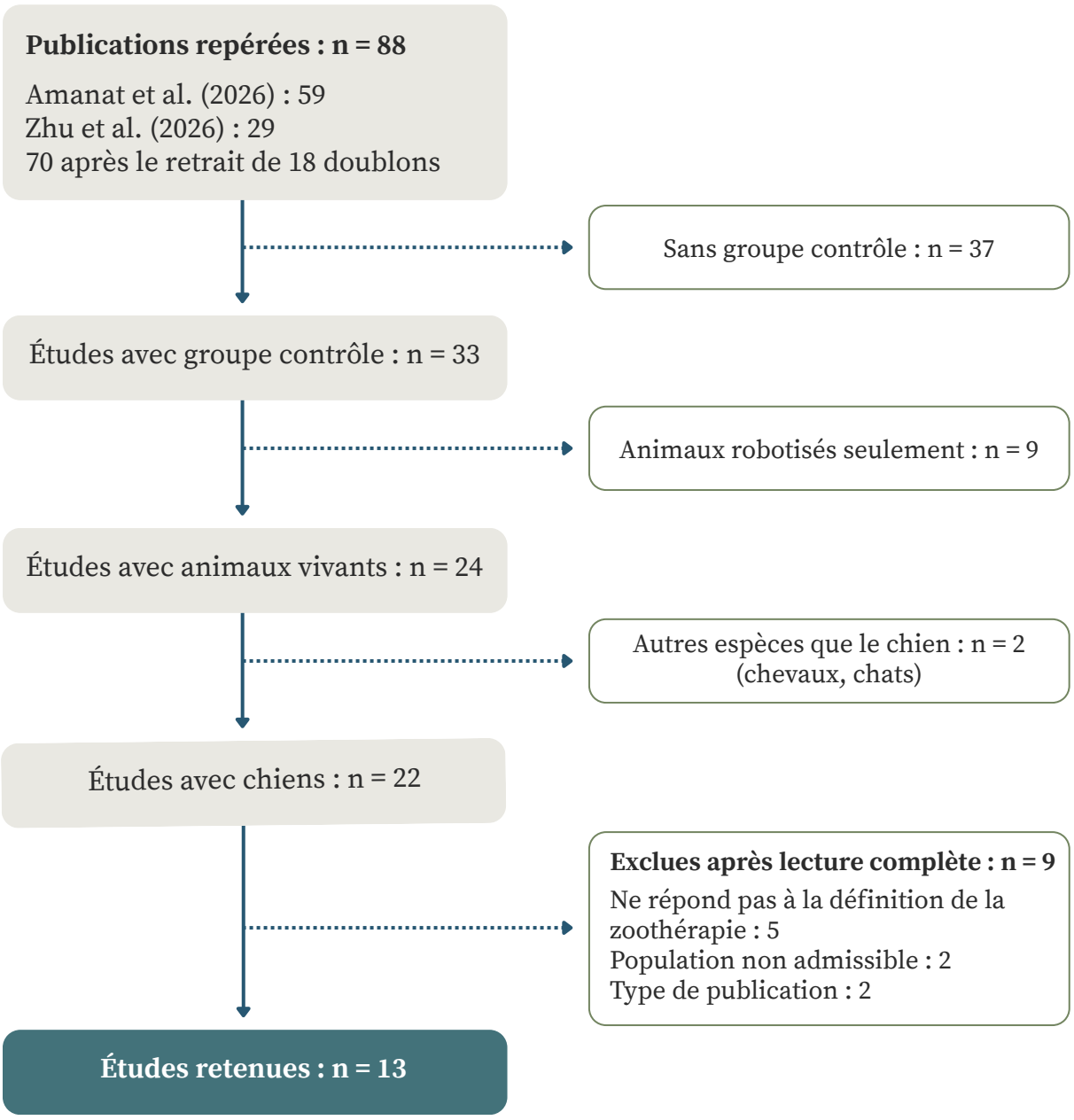
Wesenberg, S., Mueller, C., Nestmann, F., et Holthoff-Detto, V. (2019). Effects of an animal-assisted intervention on social behaviour, emotions, and behavioural and psychological symptoms in nursing home residents with dementia. *Psychogeriatrics, 19*(3), 219–227. https://doi.org/10.1111/psyg.12385

Zhu, Q., Zhang, H., Zhao, H., Lu, J., Su, S., et Zheng, Z. (2026). Effectiveness of animal-assisted therapy for dementia patients: An evidence mapping of randomized controlled trials, systematic reviews, and meta-analyses. *Complementary Therapies in Medicine, 98*, 103357. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2026.103357

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 1. Diagramme de sélection des études issues des revues systématiques

Sur 70 publications, 13 études répondent aux critères



© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 2. Caractéristiques des études retenues

Auteurs / Pays	Devis	Temps de mesure	Nombre de participants	Sexe	Âge[1]	Diagnostic	Milieu
Baek et al., 2020 Corée du Sud	Étude quasi-expérimentale	Avant, après 4 et 8 semaines	N = 28 GZ : n = 14 GC : n = 14	22 H 6 F	GZ : 82,3 ans GC : 82,1 ans	Démence modérée	Deux hôpitaux (patients hospitalisés depuis 2,6 ans en moyenne)
Bono et al., 2015 Italie	ECR	Avant et après l'intervention (8 mois)	N = 24 GZ : n = 12 GC : n = 12	8 H 16 F	GZ : 82,1 ans GC : 78,3 ans	Alzheimer, stade léger	Clinique de la mémoire (suivi externe)
Briones et al., 2021 Espagne	ECR	Avant et après l'intervention (9 mois)	N = 34 GZ : n = 16 GC : n = 18	9 H 25 F	88,7 ans	Atteinte cognitive légère à modérée	Centre d'hébergement public
Friedmann et al., 2015 États-Unis	ECR (randomisation par résidence)	Avant l'intervention, puis à la fin de chaque mois (3 mois)	N = 40 GZ : n = 22 GC : n = 18	11 H 29 F	80,7 ans	Atteinte cognitive légère à modérée	Résidences pour aînés
Majić et al., 2013 Allemagne	Étude cas-témoins appariée	Avant et après l'intervention (10 semaines)	N = 54 GZ : n = 27 GC : n = 27	16 H 38 F	81,7 ans	Démence modérée à sévère (MMSE moyen d'environ 7)	Centres d'hébergement
Menna et al., 2016 Italie	Étude contrôlée non randomisée	Avant et après l'intervention (6 mois)	N = 50 GZ : n = 20 GC : n = 30[2]	13 H 37 F	75 ans	Alzheimer, stade léger à modéré	Centre de jour

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 2. Caractéristiques des études retenues (suite)

Auteurs / Pays	Devis	Temps de mesure	Nombre de participants	Sexe	Âge[1]	Diagnostic	Milieu
Quintavalla et al., 2021 Italie	Étude contrôlée (randomisation peu décrite)	Avant, après, et 2 mois après la fin de l'intervention	N = 40 GZ : n = 30 GC : n = 10	11 H 29 F	60 à plus de 90 ans[3]	Alzheimer, stade modéré à sévère	Centre de jour
Rodrigo-Claverol et al., 2020 Espagne	Étude contrôlée non randomisée	Avant et après l'intervention (12 semaines)	N = 46 GZ : n = 23 GC : n = 23	11 H 35 F	85 ans (médiane)	Atteinte cognitive légère à sévère (67 % au stade sévère)	Centres d'hébergement
Travers et al., 2013 Australie	ECR	Avant et après l'intervention (11 semaines)	N = 55 GZ : n = 27 GC : n = 28	12 H 43 F	GZ : 84,9 ans GC : 85,1 ans	Démence légère à modérée	Centres d'hébergement
Valentí Soler et al., 2015 Espagne	ECR (randomisation par unité de vie)	Avant et après l'intervention (3 mois)	N = 68 GZ : n = 36 GC : n = 32 (au départ)[4]	Non rapporté par groupe[4]	Non rapporté par groupe[4]	Démence modérée à sévère (surtout Alzheimer)	Centre d'hébergement public
Vegue Parra et al., 2021 Espagne	ECR	Avant, après 4 et 8 mois	N = 334 GZ : n = 171 GC : n = 163	75 H 259 F	Non précisé (65 ans et plus)	Démence (54 % de type Alzheimer)	Centres d'hébergement
Vegue Parra et al., 2022 Espagne	Étude contrôlée non randomisée	Avant et après l'intervention (6 mois)	N = 14 GZ : n = 7 GC : n = 7[5]	4 H 10 F[5]	GZ : 83,4 ans GC : 86,0 ans	Démence légère à modérée (MMSE moyen d'environ 17)	Centre d'hébergement

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 2. Caractéristiques des études retenues (fin)

Auteurs / Pays	Devis	Temps de mesure	Nombre de participants	Sexe	Âge[1]	Diagnostic	Milieu
Wesenberg et al., 2019 Allemagne	Étude intra-sujet	Début, 3 et 6 mois	N = 17[6]	4 H 13 F	85,7 ans	Démence (Alzheimer et/ou vasculaire), stade modéré à modérément sévère	Centres d'hébergement

[1] Âge moyen, sauf une exception indiquée entre parenthèses

[2] 20 participants recevant le même programme d'orientation à la réalité sans chien, et 10 recevant les soins habituels.

[3] Moyenne non précisée; la majorité des participants ont entre 70 et 89 ans.

[4] Étude à trois groupes; le groupe recevant un robot (PARO, n = 42) n'est pas présenté. Le sexe et l'âge ne sont rapportés que pour l'ensemble des 110 participants (90 % de femmes; âge moyen de 84,7 ans).

[5] Un troisième groupe de 7 personnes sans démence n'est pas présenté. La répartition selon le sexe diffère entre deux tableaux de l'article; les données du tableau des caractéristiques de départ sont rapportées.

[6] Les mêmes participants ont reçu les deux conditions (avec et sans chien).

ECR = Essai contrôlé randomisé ; GZ = groupe recevant la zoothérapie canine ; GC = groupe contrôle (c.-à-d. recevant le traitement usuel et/ou une autre forme d'intervention)

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 3. Description des interventions

Étude	Intervenants	Chiens	Format / Fréquence	Durée du programme	Contenu (dimensions)	Comparateur
Baek et al., 2020	Psychologues en médiation animale, avec un responsable des chiens	Nombre non rapporté; chiens sélectionnés (tests d'aptitude)	Groupe 2 × 60 min par semaine	8 semaines (16 séances)	Relation et confiance avec le chien, interactions, stabilité émotionnelle, fonctions cognitives, SCPD et humeur dépressive, fonctions physiques, sensibilité	Soins habituels
Bono et al., 2015	« Tuteurs » des chiens (projet Ghibli); formation non décrite	4 chiens sélectionnés par un comité vétérinaire	Individuel 2 × 60 min par semaine	8 mois	Stimulation cognitive (orientation, mémoire), communication, motricité, bien-être et divertissement	Suivi à domicile au même rythme
Briones et al., 2021	Techniciens en zoothérapie	2 chiens expérimentés en zoothérapie; sélection et entraînement non rapportés	Groupe 1 × 50 min par semaine	9 mois	Fonctions cognitives, motricité, relations sociales	Soins habituels
Friedmann et al., 2015	Infirmière praticienne; formation en zoothérapie non décrite	1 chien habitué aux visites; sélection et entraînement non rapportés	Groupe 2 × 60 à 90 min par semaine	12 semaines	Activités de la vie quotidienne, motricité fine, amplitude des mouvements, séquençage, interactions sociales	Thérapie par réminiscence (même intervenante, même horaire)
Majić et al., 2013	Guides d'un centre de thérapie assistée par le chien; formation non décrite	2 border collies éduqués	Individuel 1 × 45 min maximum par semaine	10 semaines	Divertissement, interaction sociale, activation	Soins habituels

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 3. Description des interventions (suite)

Étude	Intervenants	Chiens	Format / Fréquence	Durée du programme	Contenu (dimensions)	Comparateur
Menna et al., 2016	Zoothérapeute et psychothérapeute, avec la contribution d'un vétérinaire	1 labrador formé	Groupe 1 × 45 min par semaine	6 mois	Orientation, mémoire, langage (thérapie d'orientation à la réalité adaptée avec le chien)	Même programme sans chien; soins habituels
Quintavalla et al., 2021	Intervenants en IAA	3 chiens certifiés aptes aux IAA; évaluation du comportement par un vétérinaire	Groupes de 3 2 × 30 min par semaine	12 semaines	Relation avec le chien, fonctions cognitives (mémoire, concentration, dénomination), motricité, divertissement (objectifs définis pour chaque semaine)	Soins habituels
Rodrigo-Claverol et al., 2020	Deux infirmières animent; une médecin de famille formée en zoothérapie y participe, responsable du chien et de ses interactions avec les patients	1 berger allemand sélectionné et entraîné	Groupes de 6 1 × 60 min par semaine	12 semaines	Marche et équilibre, y compris des gestes de la vie quotidienne; communication entre participants (un thème de discussion à chaque séance)	Même programme sans chien
Travers et al., 2013	Une intervenante à la fois vétérinaire et infirmière psychiatrique, formée en thérapie récréative	3 chiens de l'intervenante, un seul par séance (en rotation); 2 accrédités par la Delta Society, 1 par l'intervenante	Groupes d'environ 10 2 ou 3 × 40 à 50 min par semaine	11 semaines	Non rapportées explicitement, mais le contenu des séances suggère la stimulation cognitive (langage, mémoire), la réminiscence et les interactions sociales	Même format, avec un objet à la place du chien

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 3. Description des interventions (suite)

Étude	Intervenants	Chiens	Format / Fréquence	Durée du programme	Contenu (dimensions)	Comparateur
Valentí Soler et al., 2015	Ergothérapeutes, physiothérapeutes et neuropsychologues du centre, formés au travail avec l'animal; des zoothérapeutes observaient les séances à l'écart, sans y participer	2 labradors entraînés pour la thérapie, chacun dans la moitié des séances	Groupe (9 à 15) aux stades plus légers; Individuel aux stades avancés; 2 × 30 à 40 min par semaine	3 mois	Fonctions cognitives (mémoire, langage, calcul, praxies), motricité, stimulation sensorielle	Même programme sans chien
Vegue Parra et al., 2021	Techniciens en zoothérapie ayant reçu la même formation	Un chien par groupe, avec son technicien; nombre total non rapporté; chiens sélectionnés et entraînés	Groupes de 10 1 × 45 min par semaine	8 mois	Fonctions cognitives (mémoire, langage, attention, orientation), dimension affective (émotions positives, relations sociales), comportement (participation, tour de rôle, gestion de la frustration), motricité (programme d'activation pour la démence)	Soins habituels
Vegue Parra et al., 2022	Ergothérapeute du centre et technicien en zoothérapie formé	1 chien (3 ans d'expérience en zoothérapie; tests de tempérament et de santé)	2 × 45 min par semaine : - une séance en grand groupe (14); - une séance en petit groupe (7).	6 mois	**Grand groupe :** stimulation émotionnelle, lien avec l'environnement, motivation, attention, participation, socialisation **Petit groupe :** stimulation sensorielle, cognitive, fonctionnelle et émotionnelle, maîtrise du comportement	Soins habituels (ergothérapie, physiothérapie)

© Isabelle Linteau, 2026

Annexe 3. Description des interventions (fin)

Étude	Intervenants	Chiens	Format / Fréquence	Durée du programme	Contenu (dimensions)	Comparateur
Wesenberg et al., 2019	Propriétaires de chiens bénévoles, avec une formation de 100 heures en IAA	Un chien par séance, avec son maître; au moins 6 chiens (6 races mentionnées); aptitude évaluée par un vétérinaire et un « dog therapist »	Groupes de 5 1 × 45 min par semaine	6 mois	Émotions, fonctions cognitives, relations sociales, motricité (programme manualisé)	Même programme sans chien

IAA = intervention assistée par l'animal

© Isabelle Linteau, 2026