



HAL
open science

La médiation animale : un outil de la prise en charge ergothérapeutique des troubles du spectre autistique

Coralie Mellard

► **To cite this version:**

Coralie Mellard. La médiation animale : un outil de la prise en charge ergothérapeutique des troubles du spectre autistique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02024724

HAL Id: dumas-02024724

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024724>

Submitted on 19 Feb 2019

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

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

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE

MELLARD
Coralie

UE 6.5 : Mémoire d'initiation à la recherche
28 Mai 2018

La médiation animale : un outil de la prise en charge ergothérapique des troubles du spectre autistique

REMERCIEMENTS

«Sous la direction de Alice JEDRZEJCZAK-REY, ergothérapeute en libéral spécialisée en Médiation animale, maitre de mémoire ».

Je tiens tout d'abord à remercier Alice JEDRZEJCZAK-REY, ma directrice de mémoire, pour son remarquable accompagnement, ses précieux conseils et sa grande disponibilité tout au long de ce travail.

Je tiens également à remercier les 4 Ergothérapeutes qui ont pris le temps de répondre à mes questions, qui m'ont fait part de leur expérience, à travers leur entretien.

Je remercie les différents intervenants et formateurs de l'IUFE d'Auvergne pour leur accompagnement sur ces trois années d'études, qui m'ont enrichie tant professionnellement que personnellement.

Mes remerciements vont également à Christelle, pour son écoute, son soutien, et ses chocos.

J'adresse à toute la promotion 2015-2018 mes remerciements, et tout particulièrement à Delphine G. et Laurène G. mon trinôme tout au long de ces trois ans, pour leur présence, leur bonne humeur, pour toutes ces révisions de partiels, et ces bons moments passés ensemble.

Enfin, je remercie tout particulièrement mes parents et ma famille, pour m'avoir soutenue, supportée, pour avoir cru en moi et pour leur soutien sans failles tout au long de cette formation.

SOMMAIRE

Introduction	2
Problématique pratique	4
1. Troubles du spectre autistique.....	4
2. Rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes d'un TSA.....	9
3. Médiation animale	14
4. Enquête exploratoire.....	18
Problématique théorique.....	21
1. Modèle de l'occupation Humaine (MOH)	21
2. Potentiel thérapeutique	24
3. Interactions sociales.....	27
Méthodologie.....	29
1. Choix de la méthode et de l'outil	29
2. Choix de la population.....	29
3. Outils de l'enquête	30
Analyse des Résultats.....	32
1. Analyse longitudinale	32
2. Analyse transversale.....	40
Discussion.....	45
1. Confrontation des résultats avec la problématique théorique	45
2. Éléments de réponse à la question de recherche	47
3. Limite de l'étude.....	49
4. Perspective de travail.....	51
5. Apport personnel	51
Conclusion	53
Bibliographie	55
Annexes	

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2017), les troubles du spectre autistique (TSA) touchent au niveau mondial environ un enfant sur cent soixante, soit environ soixante-sept millions d'autistes dans le monde. En France, d'après la stratégie nationale pour l'autisme (2018), les troubles du spectre autistique touchent environ un enfant sur cent, soit chaque année 7500 naissances d'enfants TSA. Cette pathologie entraînant une restriction des activités humaines, nous sommes donc amenés en ergothérapie à rencontrer cette pathologie lors de notre pratique.

Durant mon enfance, j'ai de nombreuses fois été en contact, et confrontée à des enfants présentant un TSA. J'ai toujours été intriguée et fascinée par le fonctionnement de ces enfants et leur façon de communiquer et d'interagir avec les autres (humains et animaux). À plusieurs reprises, j'ai pu remarquer que ces enfants ne liant pas facilement le contact avec l'humain étaient plus enclins à aller vers le contact avec l'animal. J'ai pu par exemple observer le changement radical de comportement d'un enfant atteint d'autisme : il adoptait un comportement calme et doux face à un lapin qui lui avait été confié alors que quelques minutes auparavant, il était agité et agressif envers lui-même et son accompagnante.

De multiples thérapies permettent de stimuler et d'optimiser les capacités des personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique. Parmi elles, l'ergothérapie a toute sa place, puisqu'elle peut permettre l'amélioration de leur autonomie, et leur indépendance. Pour atteindre tous ces objectifs, l'ergothérapeute utilise l'activité comme médiation.

Depuis quelques années, l'animal est de plus en plus utilisé en médiation dans les secteurs de soins. Cette médiation qui consiste à proposer une activité faisant intervenir un animal, se fonde sur la relation homme-animal et sur les bénéfices du contact animal. Durant un de mes stages, j'ai pu entrevoir les bienfaits de la médiation animale sur une population de personnes âgées avec des troubles de la communication et/ou des troubles du comportement. Je me suis donc interrogée sur la possibilité d'intégrer la médiation animale dans la prise en charge ergothérapeutique d'enfants présentant un TSA.

Ma question d'étude est donc : **En quoi la médiation animale peut-elle s'intégrer dans une prise en charge ergothérapique d'enfant présentant un trouble du spectre autistique ?**

Dans un premier temps à travers l'élaboration de la problématique pratique, je vais réaliser un état des connaissances des éléments définissant mon sujet de mémoire c'est-à-dire les troubles du spectre autistique, la prise en charge ergothérapique de ces troubles et la médiation animale.

Ce recueil d'informations me permettra d'élaborer une question de recherche. Je développerai ensuite les théories et concepts sur lesquels s'appuiera mon étude, afin de construire un cadre scientifique et élaborer une méthode de recherche.

Enfin, je présenterai et analyserai les résultats obtenus afin d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche. Puis pour finir, j'effectuerai une analyse réflexive de mon travail, incluant, les limites, les perspectives, et ses apports.

PROBLEMATIQUE PRATIQUE

1. Troubles du spectre autistique

1.1. Terminologie

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des troubles neuro-développementaux, qui affectent le développement de l'enfant. Ces troubles présentent une grande variabilité interindividuelle et intra-individuelle. Selon les personnes atteintes par cette pathologie les manifestations sont semblables, en revanche le nombre, le type de symptômes, leur degré de gravité, et l'âge de leur apparition varient d'une personne à l'autre (Haute Autorité de Santé; Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et des Services sociaux et Médico-sociaux, 2012).

La classification et le diagnostic des troubles du spectre autistique sont par ailleurs en constante évolution. Dans les années 90 elle fut nommée par la dixième édition de la classification internationale des maladies (CIM-10[®]) par le terme trouble envahissant du développement (TED). Ces TED sont caractérisés par : « des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif » (Haute Autorité de Santé, 2010).

Cette terminologie de trouble envahissant du développement (TED) fut également utilisée par la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV[®]) publié en 1994. Cette terminologie dans cette classification regroupe les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS), le trouble désintégratif de l'enfance et le syndrome de Rett. En 2013 est sortie en version américaine, la cinquième édition du DSM (DSM-V[®]). Cette nouvelle version du DSM a défini le terme de trouble du spectre autistique (TSA) en se basant sur la notion de trouble envahissant du développement du DSM-IV[®]. Ces TSA sont définis par cette classification par un trouble de la communication sociale, avec des comportements restreints, et répétitifs.

Cette nouvelle édition du DSM, et sa définition du terme de TSA ont pour vocation de globaliser et d'effacer les distinctions entre les pathologies définies par le DSM-IV[®] qui sont les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, et les troubles envahissants du développement non spécifié. Une des grandes nouveautés de ce DSM-V[®] est le regroupement des atteintes des interactions sociales et de la communication sous le terme de « *trouble de la communication sociale* ». Ce terme s'applique aux personnes ayant des troubles de communication sociale verbale et non verbale, entraînant des limitations dans la participation sociale et la réussite scolaire ou la performance au travail. Dans cette classification apparaît aussi la mention de spécificités sensorielles qui sont l'hyposensibilité et l'hypersensibilité, dans la catégorie du comportement. (American psychiatric association, 2015). Les critères du DSM-V[®] permettent de préciser premièrement l'intensité du TSA, selon trois niveaux d'aide requis au fonctionnement de la personne. Puis dans un second temps de spécifier si le TSA est associé à un déficit intellectuel, une altération du langage, une pathologie médicale ou génétique connue ou un facteur environnemental, un autre trouble développemental, mental ou comportemental, ou catatonie ».

Le DSM-V[®] et la classification internationale des maladies sont les deux classifications médicales (CIM-10[®]) les plus communes. La classification médicale recommandée en France a été depuis 2005 la CIM-10[®], dans l'attente d'une onzième version. La classification la plus récente et la mieux actualisée est aujourd'hui le DSM-V[®]. Cette classification de troubles du spectre autistique est aussi la classification utilisée dans la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. Je vais donc utiliser dans ce travail d'initiation à la recherche la classification du DSM-V[®] et sa terminologie de trouble du spectre autistique.

1.2. Étiologie et diagnostic

Aujourd'hui, les troubles du spectre autistique sont toujours d'origine inconnue. Actuellement, l'état de la recherche permet de statuer sur l'aspect multifactoriel de son étiologie. Certaines études menées aux rangs mondiaux supposent qu'il y aurait des facteurs environnementaux et génétiques de prédisposition, cependant aucune cause n'a réellement été démontrée (Mayada & McBreen, 2012).

Le diagnostic de cette pathologie doit être précoce, et est possible dès l'âge de 18 mois. Ce diagnostic est clinique dans la mesure où il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueurs biologiques ni de cause déterminée. Il repose sur plusieurs signes cliniques observables et se déroule en étapes successives. Ces étapes sont le repérage individuel des troubles par un médecin, la confirmation du diagnostic par la validation des critères diagnostic, l'évaluation du fonctionnement, et enfin le suivi de l'évolution par une évaluation régulière du fonctionnement de l'individu, de ses compétences et difficultés. En parallèle de ce diagnostic, une recherche de maladies associées est réalisée (Haute Autorité de Santé, 2010). À ce jour, il n'existe aucun traitement permettant de traiter les troubles du spectre autistique en tant que tels. En revanche certaines interventions précoces, telles que l'ergothérapie, permettent des améliorations au niveau de la communication, de l'autonomie, de l'indépendance, du comportement et des capacités intellectuelles (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

1.3. Épidémiologie

Depuis environ une cinquantaine d'années, il semblerait que la prévalence des troubles du spectre autistique augmente à l'échelle mondiale. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par un plus grand nombre de diagnostics posés, dû à une plus grande sensibilisation au problème de l'autisme, mais aussi par l'élargissement des critères de diagnostic, en 1994 grâce aux DSM-V® qui a regroupé plusieurs pathologies sous une même terminologie. Le perfectionnement des outils diagnostiques, et le développement des services spécialisés en seraient aussi la cause. Les TSA se déclarent généralement au cours des cinq premières années de l'enfant. Ils touchent préférentiellement les garçons avec un sex-ratio de quatre garçons pour une fille (Haute Autorité de Santé, 2010).

Les TSA sont généralement associés à de nombreuses comorbidités. Ils peuvent premièrement être associés à des syndromes génétiques tels que le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Williams Beureun, le syndrome de Prader-Wili, le syndrome d'Angelman, ou la trisomie (Haute Autorité de Santé, 2010). Ils peuvent aussi être associés, à des troubles neurologiques, métaboliques ou psychiques, tels que la déficience intellectuelle, l'épilepsie, les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles du sommeil ou de l'alimentation, la dépression, etc. (American psychiatric association, 2015).

1.4. Sémiologie

Pour que le diagnostic de trouble du spectre autistique soit posé, il faut que les symptômes décrits par la classification soient présents dans la période précoce de développement de l'enfant. Le DSM-V[®] a, lors de sa publication, défini les critères de la dyade autistique :

- Trouble de la communication sociale (communication et interaction sociale altérées).
- Modes répétitifs et restreints de comportements, d'intérêts ou d'activités.

1.4.1. Altération de la communication et des interactions sociales

Le déficit persistant de la communication et des interactions sociales se manifeste généralement par une altération de l'établissement de relations égalitaires (réciprocité) sociale ou émotionnelle. Ce déficit s'exprime par une anomalie de l'approche sociale, une incapacité à initier des interactions sociales ou d'y répondre, mais aussi une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale. La personne atteinte de TSA aura aussi des difficultés à s'intéresser à ses pairs notamment au niveau des intérêts, et à partager les émotions et les affects d'autrui. Les personnes atteintes par un trouble du spectre autistique expriment généralement un déficit propre au niveau de la communication qui se traduit le plus souvent par un retard ou une absence de langage oral.

Lorsqu'une personne TSA s'exprime oralement, le plus souvent, elle utilise le langage de façon écholalique, ou avec un répertoire de mots limités. L'écholalie est la tendance à répéter de façon spontanée, involontaire et systématique les derniers mots, sons, ou phrases prononcés par un autre interlocuteur. Chez les enfants autistes, l'écholalie est parfois vue comme un comportement transitoire, menant vers une communication plus fonctionnelle. Dans le cas où le langage serait présent, et développé, ces personnes auront du mal à percevoir les messages implicites tels que l'ironie, les sous-entendus, le sarcasme, et le langage non verbal (gestes, mimiques faciales).

1.4.2. Comportements, intérêts et activités restreints et répétitifs

Le DSM-V[®] (American psychiatric association, 2015) attribue aux TSA un répertoire d'activités et des comportements restreints et répétitifs. Le répertoire d'activités et les centres d'intérêt des TSA sont majoritairement restreints, soit dans leur intensité, soit dans

leurs buts. Par exemple, ils développent un attachement ou des préoccupations à des objets insolites, et des intérêts persévérants. La personne atteinte de TSA montre généralement une intolérance face au changement de son environnement. Elle montre aussi parfois une adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés.

Un changement même insignifiant pourra déclencher des sentiments de colère, d'angoisse, ou des comportements inadaptés. Ces comportements inadaptés sont très souvent observés chez les TSA. Par exemple, une étude américaine a suivi cent dix-huit enfants présentant un TSA pendant huit ans (Volkmar, 2013). Cette étude a relevé que 73,5% des patients de l'étude ont exprimé des problèmes de comportement à un moment ou à un autre durant l'étude. Ces troubles du comportement recensés sont les suivants : les agressions physiques, l'automutilation, la destruction de matériel, les crises de colère, la fuite, l'opposition, la non-acceptation de l'échec ou d'avoir tort, et être menaçant. Des mouvements moteurs stéréotypés et répétitifs peuvent également apparaître, comme les battements des bras, et/ou les balancements de tout le corps.

1.4.3. Troubles associés

D'après le DSM-V®, les personnes atteintes d'un TSA seraient aussi sujettes à des troubles de la planification, de l'organisation, de la coordination œil-main, et de la motricité (American psychiatric association, 2015). Cette pathologie comprend aussi des troubles de l'intégration et de l'adaptation sensorielle. Ce mauvais traitement des informations environnementales et sociales serait l'origine des troubles de la communication et des interactions sociales (Centelles, Etchegoyhen, Bouvard, & Schmitz, 2012). Il est aussi dit que l'on retrouve dans la majorité des troubles du spectre autistique, une altération de la théorie de l'esprit et de la cohérence centrale.

La théorie de l'esprit est la capacité de prédire ou d'expliquer le comportement d'autrui sur la base des états mentaux qu'on lui prête. Il semblerait que les patients atteints d'un trouble du spectre autistique présentent un déficit au niveau de cette théorie. Ce déficit serait lié à des troubles de l'attention conjointe et serait responsable de perturbation des relations sociales.

La cohérence centrale est la capacité qui permet d'extraire les stimuli significatifs parmi un ensemble de stimuli perçus. Les individus sans troubles interprètent les stimuli de manière globale, en tenant compte du contexte. Les personnes atteintes d'un trouble du spectre autisme ont davantage tendance à voir le monde de façon fragmentée (Ranoux, 2009).

2. Rôle de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes d'un TSA

2.1. Définition de l'ergothérapie

Le terme ergothérapie provient du grec « ergon » qui signifie travail et « therapeia » qui veut dire thérapie (cure). L'ergothérapeute se sert dans sa pratique professionnelle de l'activité pour favoriser l'indépendance et l'autonomie d'une personne en situation de handicap. Dans le référentiel de compétence de l'ergothérapeute, il est dit que ce professionnel met en œuvre et conduit « des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie ».

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2016) dit que le fondement de l'ergothérapie est de : « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* ».

2.2. Recommandations

Suite au plan autisme de 2008-2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'agence nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et des Services sociaux et médico-sociaux (2012) se sont vues charger d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques à visée des professionnels de santé et des secteurs médico-sociaux. Dans ce document, il a été préconisé des interventions personnalisées, globales et coordonnées, débutantes avant quatre ans. Celles-ci doivent être fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale dont leur efficacité ou l'expérience professionnelle présente certains critères.

L'ergothérapeute est cité d'après la HAS comme un intervenant préférentiel dans la rééducation, ou la réadaptation des troubles liés aux domaines des activités de vie quotidienne, de l'autonomie personnelle et sociale, et des apprentissages spécifiques. L'ergothérapeute intervient sur les lieux où sont prises en charge les personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique, mais aussi sur leur lieu de vie. Il est aussi cité dans la stratégie nationale pour l'autisme (2018) comme intervenant paramédical de première ligne dans le repérage, le diagnostic, et le suivi des troubles du spectre autistique.

En décembre 2017, la cour des comptes a dans son rapport d'évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme évoqué que cinq pour cent des familles de personnes autistes ont déjà consulté un ergothérapeute libéral (Cour des comptes, 2017). L'ergothérapeute base sa prise en charge sur les recommandations de bonnes pratiques, les techniques, les principes de prise en charge recommandés et conseillés par la HAS, et les différents plans autismes.

2.3. Champs d'action de l'ergothérapeute

Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) placent l'ergothérapeute comme acteur de prise en charge de l'autisme et des troubles envahissants du développement (Haute Autorité de Santé; Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et des Services sociaux et Médico-sociaux, 2012). Les TSA étant une pathologie se déclarant dans la petite enfance, l'ergothérapeute va donc intervenir précocement, afin de permettre à l'enfant de développer et d'acquérir des compétences lui permettant de gagner en autonomie et en indépendance. L'ergothérapeute va évaluer les différents domaines de compétence de la personne atteinte d'un TSA puis axer sa prise en charge en conséquence. Il travaillera ensuite avec la personne sur les points déficitaires. D'après les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM (2012), les domaines pris en charge chez les personnes atteintes d'un TSA sont le plus souvent :

- **Le domaine moteur** : la prise en charge sera axée sur les troubles de l'acquisition de la motricité globale (coordination, équilibre, posture...), de la motricité fine, de la coordination visuo-motrice, des praxies et des gnosies. L'objectif sera de favoriser ou de développer les capacités des sous-domaines précédemment cités.

- Le domaine sensoriel : la prise en charge sera axée sur les particularités sensorielles liées au TSA. L'objectif sera de stimuler ou de désensibiliser le patient afin de favoriser une juste interprétation des informations sensorielles. Ces capacités impactant généralement les activités de vie quotidienne et les apprentissages scolaires. L'ergothérapeute sera aussi en mesure de conseiller des aménagements de l'environnement favorisant un niveau de stimulations suffisant, ou limitant les surstimulations.
- Le domaine cognitif : la prise en charge sera axée sur les fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire, la planification, la structuration et la représentation temporo-spatiale. Les objectifs de prise en charge pourront être de favoriser le maintien de l'attention et permettre aux enfants TSA, de solliciter plus facilement leur mémoire lorsque cela est nécessaire. Pour les capacités de planification l'objectif sera de favoriser l'indépendance et l'autonomie dans l'organisation et la planification des différents temps de la journée. Pour la structuration temporo-spatiale, le but sera de permettre aux enfants TSA, de visualiser le temps qui passe (emploi du temps, minuteur...) et l'endroit qui lui est associé (temps pour travailler dans la classe : bureau, temps pour jouer : dans la cour ou le salon...). Enfin, pour les capacités visuospatiales, l'objectif sera de permettre aux enfants de repérer et traiter visuellement les informations pertinentes, et d'effectuer plus facilement les stratégies visuelles et d'organisation dans l'espace.
- Le domaine de la communication et du langage : la prise en charge sera axée sur les capacités de communication et/ou les moyens de communication, etc. En effet, en complément de l'intervention de l'orthophoniste, l'objectif sera de favoriser ou de développer les capacités de communication. L'ergothérapeute pourra en collaboration avec d'autres professionnels mettre en place des outils de compensation tels que l'utilisation de pictogrammes ou de synthèse vocale.
- Le domaine des émotions et des comportements : en ergothérapie, l'identification des intérêts spécifiques des enfants TSA sera prise en compte dans le choix des moyens de prise en charge.

- Le domaine de l'environnement matériel : L'objectif sera de s'assurer de la disponibilité et de la cohérence des repères environnementaux dans la vie de l'enfant TSA, et si besoin de les mettre en place.
- Le domaine des apprentissages scolaires : l'objectif sera de rendre accessible le milieu scolaire par des adaptations et structurations des supports et moyens d'apprentissages. Mais aussi de développer le graphisme en favorisant la prise de notes par la tenue du crayon, et d'automatiser et/ou d'améliorer les capacités d'écriture. Ou bien, de mettre en place un outil palliant le graphisme tel que l'ordinateur. Cet outil sera alors adapté en fonction des capacités et des besoins de la personne par exemple avec des logiciels et/ou adaptation du clavier.
- Le domaine de l'autonomie et l'indépendance dans les activités de vie quotidienne : l'objectif sera de favoriser l'indépendance et l'autonomie dans l'entretien personnel (habillage, soins personnels, toilette, alimentation...), la vie domestique (préparer un repas, faire le ménage, tâche domestique...), la vie communautaire (participer aux activités de loisir, citoyennes et sociales).

Une enquête américaine a démontré que les traitements les plus fréquemment utilisés dans la prise en charge des TSA étaient les programmes d'éducation individualisés, et les traitements ergothérapeutiques et orthophoniques (Becerra, et al., 2017). En 2012, en Australie, les méthodes de prise en charge les plus répandues étaient basées sur les théories de l'intégration sensorielle et du traitement sensoriel. En suivant ces théories, les ergothérapeutes travaillaient à court terme sur la résolution de problèmes, l'amélioration des capacités d'attention, de concentration, de communication, des compétences sociales, mais aussi sur l'amélioration des capacités physiques (Kadar, McDonald, & Lentin, 2012). Aux États-Unis, un cas clinique a suggéré que ces techniques pratiquées intensivement permettaient un meilleur traitement sensoriel, une amélioration des praxies, et favorisaient la participation aux activités familiales, et scolaires (Schaaf, Hunt, & Benevides, 2012).

2.4. Méthodes d'accompagnement recommandées

D'après la HAS, (2012) et l'association nationale « Autisme France » (Autisme France; Autistes dans la Cité, 2012) les méthodes de prise en charge des troubles du spectre autistique recommandées sont les méthodes ABA et PECS, le programme TEACCH, le modèle d'intervention de DENVER, et l'intégration sensorielle.

La méthode ABA qui signifie Applied Behavioral Analysis, est une méthode comportementale qualifiée d'analyse appliquée du comportement. Cette intervention intensive fut créée par Ivar Lovaas dans les années 60 et « *vise à favoriser des comportements adaptés, et diminuer des comportements jugés socialement inappropriés* ». Cette intervention a pour objectif de favoriser l'intégration dans la société par l'augmentation d'habiletés telles que l'autonomie personnelle, l'attention, le langage réceptif et expressif, les habiletés pré-académiques. Cette technique est fondée sur une approche de conditionnement, qui est elle-même basée sur une directive d'action aboutissant à un comportement, entraînant lui-même à une conséquence par un renforcement positif ou négatif (Dechambre, 2009).

La méthode PECS signifiant Picture Exchange Communication Système (système de communication par échange d'images) est une méthode permettant de mettre en place une communication fonctionnelle par l'utilisation de pictogrammes. Cette méthode a pour objectif de favoriser l'initiation d'une communication spontanée et de développer des compétences communicatives. On apprend à l'enfant à donner à son interlocuteur le pictogramme de l'objet qu'il désire ou à former des associations de pictogrammes afin de lui permettre de communiquer de manière appropriée et spontanée (Dechambre, 2009).

Le programme TEACCH (Treatment Education of Autistic related Communication handicapped Children) est une intervention cognitive et comportementale. Celle-ci vise à favoriser l'autonomie dans tous les niveaux de fonctionnement par une plus grande accessibilité et compréhension des informations. L'objectif de ce programme est d'aménager l'environnement et les activités en les organisant et les structurant pour réduire les situations de handicap (Dechambre, 2009).

Le Modèle d'intervention précoce de DENVER est une intervention intensive basée sur la méthode ABA. Elle est réalisée auprès d'enfants de moins de 48 mois, en groupe ou en individuel, avec jusqu'à 20 heures d'intervention par semaine. Ce programme met en œuvre des pratiques pédagogiques spécifiques qui s'appuient à la fois sur le développement de l'enfant, les spécificités du trouble de la relation et de communication les parents, et les différents milieux de vie des enfants suivis. Les principaux aspects ciblés dans cette prise en charge sont l'imitation, les relations et la communication verbale. L'intervention se fait dans le cadre du jeu par la gestion de la relation en face à face afin de favoriser l'engagement de l'enfant et faciliter la communication sociale en prenant appui sur des schémas de développement des capacités cognitives, perceptives et motrices. Cette méthode s'applique en individuel ou en groupe (Rogers & Dawson, 2013).

L'intégration sensorielle est un « *processus neurophysiologique qui permet l'organisation et l'interprétation des informations sensorielles afin de rendre celles-ci opérationnelles* ». Cette méthode a pour objectif de faciliter le traitement et l'adaptation face aux informations sensorielles perçues par exemple sur les plans tactiles, visuels, vestibulaires et proprioceptifs, etc. Après évaluation du profil sensoriel, il sera défini un programme d'activités thérapeutiques sensorielles qui stimuleront ou sur-stimuleront certains canaux sensoriels. Le patient va alors apprendre à s'adapter aux informations sensorielles et à réguler ses réponses par la répétition (Orvoine, 2012).

3. Médiation animale

3.1. Définition et appellation

La médiation animale est un concept qui depuis quelques années est en pleine expansion. De plus en plus d'études sont réalisées auprès de différentes pathologies et avec différentes méthodes pour en montrer les apports positifs ou négatifs. Pour évoquer ce concept de médiation animale, différents termes sont employés : zoothérapie, activité associant l'animal, thérapie animale, intervention assistée par l'animal... Ces termes sont choisis en fonction de l'activité proposée, et par qui elle est proposée (Samuels, Coultis, Meers, Odberg, & Normando, 2006). Ces activités ont pour objectif la recherche d'un contexte propice à l'émergence d'interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal.

D'après François Beiger (2016), la médiation animale se fonde sur le lien entre l'être humain et les animaux de compagnie, et peut se définir comme « *une médiation qui favorise les rapports naturels et bienfaisants entre les humains et les animaux et qui s'applique à toutes les activités impliquant l'utilisation d'un animal familier auprès de personnes fragiles, à des fins thérapeutiques* ». Le mot médiation animale est le terme francophone associé au terme zoothérapie, qui décomposé signifie soin, cure par l'animal. La médiation animale cherche à favoriser, maintenir, ou améliorer le potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif. Elle rassemble les Activités Assistées par l'Animal (AAA), et la Thérapie Assistée par l'Animal (TAA).

Les Activités Assistées par l'Animal (AAA), sont des activités ou animations permettant d'améliorer la qualité de vie en augmentant la motivation et la participation dans différents types d'activités que l'on distingue, mais aussi en permettant un moment de bien-être et de détente. L'AAA est la recherche d'un contexte propice à l'émergence d'interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal. A contrario de la TAA ce type d'activité ne possède pas de but ou d'objectif thérapeutique spécifique (Weiss, 2014). On distingue l'Activité Associant l'Animal (AAA) avec un projet à orientation :

- Educative : AAA-E (Ex : intervention de prévention contre les morsures)
- Animation : AAA-A (Ex : visite en maison de repos, balade avec chiens visiteurs)
- Sociale : AAA-S (Ex : visite dans les prisons, centre de réinsertion, et EHPAD)

La Thérapie Assistée par l'Animal (TAA) est une technique d'intervention faisant appel à l'animal en lui faisant jouer le rôle d'intermédiaire entre le patient et l'intervenant. L'animal est intégré directement dans le processus thérapeutique en tant que médiation. L'intervenant de cette thérapie a reçu une double formation, une formation de thérapeute (médicale, paramédicale) et une formation spécialisée en médiation animale. Les TAA ont un champ d'action vaste puisqu'elles peuvent toucher tous les types de handicaps. L'animal est dans ce type d'activité le médiateur de la thérapie.

3.2. Médiation animale et effets bénéfiques.

La médiation animale est une pratique qui peut s'appliquer dans divers domaines de soins et auprès de différentes populations, elle s'adresse tant aux enfants, aux adultes, personnes âgées, que ce soit dans le cadre d'une fragilité ou pathologie psychique,

mentale, physique, ou sociale. La majorité des études réalisées sur les applications de la médiation animale porte sur les personnes âgées. Les chercheurs Colombo, Buono, Smania, Raviola et de Leo (2006) ont conclu dans leur recherche que la médiation animale semblait avoir des effets bénéfiques sur le bien-être psychologique des personnes âgées en milieu institutionnel et sur l'expression d'émotions spontanées. M. Garzon, et M. Sillou (2014) quant à eux ont remarqué qu'après quarante séances de médiation animale, sur dix mois, leurs patients atteints d'Alzheimer semblaient plus apaisés, et qu'ils interagissaient plus avec l'environnement, et plus facilement envers les animaux, et les soignants. Certaines études ont démontré que la présence d'animaux sur des personnes en situation de fragilité avait un bénéfice sur l'état d'angoisse, d'isolement, et sur la motivation pour le suivi des soins, et l'implication dans sa prise en charge et dans son rôle social (Maurer, Delfour, & Adrien, 2008).

En ce qui concerne la pédiatrie, il a été constaté que des séances d'équithérapie auprès d'enfants présentant le syndrome Smith-Magenis avaient été bénéfiques pour tous les participants sur les troubles du comportement et leur intolérance à la frustration. Des effets bénéfiques sur le renforcement de la psychomotricité, de l'attention, de la concentration et le développement du langage verbal ont été perçus pour certains patients (Le Hénaff & Grandgeorge, 2017). Philippe Claire (2014) dans sa thèse a réalisé un état des lieux de la prise en charge avec animal d'enfants présentant des troubles envahissants du développement par des structures médico-sociales en France métropolitaine. Dans son étude elle a réuni les résultats de structures ayant utilisé différents animaux (domestique ou de la ferme). Des objectifs précis et identiques ont été définis par les structures : bien-être, sociabilisation, schéma, éducatif, sensoriel, communication. Dans son étude elle conclut que toutes les espèces n'apportent pas les mêmes bienfaits. Cependant tous ont amélioré ou apporté un bien-être, une socialisation et un schéma corporel aux enfants.

3.3. Médiation animale et trouble du spectre autistique

Dans les recommandations de bonnes pratiques de prise en charge des troubles du spectre autistique de la Haute Autorité de Santé (2012), on retrouve un paragraphe qui cite les activités assistées par l'animal comme potentielles activités thérapeutiques n'ayant pas encore prouvé leur efficacité. Dans ce paragraphe il est dit que : « *Les activités physiques*

et sportives, les activités musicales et les activités réalisées avec les animaux ne peuvent être considérées, en l'état des connaissances comme thérapeutiques, mais constituent des pratiques qui peuvent participer à l'épanouissement personnel et social de certains enfants/adolescents ». L'utilisation d'autres techniques de prise en charge telles que l'utilisation d'animaux serait donc envisageable.

Quelques recherches sur les applications de la médiation animale avec des enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique ont donc été effectuées. Celles-ci portent généralement sur les effets de la médiation animale sur les interactions sociales, la communication, les troubles du comportement, ou les capacités motrices. Aux États-Unis, en 2011, une étude menée auprès de 42 enfants (6 à 16ans) a essayé d'étudier l'impact de la thérapie par l'équitation sur cette population. Comparé au groupe témoin, il a été montré une influence positive sur les comportements d'autorégulation (irritabilité, comportements stéréotypés, hyperactivité), les interactions sociales (verbales, non verbales), les compétences adaptatives, et les capacités motrices. Le fait que cette étude ait été menée pour démontrer l'impact positif d'une telle thérapie, les résultats peuvent en être contestés (Gabriels, Agnew, Holt, Shoffner, & Zhaoxing, 2012).

L'intégration d'un chien, lors de séances de parcours moteur, durant trois mois, avec cinq enfants présentant un trouble du spectre autistique, semble avoir eu un impact positif sur leurs interactions sociales, et leur capacité de communication (Chetrit-Thourot, Séguillon, & Boursier, 2012). L'introduction d'une activité d'équithérapie auprès de six enfants en complément d'autres thérapies a suggéré que pratiquer cette activité améliorerait les fonctions du développement (communication, imitation, régulation perceptive et émotionnelle), et permettait un travail sur l'intégration et l'adaptation sensorielles et motrices (Hameury, et al., 2009). En revanche, l'intégration d'animaux divers en séance d'ergothérapie, pendant quinze semaines, n'a pas montré un effet significatif sur l'augmentation des interactions sociales et l'utilisation du langage verbal pour les vingt-deux participants d'une étude américaine (Sams, Fortney, & Willenbring, 2006).

Une étude menée en 2010 par Kršková, Talarovičová, et Olexová (2010) a analysé les comportements sociaux d'enfants autistes en classe de primaire face à l'introduction d'un cochon d'inde en classe. Les interactions enfant-enfant ont été étudiées et décrites par un

professeur éthologue avant et après l'arrivée de l'animal. Les résultats ont montré une augmentation de la fréquence des contacts des enfants autistes avec leurs connaissances en présence de l'animal. De plus, la présence d'un animal en séance semble selon eux influencer la quantité et la qualité du comportement social des enfants étudiés.

En 2002, Martin et Farnum (Martin & Farnum, 2002) démontrent que les animaux peuvent être outil transitionnel pour les enfants autistes, et que le lien établi entre l'enfant et l'animal peut être transposé sur l'homme. Ils ont comparé les interactions entre chaque enfant et les thérapeutes dans trois conditions différentes : en session associée à un jouet non social (une balle), en session associée à un chien en peluche, ou en session associée à un chien. D'après ces chercheurs les enfants montraient plus de rires et d'interactions sociales dans les sessions associées à la présence d'un vrai animal et non à la peluche. Les interactions étant plus importantes envers le chien qu'envers le thérapeute. De plus, les enfants parlaient plus souvent du chien au thérapeute que du jouet et avec un langage plus développé.

4. Enquête exploratoire

Pour approfondir mes connaissances et mes recherches, j'ai décidé de réaliser une enquête exploratoire (Annexe I) auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès de personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique. Après la publication d'un questionnaire en ligne, pendant 1 mois, j'ai obtenu les réponses de 10 ergothérapeutes.

L'analyse des résultats est :

- La tranche d'âge moyenne des patients pris en charge par ces différents professionnels est de 6 à 12 ans.
- À la question quels sont pour vous les domaines principaux travaillés en ergothérapie, il a été répondu par ordre d'importance, les troubles moteurs, les particularités sensorielles, la communication, les interactions sociales, les troubles du comportement, la scolarisation, les soins personnels, les loisirs et le graphisme.
- Sur 10 ergothérapeutes interrogés, 7 ergothérapeutes connaissent ou ont entendu parler de l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie. Seulement, 3 ergothérapeutes sur les 7 qui connaissent la médiation animale, la pratiquent ou l'ont déjà pratiquée.

- À la question, pourquoi ne pratiquez-vous pas la médiation animale, les 7 ergothérapeutes ne la pratiquant pas ont justifié leur réponse par la non-connaissance de cette pratique, le manque de moyens et de formation, et la non-faisabilité dans le service.
- Tous les ergothérapeutes interrogés ont répondu oui à la possible application de cette méthode chez des patients présentant un trouble du spectre autistique.
- À la question dans quels domaines de prise en charge, pensez-vous que pourrait s'appliquer cette méthode, il est ressorti : la médiation entre le thérapeute et le patient pour faciliter les interactions durant les premières séances, les domaines des interactions sociales et/ou de la communication, le domaine des capacités sensorielles, de socialisation, d'intégration sensorielle, des capacités motrices.

Cette enquête m'a permis d'identifier sur une petite population d'ergothérapeutes les problématiques prioritaires en ergothérapie dans la prise en charge des TSA. Elle m'a aussi permis de m'apercevoir que même si la médiation animale est aujourd'hui un peu plus connue, celle-ci est toujours peu pratiquée. Grâce à la dernière question, j'ai pu constater que les ergothérapeutes, après une courte définition de la médiation animale, associent généralement les mêmes domaines de prise en charge.

Grâce aux différentes lectures que j'ai effectuées, j'ai pu approfondir mes connaissances et faire un état des lieux des recherches actuelles, sur les notions de troubles du spectre autistique, de prise en charge ergothérapique des TSA, et les activités thérapeutiques assistées par l'animal. Les activités thérapeutiques assistées par l'animal se développent au rang mondial dans diverses populations et secteurs médico-sociaux. De nombreuses études cherchent à démontrer les différents effets bénéfiques des activités assistées par l'animal et les différentes populations sur lesquelles appliquer cette technique.

En revanche, les activités thérapeutiques assistées par l'animal ayant pour public, les enfants autistes n'ont aujourd'hui pas encore fait totalement leurs preuves. La plupart des études réalisées se focalisent sur le contact avec l'animal, mais pas réellement sur l'activité réalisée en elle-même. La plupart de ces études ont pour optique de démontrer qu'une activité assistée par l'animal améliore les interactions sociales et/ou les capacités de communication, ou les capacités motrices (préhension, praxies...).

Très peu d'études examinent l'effet de l'activité assistée par l'animal thérapeutique réalisée par un thérapeute de la rééducation, ou de la réadaptation tel que l'ergothérapeute. En revanche depuis quelques années, certaines études se penchent ou se questionnent sur les apports que pourraient avoir ces activités couplées à des séances thérapeutiques. Les activités thérapeutiques assistées par l'animal seraient donc une nouvelle technique d'accompagnement ergothérapeutique des personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique.

C'est ainsi que je me suis dirigée vers la question de recherche suivante :

Comment l'utilisation de la thérapie assistée par l'animal, en ergothérapie, permet-elle de favoriser les interactions sociales, d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

PROBLEMATIQUE THEORIQUE

1. Modèle de l'occupation Humaine (MOH)

Le Modèle d'Occupation Humaine fut élaboré à la fin des années 1980 par Kielhofner. Le MOH est un schéma de pensée qui analyse l'importance de l'activité par l'observation de la volition, l'habituatation et les capacités de performance. Ces éléments mènent à l'évaluation de la participation, de performance et des habiletés (Morel-Bracq, 2017).

1.1. Concept et théorie

Pour Kielhofner, l'être humain est un être occupationnel. L'être humain se façonne et se construit en agissant. L'hypothèse de Gary Kielhofner est que l'interaction entre la personne, ses motivations face à l'action, ses habitudes, son rôle, ses capacités et l'environnement instaurent un processus dynamique de participation à des occupations humaines. L'occupation est donc bel et bien influencée par l'environnement dans laquelle elle se déroule. L'occupation est un terme anglophone n'ayant pas de réelle traduction en français. La traduction de « l'occupation » par le terme « activité » est une traduction incomplète, c'est pourquoi la plupart du temps l'occupation est associée aux activités signifiantes et significatives. L'occupation est donc un élément essentiel dans l'organisation de la personne. Le concept d'occupation humaine est défini par G. Kielhofner comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel ».

Le MOH peut être défini selon trois grands axes : l'être, l'agir, et le devenir (Annexe II). L'être représente les composantes de la personne qui soutiennent la manière d'agir. Le devenir quant à lui est la résultante de l'être et de l'agir et se perçoit dans l'adaptation de la personne à ses occupations. Ces différents axes sont en interaction constante avec l'environnement ce qui permet à l'être humain de se façonner et se construire à travers l'expérience.

1.1.1. Composantes de la personne [Être]

Kielhofner exprime aussi que l'être humain choisit et réalise ses activités en fonction de trois composantes qui sont la volition, l'habituatation et les capacités de performance.

La volition correspond à la motivation et au processus aboutissant au choix et à l'implication dans une activité. Elle comprend les valeurs personnelles (ce que la personne considère important et significatif), les déterminants personnels (ce que la personne pense et sait de ces capacités à réaliser une activité, sentiment d'efficacité), et les centres d'intérêt (ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend une activité plus attractive qu'une autre). L'habituatation est une dimension permettant la structuration de la vie, ce qui lui donne une dimension familière. Elle renvoie à l'organisation et à l'intériorisation des comportements. Elle est constituée par les habitudes et les rôles liés à la culture et la société. La capacité de performance quant à elle permet « l'agir » grâce aux composantes objectives (physique et mentale) et à l'expérience subjective du corps. Elle comprend toutes les capacités mises en œuvre permettant l'action : Capacité cognitive, musculo-squelettique, neurologique, cardio-vasculaire, et sensitive. Ces trois dimensions que sont la volition, l'habituatation et les capacités de performance sont interdépendantes et sont un des fondements de l'environnement matériel et humain.

1.1.2. Dynamique du MOH [Agir]

Lorsque la personne agit, elle se crée une identité et des compétences occupationnelles, ce qui la rend apte à s'adapter à son environnement. Lorsque la personne agit, on observe différents niveaux d'action. Le premier niveau, le plus accompli, est la participation occupationnelle. La participation occupationnelle représente le fait d'agir, au sens le plus large, c'est-à-dire au sens de l'occupation. Elle se base sur l'engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne, toujours au sein de contextes socioculturels spécifiques. Cette participation induit un second niveau d'action qui est la performance occupationnelle observable. Cette performance se résume à la réalisation de l'ensemble des tâches soutenant la participation. Enfin le dernier niveau d'action est les habiletés. En effet pour que la personne réalise ces activités, la personne va devoir exécuter différentes actions dirigées vers des buts. Ces actions correspondent aux habiletés motrices opératoires, de communication, d'interaction, etc. À titre d'exemple pour la participation à l'occupation « s'occuper de soi », nous évaluerons la performance à la tâche « se coiffer » par l'observation des habiletés comme « manipuler », « orienter », « séquencer », etc.

1.1.3. Conséquences de l'agir [Devenir]

Une identité occupationnelle et une compétence occupationnelle sont générées par l'accumulation d'expériences vécues au cours d'occupations. Ces deux éléments générés vont permettre l'adaptation à de futures nouvelles occupations. Cette identité occupationnelle créée est une représentation subjective de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir. Cette identité est concrètement reflétée au sein de la compétence occupationnelle qui correspond à la capacité à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations cohérente avec son identité occupationnelle. On peut aussi faire le lien avec l'accomplissement des obligations et responsabilités liées aux divers rôles.

1.1.4. L'environnement

La personne est toujours située dans un contexte. Lorsqu'elle agit, les composantes de la personne interagissent entre elles et avec l'environnement. L'environnement apporte à la personne des opportunités, des ressources ainsi que des demandes, des exigences et des contraintes, qui influencent sa participation. Il comprend à la fois les objets et espaces physiques regroupés sous le terme « d'environnement physique » et l'environnement humain et socioculturel défini comme « environnement social ».

1.2. Finalité des interventions et entités impliquées

La finalité de ce modèle est d'expliquer et comprendre les relations aboutissant à l'engagement humain dans l'occupation. Cet engagement pouvant s'expliquer à la fois par la motivation exprimée, les habiletés mises en place, et les exigences de l'environnement. La finalité des interventions en ergothérapie en adéquation avec ce modèle cible l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne. La théorie élaborée par Kielhofner permet d'éclairer le fonctionnement humain occupationnel, lié au choix et l'engagement dans l'occupation, quelle que soit sa situation. Ce modèle peut être utilisé lorsque l'on s'intéresse aux activités de la personne et son processus de changement, c'est-à-dire à peu près dans tous les contextes thérapeutiques. Ce modèle humaniste, centré sur la personne, implique que l'ergothérapeute se focalise sur la singularité de la personne afin de l'appréhender dans sa globalité. Les actions, les pensées et les sentiments de la personne seront la dynamique de la thérapie. Le processus thérapeutique sera quant à lui centré sur les choix de la personne, ses actions et ses expériences.

1.3. Moyens d'action organisation

1.3.1. Processus d'intervention en ergothérapie

Toute forme d'intervention conduit à une modification de la structure occupationnelle de l'individu. Pour accompagner une personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans sa vie quotidienne, on va devoir lui permettre de retrouver une participation occupationnelle qui a du sens pour elle. L'ergothérapeute va accompagner le changement de la structure occupationnelle de la personne. Cet accompagnement se fera en agissant sur un ou plusieurs des facteurs identifiés grâce à l'évaluation.

1.3.2. Évaluations et outils d'intervention

De très nombreux outils ont été élaborés à partir du MOH. Ces moyens d'évaluation sont de quatre types. Premièrement les outils fondés sur l'observation, comme l'AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) ou l'ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills) qui évaluent la performance dans les tâches significatives. Dans un second temps nous avons les outils reposant sur l'auto-évaluation comme l'OSA (Occupational Self-Assessment). Dans un troisième temps, nous avons les outils fondés sur l'entretien comme l'OPHI-II (Occupation Performance History Interview II). Et pour finir, les outils combinés comme le MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) qui donne une représentation de la participation occupationnelle par l'intermédiaire de l'évaluation de la volition, de l'habituatation, des habiletés, et de l'environnement.

2. Potentiel thérapeutique

2.1. L'activité

Dans le référentiel de compétence de l'ergothérapeute, il est dit que ce professionnel met en œuvre et conduit « des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie ». Ces activités menées, lui permettent, dans sa prise en charge ergothérapique de répondre aux objectifs thérapeutiques qu'il a fixés. Dans ce référentiel on nous dit aussi que l'ergothérapeute élabore « un programme personnalisé d'intervention ergothérapique en exploitant le potentiel thérapeutique de l'activité signifiante et significative au travers de l'analyse et de

la synthèse de l'activité ». (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports, 2010).

Dans la prise en charge d'enfant présentant un trouble du spectre autistique, l'ergothérapeute va conduire et mettre en œuvre des activités dans un but thérapeutique. Pour que l'activité soit thérapeutique, l'enfant va devoir s'engager dans celle-ci. Pour favoriser le potentiel thérapeutique de l'activité (Annexe III), l'action proposée va devoir être porteuse de sens pour l'enfant présentant un TSA. Les personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique possèdent généralement un répertoire d'activités et d'intérêts restreints. L'ergothérapeute va donc devoir prendre en compte cette dimension lorsqu'il va proposer ces activités thérapeutiques.

Comme cité précédemment l'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité. Ce potentiel thérapeutique fut défini par Orsonneau (2009) comme un niveau de ressources utilisé pour « *soulager, guérir, procurer ou maintenir un niveau d'autonomie ou d'indépendance à des personnes malades ou en situation de handicap, dans le milieu du soin* ». Doris Pierce (2003) a quant à elle attribué à ce potentiel thérapeutique trois dimensions lui permettant de se développer. En effet pour favoriser le potentiel thérapeutique nous pouvons intervenir sur les dimensions subjectives, les dimensions contextuelles et le processus de mise en place de l'activité.

2.2. Dimension subjective de l'activité.

Doris Pierce (2003), définit les dimensions subjectives de l'activité par la productivité (productivity), le plaisir (pleasure), et le ressourcement (restoration). Ces différentes notions représentent l'attrait que l'on ressent pour une activité. Orsonneau (2009) confirme cette définition et souligne que ces trois notions de productivité, de plaisir et de ressourcement sont nécessaires à l'attrait de l'activité. L'ergothérapeute va prendre en compte ces trois dimensions afin de jouer sur l'attrait de l'activité pour accroître son potentiel thérapeutique.

La notion de productivité permet l'élaboration de son identité propre et de travail. Cette notion fait référence à la démarche de mise en action des capacités propres de l'individu et de ces efforts. La notion de plaisir renvoie à l'émergence et au maintien de la motivation

exprimée par le ressenti de l'individu tout au long de l'activité. Le plaisir vécu dans l'activité est un facteur d'interprétation positive de l'activité, et est donc source de l'engagement dans l'activité. Cette notion de plaisir a un effet bénéfique sur l'humeur, la santé, le rétablissement et la valorisation de soi. La notion de ressourcement se rapporte au maintien de l'engagement, et à la satisfaction des besoins primaires. Le ressourcement s'obtient lorsque l'activité procure une sensation de restauration de l'énergie.

2.3. Dimension contextuelle de l'activé

Doris Pierce (2003), définit les dimensions contextuelles de l'activité par les contextes spatiaux (spatial), temporels (temporal), et socioculturels (sociocultural). Ces différentes notions représentent la réalité écologique de l'activité (intactness). Toute activité est définie par un espace, et par un temps. La notion de contexte spatial dans l'activité se rapporte donc au corps de la personne, à ses sensations, ses perceptions et sa proprioception.

La notion de contexte temporel quant à elle renvoie à la structuration temporelle de l'activité telle que la durée, le rythme, et le respect du rythme circadien. Et pour finir le contexte socioculturel fait référence aux habitudes de vie du patient, à ses rôles sociaux et toutes les interactions, les relations de pouvoir qu'il peut effectuer.

2.4. Le processus de mise en place de l'activité

Doris Pierce (2003), affirme que l'on ne peut atteindre les objectifs définis que si l'activité est pertinente. En effet, cette pertinence découle du lien entre les moyens mis en place, ici l'activité, l'efficacité et l'aboutissement des objectifs. L'adéquation entre les moyens mis en place et les objectifs se réalise en tenant compte des capacités de la personne. Le niveau de pertinence se fait en fonction des compétences du thérapeute, de la relation de collaboration entre le patient et le thérapeute et de l'ajustement de l'intervention à l'objectif.

Dans sa prise en charge, l'ergothérapeute va devoir faire s'engager le patient dans l'activité afin de favoriser l'aspect thérapeutique de l'activité. Cet engagement va d'autant plus être possible, que l'activité sera attractive et adaptée au patient. Pour développer l'attrait de cette activité, l'ergothérapeute va intervenir sur les trois dimensions subjectives

de l'activité. Il va devoir aussi renforcer la réalité écologique de l'intervention pour augmenter son efficacité pour cela il va devoir adapter la dimension contextuelle de l'activité qu'il va proposer. L'utilisation d'une activité pertinente favorisera l'atteinte des objectifs du patient.

L'ergothérapeute va utiliser l'activité dans la prise en charge des troubles du spectre autistique pour répondre aux objectifs thérapeutiques préalablement définis. L'activité proposée doit être porteuse de sens pour l'individu, pour lui permettre de s'engager, et favoriser le potentiel thérapeutique de l'activité. En ergothérapie, l'ergothérapeute utilise l'activité signifiante et significative. L'activité signifiante représente « un sens particulier que donne la personne, liée à son histoire et à son projet personnel ». Et l'activité significative fait référence « au sens social donné par la société et l'entourage ».

3. Interactions sociales

Les interactions sociales sont définies par le dictionnaire LAROUSSE en ligne comme « une relation interpersonnelle entre deux individus au moins, par laquelle les comportements de ces individus s'influencent mutuellement, et se modifient chacun en conséquence ». Les premières interactions sociales apparaissent dès le plus jeune âge des enfants, en effet, quelques études ont démontré que les bébés s'engagent précocement dans les interactions. En corrélation avec le développement « normal », les interactions des enfants vont se diversifier et avoir différents cadres d'application, tels que les jeux sociaux gestuels, les jeux vocaux ou verbaux, les jeux d'imitation ou les jeux d'échange d'objets. Selon E. Marc et D. Picard (2002), professeur de psychologie, le mot « interaction » formé par l'assemblage des mots « inter » et « action » suggère une action mutuelle réciproque. Dans le champ des relations humaines, « l'interaction sociale » est définie comme une relation interpersonnelle entre deux individus au moins par laquelle les comportements de ces individus sont soumis à une influence réciproque, chaque individu modifiant son comportement en fonction des réactions de l'autre.

En corrélation avec cette définition, l'étudiante Eclimont Laurine (2017), décrit dans son mémoire de recherche, la communication comme : « *l'outil de transmission d'un message* », et les interactions sociales comme : « *la réaction d'inter-influence conséquente à l'utilisation de cet outil par au moins un sujet émetteur et un sujet récepteur* ».

Dans leur postulat, E. Marc et D. Picard (2002) affirment que les interactions sociales désignent « tantôt un processus, tantôt un objet, tantôt un point de vue pour appréhender des phénomènes relationnels ». Ces interactions sociales peuvent être de différents niveaux : positives (coopération, participation, adaptation), ou négatives (conflit, lutte, rivalité) ou neutres. Les interactions sociales se manifestent d'un point de vue verbal et non verbal. Le non verbal vient apporter un éclairage complémentaire à l'analyse verbale. E. Marc et D. Picard (1989) ont fait apparaître que le positionnement au sein de l'interaction était complexe, et combiné un rapport de place extérieur (social ou institutionnel) et un rapport de place «intérieur» exprimant la dynamique interne de l'interaction (intersubjectif ou langagier). Par exemple le rapport de place peut être déterminé de l'extérieur par les statuts et rôles des personnes en interaction (fournisseur/client, maître/élève, patient/soignant) ou par leur identité sociale (parent/enfant, homme/femme, enfant/adulte), mais il l'est aussi de l'intérieur même de la relation par la place subjective que chacun prend par rapport à l'autre (dominant/domine, demandeur/conseiller...).

METHODOLOGIE

1. Choix de la méthode et de l'outil

Grâce à l'élaboration de la problématique pratique et théorique, j'ai pu définir un cadre théorique sur lequel s'est construite la méthode de recherche de mon étude. Afin de réaliser ce travail d'initiation à la recherche, étudiant l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie dans la prise en charge d'enfant présentant un TSA, j'ai choisi de suivre une méthodologie clinique. Cette méthodologie clinique est une approche qualitative centrée sur la personne et son discours. Lorsque l'on interroge plusieurs individus réalisant une même pratique avec une même population cela permet d'analyser différents points de vue, leurs pratiques, et leurs connaissances à ce sujet.

La médiation animale, et plus précisément la TAA, est une approche particulière, qui bien qu'abordée succinctement dans les études d'ergothérapie, n'est pas enseignée aux étudiants. Cette pratique demande en effet une formation particulière supplémentaire après l'obtention d'un diplôme de santé ou médico-sociale (ici le diplôme d'État d'Ergothérapie). Au vu du faible nombre d'ergothérapeutes ayant suivi ce type de formation, et pratiquant avec des enfants présentant un trouble du spectre autistique, l'utilisation d'une méthode quantitative, qui requiert un large panel de professionnel interrogé, a été écartée. J'ai donc décidé d'utiliser un outil qualitatif, centré sur le discours de la personne, et utilisable avec un échantillon réduit de participant. C'est ainsi que je me suis dirigée vers la conduite d'entretien.

2. Choix de la population

Pour la réalisation de mon étude, j'ai choisi de m'entretenir avec des ergothérapeutes travaillant auprès d'enfants présentant un trouble du spectre autistique et pratiquant la thérapie assistée par l'animal dans leur prise en charge. Cette médiation étant encore peu développée en France à ce jour, j'ai décidé de ne pas limiter ma recherche au travail avec un animal en particulier ou à une activité précise de la thérapie assistée par l'animal. Ce choix me permet ainsi d'avoir un échantillon représentatif de la pratique française actuelle.

Afin de m'assurer que ces ergothérapeutes interrogés possèdent les connaissances pratiques et théoriques suffisantes pour répondre le plus pertinemment possible à mes questions ceux-ci doivent correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion définis ci-dessous :

- Posséder un diplôme d'État d'Ergothérapeute valide
- Exercer l'ergothérapie en France
- Avoir suivi une formation en médiation animale
- Travailler ou avoir travaillé auprès d'enfants présentant un TSA
- Pratiquer ou avoir pratiqué la médiation animale (ici thérapie assistée par l'animal) dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique.

3. Outils de l'enquête

3.1. Conception de l'outil

Comme explicité précédemment, je me suis dirigée vers la conduite d'entretien. Afin de recueillir des réponses les plus complètes et détaillées possibles, sans pour autant limiter l'expression des interviewés, j'ai choisi de conduire des entretiens semi-directifs. Ayant préalablement défini dans ma problématique théorique, deux théories et un modèle conceptuel, j'ai pu par la suite établir ma matrice théorique, en corrélation avec ceux-ci (Annexe IV). À travers ma matrice théorique, j'ai pu, pour chaque concept et théorie attribuer des critères et indicateurs, puis par la suite des indices. Une grille d'entretien a été réalisée (Annexe V), en suivant la matrice théorique établie, afin de conduire l'échange entre l'intervieweur et l'interviewé. Cette grille d'entretien est composée de questions préalables, de questions ciblées sur les trois principaux axes qui sont : le MOH, le potentiel thérapeutique, et les interactions sociales, mais aussi d'une question finale plus générale. Grâce à cette méthodologie, je souhaite faire émerger des éléments de réponses à ma question de recherche.

3.2. Déroulement des entretiens

Avant de débiter la conduite de l'entretien, il sera obtenu l'accord de l'ergothérapeute, pour l'interviewé et pour enregistrer l'entretien. La conduite de l'entretien débute avec quelques questions préalables afin de mieux connaître le professionnel et s'assurer qu'il respecte bien les critères d'inclusion et d'exclusion. Cet entretien va par la suite continuer

avec quatre questions successives ouvertes, qui vont permettre aux personnes interviewées de s'exprimer le plus librement possible et leur permettre d'argumenter leur propos. Des questions de relance sont prévues et pourront être intercalées, s'il est nécessaire de réorienter le discours, ou pour obtenir des compléments d'information. Une question plus générale, et se rapprochant de ma question de recherche me permettra de terminer l'échange.

3.3. Recrutement de la population interviewée

La recherche d'ergothérapeutes pratiquant la médiation animale avec des enfants présentant un TSA, a débuté par l'édition d'un message sur un réseau social, puis dans un second temps grâce aux contacts de mon maître de mémoire, et pour finir auprès des organismes de formation sur la médiation animale. Une fois les adresses mail obtenues, j'ai donc contacté ces différents professionnels afin de réaliser une présélection. Dans ce mail, je me suis présentée rapidement et j'ai précisé que je recherchais pour l'étude de mon mémoire des ergothérapeutes pratiquant la médiation animale avec des enfants présentant un trouble du spectre autistique.

Grâce à cette première approche, j'ai pu réaliser un tri en fonction de mes critères d'inclusion et d'exclusion, et de leur souhait ou non de participer à mon étude. Sur treize ergothérapeutes contactés, pratiquant la médiation animale, huit ergothérapeutes ont été écartés : quatre ne respectaient pas les critères d'inclusion, et quatre ne m'ont pas recontacté. Ayant eu cinq retours positifs et concluant (respect des critères d'inclusion), je les ai recontactés individuellement après avoir établi mon questionnaire d'entretien pour m'assurer de leur souhait de participer à cette étude. Après avoir obtenu leur accord, nous avons convenu d'un temps commun de disponibilité, pour fixer un rendez-vous, et nous avons défini les moyens et conditions de l'entretien.

Pour la réalisation de mon étude, j'ai donc pu m'entretenir avec quatre ergothérapeutes, trois en conversation téléphonique et une en visioconférence. Après chaque entretien, je les ai retranscrits (Annexe VI). Ces retranscriptions m'ont ainsi servi de support pour analyser mes données.

ANALYSE DES RESULTATS

Afin de traiter les informations recueillies lors des différents entretiens, je vais dans un premier temps réaliser une analyse longitudinale. En complément de cette première analyse, je vais venir analyser de façon transversale les différents entretiens. Pour cela je vais confronter et rassembler les diverses opinions des ergothérapeutes interrogés, question par question.

1. Analyse longitudinale

La méthode d'enquête choisie étant centrée sur la personne et son discours, pour traiter les informations recueillies, de façon longitudinale, je vais vous proposer successivement une présentation des ergothérapeutes interrogés et une synthèse de leur entretien.

1.1. Ergothérapeute « E1 » :

La première ergothérapeute interrogée est diplômée en ergothérapie depuis 2005 (treize ans). Elle fut formée à la médiation animale par l'intermédiaire d'une association intervenant en médiation animale. Elle exerce au sein d'un institut médico-éducatif (IME) où elle pratique la thérapie assistée par l'animal, avec un chien, dans le suivi d'enfants présentant un trouble du spectre autistique.

Dans son entretien l'ergothérapeute n°1 évoque que le choix de l'activité incluant l'animal, pour un enfant, se fait par l'ensemble de l'équipe de soins. Un premier contact est réalisé, et s'il est concluant des objectifs thérapeutiques sont définis. Ces objectifs portent généralement sur le plan sensoriel, moteur, émotionnel, et comportemental. Une fois l'activité mise en place, elle a toujours lieu avec le même cadre immuable afin de créer un repère, un rituel, favorisant le sentiment de sécurité et de confiance de l'enfant.

Dans ces séances associant le chien différents supports sont utilisés tels que des accessoires et jeux canins, des objets de la vie quotidienne, et des pictogrammes. L'ergothérapeute n°1 explique que le chien a été sélectionné comme médiation parmi les différents animaux, pour son aspect morphologique et comportemental. Il a été choisi aussi d'un point de vue institutionnel, le chien étant plus facile à introduire dans cet établissement. Pour finir, il a été choisi d'un point de vue thérapeutique, car le chien

permet de travailler plusieurs domaines. Des séances en individuel, ou en groupe sont réalisées selon trois temps. Elle commence par un temps d'accueil et d'apprivoisement de l'animal. Puis un temps d'activités diverses ayant le même objectif thérapeutique et permettant un transfert des acquis dans la vie quotidienne. Et enfin la séance se finit par un temps d'au revoir.

D'après l'ergothérapeute n°1, l'engagement des enfants dans l'activité est perceptible par l'observation. L'attrait de l'activité quant à lui est flagrant pour cette population. L'intérêt que l'enfant porte à l'animal est parfois tellement important qu'il est nécessaire d'aborder la gestion de ses émotions. Cet intérêt et cet attrait sont exprimés par les différentes initiatives des enfants. Que ce soit par des expressions verbales ou non verbales (regard-émotion), par des actions motrices, ou par le choix et la sélection d'outils.

Elle évalue les effets de la thérapie assistée par l'animal par l'observation. Seule une évaluation subjective de la séance et des transpositions des acquis dans les activités de la vie quotidienne est effectuée. La réalisation de bilans étant difficile ou ne correspondant pas au type de séance. À travers les séances de médiation animale, des progrès furent observés, au niveau de l'utilisation et de la communication par pictogrammes, mais aussi au niveau de l'adaptation comportementale, environnementale et gestuelle. Et enfin au niveau de l'expression des émotions, de l'expression verbale et non verbale. Au fil des séances les interactions enfant/animal ont, selon l'ergothérapeute n°1, évoluées qualitativement et quantitativement. Durant les séances elle dit se mettre à l'écart de l'enfant et du chien pour les laisser en relation. Pour elle, cela favorise d'autant plus les interactions, et l'enfant vient ainsi interagir de lui-même avec l'ergothérapeute si besoin. Le chien étant non jugeant et allant de lui-même vers l'enfant, les interactions et échanges se font plus facilement et spontanément.

Pour résumer, selon elle, l'intérêt de l'utilisation de l'animal en séance, est multiple. Premièrement l'animal est non-jugeant, et entre facilement en interaction, ce qui favorise les échanges et la communication avec l'enfant. Elle nous dit que pour elle, l'animal est acteur de sociabilisation. Dans un second temps, l'utilisation d'animaux en séance permet de travailler divers objectifs thérapeutiques à travers un large panel d'activités. Elle permet aussi une ouverture sur l'extérieur.

1.2. Ergothérapeute « E2 »

La seconde ergothérapeute interrogée est diplômée en ergothérapie depuis 1988 (trente ans) et possède différentes formations et initiations sur les TSA, la méthode ABA, le programme TEACCH, et sur la communication non verbale. En ce qui concerne la médiation animale, elle s'est formée auprès de l'association « Handicheval » à l'utilisation du médiateur cheval. Elle a exercé pendant 12 ans au sein d'un institut médico-éducatif (IME) où elle pratiquait la médiation animale avec des enfants présentant un trouble du spectre autistique. Durant ces séances assistées par l'animal, elle travaillait avec un cheval.

Dans son entretien l'ergothérapeute n°2, évoque que le choix de l'activité « cheval » se faisait par l'ensemble de l'équipe de soins au cours de réunions pluridisciplinaires. Sur prescription médicale du médecin, elle accompagnait donc ces enfants en séance d'équithérapie. Des objectifs thérapeutiques étaient définis, selon deux cas de figure. Soit d'un point de vue comportemental, pour gérer les troubles comportementaux et aider l'enfant à se maintenir, soit d'un point de vue communicatif pour permettre à l'enfant d'entrer en communication. Dans son entretien elle évoque l'importance d'essayer d'avoir une activité qui a toujours lieu dans le même cadre pour permettre une ritualisation.

L'ergothérapeute n°2 utilisait la médiation cheval, par l'intermédiaire d'une structure équestre. Elle décrit une séance en individuelle menée en deux temps, un premier temps de contact où l'enfant va à la rencontre du cheval et s'occupe de lui. Puis dans un second temps la mise à cheval et la réalisation de déplacement ou d'activités de jeux dans le manège. Pour certains enfants, le second temps était un temps de déplacement à distance des intervenants. La distance physique étant matérialisée par la longe raccordant le cheval à l'intervenant. Cette distance physique entre le duo cheval/enfant, permettait de se détacher de l'enfant, pour le laisser seul en relation avec le cheval. Cette activité équestre fut sélectionnée pour plusieurs raisons. Premièrement, car la structure équestre se trouvait à proximité de l'IME. Deuxièmement, car leurs chevaux avaient un très bon caractère, et étaient de bonne constitution. Troisièmement d'un point de vue culturel. Quatrièmement ce choix était naturel pour l'ergothérapeute, étant elle-même cavalière. Elle a tenu à préciser que dans cet IME la médiation animale était un principe acquis, et qu'un chien avait même été introduit dans la structure.

D'après L'ergothérapeute n°2, les enfants présentant un TSA sont comme tous les enfants, curieux, et du moment qu'une dynamique est présente, ils s'impliquent et s'investissent. Elle explique que l'attitude des enfants dans l'activité évoluait au fur et à mesure des séances. Les enfants semblaient plus à l'aise, et avoir appris les codes de communication et règles de sécurité. L'attrait des enfants pour l'activité et leur engagement était perceptible par leur volonté de raconter à leurs parents la séance. Cet intérêt était perçu aussi lorsque les enfants interagissaient exclusivement avec le cheval. Pour elle, le cheval, tout comme le chien, a un côté attractif et favorise les échanges. Au fil des séances, les enfants exprimaient, plus facilement, leurs demandes. L'engagement dans cette médiation se percevait aussi par les transpositions entre l'activité cheval et les activités de la vie quotidienne.

L'ergothérapeute n°2 évaluait les effets de la thérapie assistée par l'animal, par l'observation, car elle n'avait pas à l'époque, réellement d'évaluation propre à l'ergothérapie, l'autisme, ou à l'activité cheval. Grâce à ces observations, elle dit avoir perçu des progrès au niveau du comportement (comportements plus adaptés et plus calmes), de la communication, et de l'attention. Elle déclare aussi que les enfants par des gestes et tâches ritualisés et routiniers gagnaient en autonomie. Elle exprime un regret de ne pas avoir pu utiliser, à l'époque où elle réalisait l'activité, de bilan ou d'évaluation. Si elle devait réitérer l'activité, elle souhaiterait effectuer plus de bilans, afin de pouvoir évaluer l'activité, et quantifier les progrès.

L'utilisation de l'animal en séance pour l'ergothérapeute n°2 est un outil supplémentaire pour l'ergothérapeute pour répondre aux demandes des enfants TSA en matière d'activités. Pour elle, c'est un complément de tout ce qu'il existe pour prendre en charge la communication, le comportement, etc. Cette médiation peut correspondre à des formes d'autisme multiples, mais elle ne convient pas à tous les enfants. Ce type d'activité peut être un support d'apprentissage ou un moyen de les transposer. Par exemple elle nous explique que les orthophonistes et les éducateurs utilisaient l'activité cheval comme référence ou support dans leur prise en charge.

1.3. Ergothérapeute « E3 »

La troisième ergothérapeute interrogée est diplômée en ergothérapie depuis 2015 (trois ans) et fut formée à la médiation animale par l'intermédiaire de l'association « Hippopassion » en Belgique. Elle exerce depuis deux ans en tant qu'ergothérapeute en activité libérale. Dans le cadre cette activité, elle intervient au sein d'un cabinet, mais aussi dans une ferme thérapeutique. Elle utilise la médiation cheval uniquement au sein de sa ferme thérapeutique. Les enfants qu'elle y reçoit sont orientés soit par son cabinet soit sur la demande des parents. Dans ses prises en charge d'enfant présentant un trouble du spectre autistique, elle utilise principalement comme médiation le cheval, mais aussi quelques animaux de la ferme.

Dans son entretien elle évoque que le suivi ergothérapeutique en médiation équine réalisée dans sa ferme thérapeutique se fait soit à la demande directe des parents, soit par une orientation depuis un suivi de son cabinet. Les objectifs thérapeutiques définis pour ce type d'activité sont variés. Ils peuvent porter sur différents plans que ce soit sensoriel, moteur, cognitif ou encore interactif. Plus précisément ils peuvent porter sur les capacités motrices, de coordination bi-manuelle, de praxies, sur la relation à autrui (humain et animal). En ce qui concerne ces séances elle évoque qu'elle essaye de garder toujours le même cadre.

Ces séances d'ergothérapie assistée par le cheval sont réalisées au sein de sa ferme thérapeutique. Elle décrit réaliser ses séances dans un manège fermé pour sécuriser et contenir les enfants. Dans ces séances individuelles menées en quatre temps, elle utilise divers objets tels que des cerceaux, des balles, des plots. L'ergothérapeute n°3 définit sa séance par la succession d'un temps d'accueil ritualisé, d'un temps d'exercice et/ou de balade, et d'un dernier temps d'au revoir. Elle évoque aussi de laisser une certaine distance entre elle et le binôme enfant/animal pour les laisser en relation, et permettre à l'enfant de s'épanouir. Au cours de l'entretien, l'ergothérapeute n°3 explique son choix de pratiquer la médiation équine, par un stage enrichissant qui lui a permis d'entrevoir les possibilités thérapeutiques de cette médiation et d'observer des progrès significatifs. Elle explique aussi qu'elle avait déjà un attrait pour cet animal et cet outil de médiation.

Pour L'ergothérapeute n°3, les enfants TSA sont très engagés dans ces séances associant l'animal premièrement, car ils viennent par envie de voir et d'être avec l'animal. Dans un second temps, les composantes de l'activité, et le lien avec le cheval rendent l'activité signifiante et positive pour ces enfants. De plus, pour elle ce type d'activité possède une dimension ludique ce qui permet aux enfants de s'investir plus facilement. Elle précise aussi que l'animal fait vraiment le lien entre l'enfant et l'ergothérapeute. Avant de prendre en charge les enfants en médiation équine, elle interroge l'enfant et sa famille sur leurs contacts et leurs attrait pour les animaux. L'ergothérapeute n°3 fait le parallèle entre le développement de l'investissement des enfants, et la croissance des échanges verbaux (parole, bribe de mots, etc.), et non verbaux (câlin, caresse, toucher, etc.).

Dans son entretien, elle explique qu'elle évalue les effets de la médiation équine, par l'observation et l'atteinte d'objectifs ergothérapeutiques précis. Seule une évaluation subjective des progrès et de l'évolution des enfants est effectuée. À travers ces séances, elle a pu observer des progrès de manière générale dans l'autonomie de l'enfant, le domaine moteur c'est-à-dire au niveau des praxies, de la motricité globale, et fine. Des progrès dans le domaine de l'expression ont aussi été observés. Il fut constaté qu'au contact du cheval l'enfant exprime verbalement et non verbalement plus d'émotion. Mais également une croissance des contacts envers le cheval et le thérapeute. Au niveau du langage certains enfants ont évolué par une expression verbale plus fluide, une meilleure locution, ou une meilleure utilisation de pictogrammes. Il fut aussi observé des progrès au niveau comportemental.

Pour elle, la médiation animale est un outil complémentaire ou supplémentaire à la prise en charge ergothérapeutique de personnes souffrant d'un TSA. Elle décrit la médiation animale comme un outil ergothérapeutique permettant de travailler dans un aspect ludique, différents objectifs ergothérapeutiques dans les domaines de l'autonomie, du langage oral ou par pictogramme, sensoriel, moteur, développemental, etc. Pour elle, la relation équine favorise le développement de la relation à autrui, la relation de lien, et la relation émotionnelle. Le cheval se basant essentiellement sur le plan sensoriel dans ces relations, il est quelque peu semblable aux fonctionnements des enfants TSA, ce qui leur permet de se retrouver en lui. La médiation animale permet d'avoir un interlocuteur non-jugeant.

1.4. Ergothérapeute « E4 »

La quatrième ergothérapeute interrogée est diplômée en ergothérapie depuis 2011 (sept ans) et possède différentes formations sur des évaluations, et méthode de prise en charge des troubles du spectre autistique. Elle exerce dans son cabinet libéral, et prend en charge des enfants présentant un TSA depuis à peu près quatre ans. Depuis trois ans elle s'est formée à la médiation animale au sein de l'institut français de zoothérapie, et la pratique avec des rongeurs (lapins et cochons d'Inde).

Dans son entretien, elle précise que ces séances d'ergothérapie en médiation animale s'effectuent au sein de son cabinet libéral. Elle décrit que cette activité est proposée à plusieurs patients de différentes pathologies, mais que tous les enfants suivis pour un TSA ne bénéficient pas de cette activité. L'orientation vers ce type d'activité se fait soit à la demande des parents, soit par suggestion pour aller plus loin dans la prise en charge, pour la suppléer ou comme alternative. La proposition de ce type d'activité ne se fait que si l'enfant a un attrait ou un intérêt pour les animaux, afin de proposer une activité ayant du sens. Une fois le cadre défini celui-ci devenait immuable. Pour elle, l'animal est un élément motivateur de l'initiation de la relation thérapeutique, et permet des transpositions d'acquis entre activité thérapeutique et activités de vie quotidienne. Pour les enfants TSA qu'elle suit, elle définit des objectifs portant sur les domaines : moteur, sensoriel, relationnel et interactionnel. Mais aussi sur les domaines : cognitif, comportemental, et affectif. Dans le cadre de l'intégration sensorielle, cette activité incluant l'animal lui sert de support à son approche, et lui permet de diversifier ses activités.

Pour réaliser certaines de ses prises en charge ergothérapeutique, l'ergothérapeute n°4 utilise comme médiation des rongeurs. Elle a choisi d'utiliser ce type d'animal, car ils sont calmes, d'apparence inoffensive, et de petite taille. L'animal introduit dans les séances d'ergothérapie est sélectionné en collaboration avec l'enfant pris en charge. Pour ces séances l'ergothérapeute n°4 utilise différents objets tels que des accessoires pour rongeurs, des jeux, des objets de la vie quotidienne, et des pictogrammes. Dans son entretien elle décrit une activité variable en fonction des enfants et des objectifs thérapeutiques définis, mais toujours scindée en deux temps. Pour cela elle donne trois cas de figure possibles. Une séance associant un temps où l'enfant s'occupe de l'animal et un

temps de transposition dans les activités quotidiennes. Une séance avec deux temps centrée sur certaines capacités. Une séance de temps libre, de jeux, et d'interactions entre l'enfant et l'animal, associée à un temps d'échanges.

Pour L'ergothérapeute n°4, l'engagement des enfants dans l'activité est observable par leur implication dans celle-ci. Elle explique, qu'elle intègre l'animal en séance uniquement si l'activité est signifiante (attire ou intérêt) et ludique pour l'enfant. Pour elle, l'engagement de l'enfant commence par le fait qu'il choisisse son partenaire de séance, et qu'il s'attache à lui. Dans certaines de ces séances, elle fait réaliser des auto-évaluations aux enfants pour évaluer le contenu de la séance et leur propre comportement. L'intérêt de cette activité de médiation animale se perçoit aussi lorsque les parents achètent des animaux suite aux séances. En ce qui concerne les interactions, les enfants possédant le langage ou une ébauche de langage interagissent verbalement et non verbalement avec l'animal. Pour les enfants n'ayant pas de langage, ils font de leur mieux pour se faire comprendre, même s'ils interagissent essentiellement sur un plan non verbal ou avec des classeurs de pictogrammes.

L'ergothérapeute n°4 enregistre ses séances pour évaluer l'activité, le comportement de l'enfant, et sa progression. Dans son entretien elle évoque avoir confectionné en fonction d'objectifs thérapeutiques, différentes fiches d'observation lui servant d'évaluation. À travers ses prises en charge, elle a pu observer et quantifier des progrès au niveau de l'attention, dans la motricité fine et globale, dans l'adaptation à l'environnement et dans l'autonomie des activités de vie quotidienne. Des progrès au niveau du langage ont été observés notamment au niveau de la construction de phrase, de l'utilisation de pictogrammes, dans la quantité d'interaction, et dans le développement du langage.

Pour elle, le contact homme/animal se fait de façon naturelle. Elle cite l'animal comme outil permettant de stimuler et motiver, l'enfant dans sa prise en charge. Il est aussi un très bon médiateur relationnel, non jugeant, poussant aux échanges et à l'interaction, qu'elle soit verbale ou non. Pour L'ergothérapeute n°4, ces activités utilisant l'animal comme médiation permettent de faire évoluer l'enfant sur un plan moteur, cognitif, relationnel, et sensoriel. Pour elle, utiliser des animaux dans la prise en charge ergothérapique est un outil supplémentaire pour atteindre les objectifs thérapeutiques fixés.

2. Analyse transversale

À l'aide des analyses longitudinales et des retranscriptions (Annexe VI), pour chaque question, je vais croiser les différents points de vue, et approches des ergothérapeutes interrogées. Ce croisement de données va me permettre d'analyser de façon transversale mes résultats. Pour faciliter la compréhension de l'analyse un récapitulatif des ergothérapeutes interviewées est présent en Annexe VII.

Question 1 : Dans quel cadre proposez-vous la médiation animale lors d'un accompagnement avec un enfant autiste ?

Pour les deux ergothérapeutes intervenant en structure, l'utilisation d'activité thérapeutique incluant l'animal, dans la prise en charge en ergothérapie est de manière générale discutée en équipe pluridisciplinaire. Ces enfants sont alors orientés vers ce type de prise en charge ergothérapique en complément d'autre séance utilisant d'autres moyens. Les deux ergothérapeutes pratiquant en cabinet libéral s'entendent sur le fait que l'utilisation d'activité thérapeutique incluant l'animal, dans la prise en charge ergothérapique, provient d'une demande de la famille des enfants ou d'une proposition de leur part. Cette orientation sur ce type de médiation en ergothérapie se fait pour permettre un complément de prise en charge, comme alternative, ou pour proposer une activité signifiante et/ou ludique. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'activité n'est pas possible avec tous les enfants présentant un TSA. Pour pratiquer ce type de médiation en tant qu'activité thérapeutique, les ergothérapeutes définissent différents objectifs thérapeutiques. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que ces objectifs peuvent traiter du domaine comportemental, relationnel, communicatif et interactif. Les ergothérapeutes n°1, 3 et 4, les définissent aussi pour le domaine moteur, cognitif, et sensoriel. Seul l'ergothérapeute n°4 évoque les objectifs, de motiver l'enfant dans sa prise en charge, et d'initier la relation avec le thérapeute. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait qu'une fois le cadre défini, par le jour, l'horaire, l'animal et l'activité, celui-ci devient immuable, pour permettre une ritualisation et un repère pour l'enfant.

Question 2 : Quels sont les moyens que vous utilisez dans vos séances de médiation animale ?

Pour chacune des ergothérapeutes l'animal utilisé dans leurs séances est différent hormis pour l'ergothérapeute n°2 et 3. En effet l'ergothérapeute n°1 utilise le chien dans ses séances, le n°2 et n°3 utilisent le cheval, et le n°4 des lapins et cochons d'Inde. Les différentes ergothérapeutes pratiquent la thérapie assistée par l'animal en séance individuelle. Seul l'ergothérapeute n°1 la pratique aussi en groupe restreint. Pour les ergothérapeutes n°2 et n° 3, l'activité se déroule en dehors de leur structure de pratique habituelle, notamment par la nécessité d'avoir un manège, et la morphologie de l'animal. Dans ces séances les quatre ergothérapeutes utilisent un matériel assez semblable. Ils utilisent des objets, accessoires, et jeux correspondant à l'animal associé à l'activité, des objets de la vie quotidienne, des supports pictogrammes et divers objets de jeu comme des balles, cerceaux, etc. Les différentes ergothérapeutes ne pratiquent pas les mêmes activités, mais segmentent toutes, leur séance en plusieurs temps. La plupart commencent par un temps de rencontre/retrouvailles entre l'enfant et l'animal. Pour l'ergothérapeute n°1, la séance se déroule en trois temps, un temps de « connaissance », un temps d'activité où plusieurs activités avec objectifs semblables sont réalisées, et un temps « d'au revoir ». Pour l'ergothérapeute n°2, la séance se segmente en deux temps, un premier temps de contact où l'enfant s'occupe du cheval, et un second temps de mise à cheval et réalisation de déplacement et/ou d'activités de jeux à cheval. Les séances de l'ergothérapeute n°3 se réalisent en quatre temps, un temps d'accueil ritualisé, un temps d'exercices dans le manège, un temps libre de balade, et enfin un temps de fin où l'enfant retire le matériel du cheval, le nourrit, et lui dit au revoir. Quant à l'ergothérapeute n°4 en fonction de chaque enfant la séance est complètement différente, mais garde toujours une segmentation en plusieurs temps. On peut ainsi avoir une séance scindée en deux temps, où l'enfant s'occupe de l'animal et après transpose sur ses soins personnels. Ou encore, cela peut être une séance avec un temps d'accueil et une activité centrée sur une capacité. Ou bien, une séance avec un temps libre où l'enfant joue et interagit avec l'animal, et ensuite échange avec l'ergothérapeute sur ce qu'il a fait. En ce qui concerne le choix des animaux pour la médiation toutes les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'animal a été choisi pour sa morphologie, son profil comportemental, et son potentiel thérapeutique. Certaines privilégient des animaux de petite taille, de taille moyenne, ou de grande taille, mais toutes

s'accordent sur le fait que l'animal doit avoir un comportement doux et calme. Comme autre composante du choix de l'animal comme médiation, toutes les ergothérapeutes expriment d'une part un aspect culturel, et d'autre part un attrait pour l'animal ou l'activité. Les ergothérapeutes n°2 et n°3 sont les seules à réaliser, sur certains temps, une mise à distance du binôme enfant/animal dans leurs séances, afin de favoriser leur relation et permettre l'épanouissement de l'enfant.

Question 3 : Comment percevez-vous l'engagement des enfants dans les séances ?

Les quatre ergothérapeutes s'entendent sur le fait que l'engagement ou l'implication de l'enfant est observable dans les séances. Toutes parlent de la nécessité de l'attractivité de l'activité et de l'animal pour que l'enfant s'investisse. Les ergothérapeutes n°3 et n°4, précisent que les composantes définies de l'activité incluant l'animal, et les raisons pour lesquelles elle est mise en place, la rendre signifiante et ludique. En effet pour elles le choix de cette activité pour la prise en charge ergothérapique, provient d'un attrait ou d'un intérêt pour l'animal ou l'activité réalisée avec celui-ci. Pour l'ergothérapeute n°2, l'engagement provient aussi de la curiosité propre à tout enfant. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur un parallèle entre l'engagement dans l'activité et la production croissante d'expression verbale ou non verbale, de demandes, d'envie, de ressenti, d'émotions, et de choix (animal ou matériel à disposition). D'après l'ergothérapeute n°4 pour les enfants n'ayant pas la parole ils ont un réel souhait de se faire comprendre. Pour l'ergothérapeute n°1, l'engagement se remarque aussi par les actions motrices volontaires effectuées. L'ergothérapeute n°2 quant à elle exprime une implication et un attrait de l'activité constaté par la volonté des enfants à raconter à leurs parents leurs séances ou les possibilités de transpositions entre l'activité cheval et d'autres activités de vie quotidienne ou thérapeutique. L'ergothérapeute n°3 décrit l'implication des enfants par leur envie de voir et d'être en contact avec l'animal. L'engagement dans l'activité est perçu par l'ergothérapeute n°4 par une meilleure utilisation de pictogrammes, et parfois l'achat d'animaux par les parents.

Question 4 : Comment mesurez-vous les effets de cette thérapie ?

Toutes les ergothérapeutes utilisent une méthode subjective d'évaluation par l'observation, et l'atteinte d'objectifs précis, pour évaluer leur prise en charge incluant

l'animal. Trois des quatre ergothérapeutes n'utilisent ni évaluation, ni bilan pour évaluer leurs séances.

En effet, à ce jour il n'existe pas de bilan spécifique, en ergothérapie pour ce genre d'activité, ni d'évaluation spécifique à la réalisation d'activité thérapeutique avec des enfants présentant un TSA. L'ergothérapeute n°4 quant à elle s'est créée des grilles d'observations et d'évaluation en fonction de différents objectifs généraux de prises en charge pour s'aider à quantifier les progrès et évolution des enfants. Les quatre ergothérapeutes s'entendent sur le fait d'avoir pu remarquer une évolution sur l'autonomie et l'indépendance des enfants TSA. La majorité des ergothérapeutes s'accorde sur le fait qu'elles ont pu observer des progrès sur le plan moteur, sensoriel, cognitif, comportemental, de la communication, langagier, et adaptatif. L'ergothérapeute n°2 a quant à elle évoqué avoir observé essentiellement une évolution des troubles comportementaux, de communication et d'attention. À titre d'exemple les progrès sur le plan moteur ont été perçus sur les capacités de motricité fine, globale, de coordination bi-manuelle, et praxiques. En ce qui concerne les progrès sur le plan de la communication, du langage et de l'expression, ils ont pu percevoir une évolution dans différents domaines : l'expression verbale et non verbale, l'expression d'émotion, la fluidité verbale, la locution et l'utilisation de pictogrammes.

Question finale : Selon vous quel est l'intérêt de la médiation animale dans la prise en charge ?

Toutes les ergothérapeutes s'entendent sur le fait que l'utilisation d'animaux dans la prise en charge d'enfant TSA est un outil supplémentaire pour l'ergothérapeute. Notamment en matière d'activité ayant un attrait, et/ou intérêt pour les enfants TSA possédant un répertoire d'activités, et d'intérêts restreint. L'activité étant choisie en fonction des attraits et intérêts des enfants cette dernière devient alors signifiante. Pour l'ergothérapeute n°2, ce n'est cependant qu'en complément d'une prise en charge ergothérapique préexistante. L'ergothérapeute n°1, n°3 et n°4 ont précisé que l'animal est un être non-jugeant, entrant facilement en interaction avec son environnement, ce qui favoriserait les échanges avec les enfants présentant un trouble du spectre autistique. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que l'utilisation d'animaux en séance permet de travailler un large panel d'objectifs thérapeutiques en lien avec les troubles et déficits d'enfant présentant un

trouble du spectre autistique, mais pas seulement. L'ergothérapeute n°2 évoque qu'un des intérêts de cette médiation est qu'elle peut être utilisée comme support dans d'autres prises en charge. Les ergothérapeutes n°3 et n°4 définissent l'activité de médiation animale comme un outil signifiant et ludique. L'ergothérapeute n°1, n°3, et n°4 associe l'animal comme médiation entre l'enfant pris en charge et le thérapeute, d'un point de vue relationnel, et motivationnel. L'ergothérapeute n°3 fait remarquer que l'animal peut être en certains points le miroir de l'enfant TSA, et lui permet ainsi de se retrouver en lui, et donc évoluer plus facilement.

DISCUSSION

Dans cette partie, je vais premièrement confronter les résultats obtenus avec ma problématique théorique. Ainsi je vais pouvoir apporter des éléments de réponse à ma question de recherche. Je réaliserai ensuite un retour sur cette étude, en explorant ses limites, ses perspectives, et ses apports.

1. Confrontation des résultats avec la problématique théorique

1.1. Lien avec le modèle de l'occupation humaine

Comme cité précédemment, la finalité de ce modèle est d'expliquer, et de comprendre les relations aboutissant à l'engagement humain dans l'occupation. Cet engagement pouvant s'expliquer à la fois par la motivation exprimée, les habiletés mises en place, et les exigences de l'environnement. L'ergothérapeute doit donc dans sa prise en charge prendre en compte la volition, l'habituatation et la capacité de performance pour favoriser l'engagement dans l'activité thérapeutique. L'être humain choisit et réalise ses activités en fonction de la volition, l'habituatation et les capacités de performance. Les valeurs, déterminants personnels, et centre d'intérêt de l'individu définissent sa volition, et lui permettent de s'impliquer dans une activité. Les ergothérapeutes interviennent donc au niveau de la volition de l'enfant en lui proposant la thérapie assistée par l'animal comme activité signifiante respectant ses centres d'intérêt. Les capacités de performance dans ce type de prise en charge sont représentées par toutes les capacités mises en œuvre par l'enfant durant l'activité : Capacité cognitive, motrice, communication, interaction, sensitive, etc.

Les différents ergothérapeutes définissent pour leur activité thérapeutique associant l'animal des objectifs thérapeutiques afin d'accompagner les enfants TSA dans le processus de changement défini par le MOH. Lorsque l'individu agit, il se crée une identité et des compétences occupationnelles, ce qui le rend apte à s'adapter à son environnement. Les quatre ergothérapeutes ont observé l'engagement des enfants TSA dans les séances incluant l'animal. Par cet investissement l'enfant va développer sa « participation occupationnelle » et implicitement induire une « performance occupationnelle » qui pourra être évaluée par l'observation ou l'atteinte des objectifs définis.

Pour réaliser l'activité, l'enfant va devoir exécuter différentes actions dirigées vers des buts. Ces actions correspondent aux habiletés motrices opératoires, de communication, d'interaction, etc. La fréquence des séances de thérapie assistée par l'animal va permettre à l'enfant de développer une identité occupationnelle et des compétences occupationnelles. Les compétences occupationnelles correspondent dans la prise en charge ergothérapeutique aux capacités travaillées en séance. Développer l'identité occupationnelle et les capacités de l'enfant va lui permettre une meilleure adaptation à son environnement, à ses futures occupations, et un gain d'indépendance dans les actes de la vie quotidienne.

L'individu est toujours situé dans un contexte environnemental. Toutes les ergothérapeutes interrogées mettent en place un cadre d'activité immuable, pour ritualiser la séance et créer des repères. En faisant cela, elles créent un environnement favorable, sécurisant et contenant. Dans cet environnement les enfants TSA pourront s'exprimer, se concentrer, et ainsi développer leur participation et rendement occupationnel.

1.2. Lien avec la théorie du potentiel thérapeutique

Pour Doris Pierce (2003), le potentiel thérapeutique d'une activité dépend des dimensions subjectives et contextuelles de l'activité et son processus de mise en place. L'attrait de l'activité « thérapie assistée par l'animal » dépend donc de sa dimension contextuelle. La notion de productivité se retrouve dans l'investissement des enfants dans l'activité, par la réalisation de choix ou d'action volontaire spontanée, mais aussi l'expression de demande verbale ou non verbale. La notion de plaisir renvoie à l'émergence et au maintien de la motivation. Cette notion se retrouve lorsque l'ergothérapeute évoque l'envie des enfants de voir et d'être en contact avec l'animal, et leur volonté de raconter à leur parent le contenu de la séance. Elle se retrouve aussi dans le choix d'une activité ludique. Cette thérapie est citée par une des ergothérapeutes comme un moyen de maintenir l'engagement de l'enfant dans la prise en charge.

La réalité écologique de l'activité thérapeutique incluant l'animal dépend de sa dimension contextuelle. La thérapie assistée par l'animal est concernée par les réalités spatiales, temporelles et socioculturelles. De plus, le cadre étant structurant et toujours le

même une dimension de ritualisation permet à certains enfants des transpositions des acquis de l'activité à la réalisation d'activité de vie quotidienne.

L'atteinte des objectifs thérapeutiques définis en corrélation avec l'activité dépend de la pertinence de celle-ci. En effet, toutes les ergothérapeutes interrogées étant formées à la médiation animale, elles sont en capacité de mettre en adéquation les moyens mis en place et les objectifs, tout en tenant compte des capacités de l'enfant. L'adéquation entre les moyens mis en place et les objectifs se réalisent en tenant compte des capacités de l'enfant. L'analyse des résultats montre que les ergothérapeutes se servent de la thérapie associée par l'animal pour travailler un large panel d'objectifs thérapeutiques avec différents supports d'activité. Les ergothérapeutes interrogés utilisent l'observation, et l'atteinte d'objectifs pour évaluer leur prise en charge. Cette thérapie est citée par un des ergothérapeutes comme un moyen d'initier la relation enfant/thérapeute.

1.3. Lien avec la théorie des interactions sociales

Les enfants présentant un trouble du spectre autistique ont une altération de la communication sociale, ce qui signifie un déficit au niveau des interactions sociales réciproques, mais aussi des modalités de communication. Les enfants présentant un TSA sont déficitaires sur le plan non verbal, au niveau de l'imitation, des gestes envers autrui, de l'expression de demandes, de choix, etc. Les enfants présentant un TSA sont déficitaires sur le plan verbal au niveau de l'élocution, du langage, etc. Cependant, à travers l'activité décrite, les objectifs définis ou les progrès observés, des éléments correspondant aux interactions sociales sont évoqués par les ergothérapeutes. Concernant l'interaction entre l'enfant et l'ergothérapeute, chaque personne interrogée évoque une interaction verbale avec certains enfants. Pour les enfants n'ayant pas le langage oral, ces interactions se font à l'aide de pictogrammes ou bien d'échanges non verbaux, par des regards, gestes, etc. On observe d'ailleurs que lorsque l'interaction entre l'enfant et l'animal est importante cette relation peut aller jusqu'à écarter le thérapeute pour s'isoler avec l'animal.

2. Éléments de réponse à la question de recherche

Les différentes analyses longitudinales et transversales, ainsi que la confrontation des résultats à mes éléments théoriques et pratiques m'ont permis de dégager quelques

éléments de réponse à ma question de recherche : Comment l'utilisation de la thérapie assistée par l'animal, en ergothérapie, permet-elle de favoriser les interactions sociales, d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

Pour rappel, l'ergothérapeute propose la thérapie assistée par l'animal comme activité dans la prise en charge ergothérapique. Cette activité est proposée en complément d'une prise en charge standard des troubles du spectre autistique.

Dans la thérapie assistée par l'animal menée par un ergothérapeute, le développement des interactions sociales est plutôt considéré comme un objectif général de la prise en charge, plutôt qu'un objectif spécifique. En effet, quel que soit l'animal, l'activité utilisée, ou l'objectif travaillé, les échanges et partages qui sont induits par l'activité vont participer à l'émergence d'interactions sociales.

Il semblerait que les interactions sociales se travaillent ou peuvent se travailler à travers d'autres objectifs thérapeutiques tels que des objectifs moteurs, sensoriels, cognitifs, ou comportementaux. Le travail de ces différents objectifs par la médiation animale pourrait permettre un meilleur investissement des enfants dans la réalisation des activités et donc potentiellement de meilleurs résultats à ces objectifs ergothérapiques. Ces résultats positifs pourraient alors favoriser une meilleure transposition des capacités dans les activités de vie quotidienne. Ainsi l'enfant pourrait acquérir une certaine indépendance et autonomie. Comme le modèle de l'occupation humaine le décrit, le gain d'indépendance dans les activités de vie quotidienne permet une reprise d'activités socialement reconnues et donc à terme une meilleure socialisation.

D'autre part, la thérapie assistée par l'animal peut parfois être pratiquée dans une optique d'amélioration des interactions sociales en tant que telle. Ainsi, la présence de l'animal dans l'activité sert d'élément motivateur dans la prise en charge, et sert de support pour inciter les enfants TSA à faire des choix et/ou demandes orales ou gestuelles. Basées sur les intérêts de l'enfant pris en charge les activités thérapeutiques impliquant des animaux permettraient d'instaurer un lien, et une relation de confiance. En effet, il semblerait que l'enfant avec TSA se reconnaisse à travers un certain fonctionnement sensoriel de l'animal, ce qui favorise la création d'un lien plus naturellement. De plus, il a été observé que l'animal étant non-jugeant, et allant de lui-même chercher l'interaction

avec l'autre quel qu'il soit, et malgré les différences il favorise chez l'enfant avec TSA le sentiment de confiance.

Le choix de cette médiation se fait sur un plan signifiant, et ludique, en fonction de l'intérêt ou de l'attrait de l'enfant pour l'animal. Cette médiation en ergothérapie permet une grande diversité de possibilités, en matière d'activité et d'objectifs thérapeutiques. En fonction de l'animal utilisé, et de l'ergothérapeute, les objectifs de travail, mais aussi les activités à proposer sont infinis.

3. Limite de l'étude

Suite à l'élaboration de mon étude, j'ai pu réaliser une autocritique de mon travail de recherche, en me basant premièrement sur la méthodologie utilisée, deuxièmement sur mon choix de population, et sur leur pratique en médiation animale.

Dans le cadre de mon étude, j'ai choisi de suivre une méthodologie clinique. Cette méthodologie est une approche qualitative centrée sur la personne et son discours. Dans le cas d'une telle approche, les résultats peuvent être contestables, car il y a toujours une part de subjectivité, dans leur recueil et leur analyse, à laquelle il faut être vigilant.

Par des contraintes de temps et de critère d'inclusion, il m'a été difficile de pouvoir recenser et interroger un grand échantillon, malgré diverses relances, par mail, sur des réseaux de médiation animale, et sur des réseaux sociaux. Pour réaliser mon étude, je n'ai donc pu interroger que quatre ergothérapeutes. Au vu du nombre restreint de personnes constituant mon échantillon d'étude, mes résultats ne sont pas généralisables, cependant cela me permet d'avoir un premier aperçu des pratiques en France.

La pratique de la TAA par les ergothérapeutes est peu répandue, d'autant plus avec un public d'enfant présentant un TSA. Sachant que l'utilisation d'un outil quantitatif pour mon étude nécessite un minimum de 30 réponses exploitables, celui-ci n'aurait pas été pertinent. De plus, il m'aurait été plus difficile avec l'utilisation d'un outil quantitatif de types questionnaire d'obtenir des réponses aussi détaillées.

Pour mon étude, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes pratiquant ou ayant pratiqué la thérapie assistée par l'animal(TAA), en incluant des animaux dans leur séance de prise en charge. Ces ergothérapeutes devaient pratiquer la TAA avec des enfants

présentant un trouble du spectre autistique. En l'absence d'uniformisation des formations en médiation animale, et l'utilisation de différents animaux, une généralisation des pratiques n'est pas possible. Cette hétérogénéité des formations ne me permet pas de comparer les pratiques de chaque ergothérapeute.

De plus les personnes interrogées, sauf une, ont une pratique de la TAA assez récente : entre 1 et 3ans. Cette expérience de quelques années en médiation animale ne leur permet peut-être pas d'avoir le recul nécessaire pour évaluer leur pratique. Mais aussi sur l'évaluation de l'évolution des enfants à long terme suivie avec cette médiation.

Pour mener mes entretiens de façon semi-directive, je me suis servie d'une grille. Malgré cette grille certains discours ont dévié sur des sujets ne correspondant pas à la question posée. Cela a rendu plus compliquée l'exploitation des réponses. De plus, certaines de mes questions n'ont pas été bien comprises, j'ai donc dû parfois les reformuler. Si je suis amenée à réaliser une étude à l'avenir, je serais d'autant plus attentive quant à la compréhension et à l'interprétation possible de mes questions par l'interlocuteur. Ayant réalisé un de mes entretiens en vidéoconférence, j'ai pu m'apercevoir que la communication non verbale avait un impact important dans notre échange. Si j'avais pu réaliser tous mes entretiens en face à face, ou sous ce format, les échanges auraient été sûrement de meilleure qualité.

Pour avoir une vision plus globale, j'aurais pu interroger des enfants suivis en ergothérapie, et ayant des séances de thérapie assistée par l'animal, ou encore leur parent. Cela m'aurait permis de confronter leurs opinions sur ce type de prise en charge, et d'avoir un autre point de vue sur les apports d'une telle médiation, et sur le ressenti des enfants patients. Malheureusement, je pense qu'interroger des enfants présentant un TSA aurait été difficilement réalisable, de par leur pathologie et plus particulièrement à cause de leur trouble de la communication sociale pour lequel ils sont justement suivis.

Pour avoir une possibilité de généralisation des pratiques, j'aurais pu me fixer sur une activité, ou sur l'utilisation d'un animal en particulier. Cependant, mon échantillon d'observation étant déjà restreint sans spécificité d'activité ou d'animal utilisé, je pense que j'aurais eu des difficultés à obtenir un échantillon exploitable.

4. Perspective de travail.

Suite à ce travail qui a pu aborder et amener des données quantitatives, il serait intéressant d'obtenir des données plus significatives et de mettre en place une recherche quantitative de plus grande ampleur. Des outils découlant du modèle de l'occupation humaine pourraient être utilisés comme évaluation de séance par les ergothérapeutes comme l'ACIS qui signifie Assessment of Communication and Interaction Skills (Annexe VIII). Cet outil permet d'évaluer et de documenter les différentes composantes des habiletés de communication et d'interaction sociale via l'observation de différentes situations de vie réelles. Il permet d'identifier l'impact de l'environnement sur les compétences de la personne. Il évalue plus précisément les domaines des habiletés physiques (contacts, regards, gestes, postures, etc.), d'échange d'informations (contenu du discours, initiative, partage de contenu personnel, expression, etc.) et de relations interpersonnelles (collaboration, respect, conformisme ...).

Une fois cette évaluation plus objective mise en place il pourrait être intéressant de réaliser une étude comparative entre deux groupes de patients. Un groupe d'enfant présentant un TSA, suivis dans le cadre de leur trouble de la communication sociale en séance d'ergothérapie standard et un groupe similaire en thérapie assistée par l'animal mené par un ergothérapeute. Cette étude pourrait démontrer si l'utilisation de la médiation animale apporte une évolution plus favorable ou plus rapide des enfants avec TSA dans l'accompagnement de cette difficulté sociale.

5. Apport personnel

À travers, ce mémoire d'initiation à la recherche, j'ai pu acquérir des bases en terme de recherche, notamment par l'apprentissage et la réalisation de recherches documentaires, et l'application d'une méthodologie de recherche. Mais aussi par la création d'une grille d'entretien, la conduite d'entretien, le recueil et l'analyse de résultats.

Grâce à ce travail de recherche, j'ai pu approfondir mes connaissances sur les troubles du spectre autistique, leur prise en charge et la thérapie assistée par l'animal. J'ai pu aussi approfondir mes connaissances théoriques sur le potentiel thérapeutique, le modèle de l'occupation humaine et les interactions sociales.

De plus, ce travail de fin d'études m'a permis de mener une réflexion sur deux sujets qui me passionnent : la médiation animale et les troubles du spectre autistique. À travers l'élaboration de ma problématique, j'ai pu approfondir mes connaissances sur la pratique en ergothérapie auprès de cette population. Cela m'a ainsi permis premièrement d'adapter par une meilleure approche ma façon de prendre en charge un enfant présentant un TSA lors d'un de mes stages. Deuxièmement, de confirmer mon envie d'accompagner des personnes souffrant de cette pathologie.

Pour finir, grâce à ce travail de fin d'études s'étalant sur plusieurs années j'ai pu perfectionner ma rigueur, mes capacités à fournir un travail continu, et mes capacités d'organisation, ces différentes capacités me seront essentielles dans mon exercice professionnel.

CONCLUSION

« Notre bien-être dépend de nos interactions avec les autres. » Divina Frau-Meigs

Les interactions sociales sont le fondement de toutes relations interhumaines. Elles permettent à celui qui les pratique de créer du lien que ce soit sur un plan social, amical, amoureux, ou familial. La personne qui les pratique se crée aussi une identité sociale qui lui permet de s'intégrer dans la société, en tant qu'individu à part entière. Or les enfants TSA présentent des particularités au niveau des interactions sociales. Leur façon d'interagir socialement peut représenter un retard et/ou avoir un caractère inhabituel. Par exemple, ils peuvent avoir du mal à initier des interactions, à y réagir, à les entretenir, ou même les éviter volontairement par manque d'intérêt, ou car ils ne possèdent pas les habiletés nécessaires. Ces particularités impactent gravement leur vie quotidienne, entraînant une certaine passivité sociale et donc un isolement, et une exclusion sociale.

En France, d'après la stratégie nationale pour l'autisme (2018), et ses recommandations les troubles associés au TSA doivent être pris en charge précocement dans l'optique d'améliorer la qualité de vie des enfants, et leur permettre de se développer de la manière la plus autonome et indépendante possible. Les interactions sociales impactant les enfants TSA sur leur vie quotidienne et sociale, elles devraient donc elles aussi être prises en charge dès le plus jeune âge. Favoriser l'engagement dans ces interactions sociales serait un moyen de permettre à ces enfants d'obtenir plus facilement une place au sein de la société. L'objectif de l'ergothérapeute étant de maintenir, restaurer et de permettre les activités humaines, mais aussi de réduire ou supprimer les situations de handicap, il a donc toute sa place dans la prise en charge des troubles des interactions sociales.

L'objectif de mon étude fut d'identifier comment l'ergothérapeute, à travers la thérapie assistée par l'animal, peut favoriser les interactions sociales d'enfants TSA. L'utilisation d'une méthode clinique qualitative m'a permis d'identifier des éléments importants de réponse. L'étude que j'ai réalisée émet le postulat que le travail des interactions se fait selon deux approches. Dans un premier temps, la TAA menée par un ergothérapeute permettrait le développement des interactions sociales de manière transversale. C'est-à-dire quelle peuvent se travailler à travers d'autres objectifs thérapeutiques (moteurs,

sensoriels, cognitifs, comportementaux, etc.). Ce serait ainsi les échanges et partages induits par l'activité qui participerait à l'émergence d'interactions sociales. Mais aussi l'investissement dans cette activité signifiante pour l'enfant (attractivité et intérêt pour l'activité et/ou l'animal). Dans un second temps, la TAA menée par un ergothérapeute permettrait le développement des interactions sociales de manière directe. Ainsi, la présence de l'animal servirait d'élément motivateur et de support pour inciter les enfants TSA à exprimer des choix et/ou demandes, par le lien et la relation de confiance qu'il induit.

La pratique de la TAA, en séance d'ergothérapie, comme moyen d'atteinte des objectifs de prise en charge, me paraît être une approche à développer, et sur laquelle mener des recherches. En effet il pourrait être pertinent d'effectuer des recherches sur cette pratique de la TAA, plus particulièrement sur ses applications en matière de trouble du spectre autistique, et sa pertinence dans leur prise en charge. Pour cela il serait nécessaire d'effectuer une étude comparative entre un groupe d'enfants TSA, suivis en séance d'ergothérapie standard et un groupe similaire effectuant des séances ergothérapeutiques en thérapie assistée par l'animal. Une uniformisation des formations en médiation animale, et l'utilisation d'outil validé et uniformisé permettraient un regard plus objectif sur cette pratique, et de généraliser les apports.

BIBLIOGRAPHIE

- American psychiatric association. (2015). *Trouble du spectre de l'autisme*. (Traduit par P. Boyer, M.-A. Crocq, & J.-D. Guelfi)
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2016). *Définition de l'ergothérapie*. Consulté le 20-08-2017, sur Association Nationale Française des Ergothérapeutes: <http://www.anfe.fr/definition>
- Autisme France; Autistes dans la Cité. (2012). *Recommandations de bonnes pratiques pour les enfants et adolescents autistes ou TED. Mode d'emploi à destination des familles*. Récupéré sur Autisme France: http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf
- Becerra, T., Massolo, M., Yau, V., Owen-Smith, A., Lynch, F., & Crawford, P. (2017). A Survey of Parents with Children on the Autism Spectrum: Experience with Services. *The permanente journal*, 21. doi:10.7812/TPP/16-009
- Beiger, F. (2016). *L'enfant et la médiation animale : Une nouvelle approche par la zoothérapie* (éd. Enfances, Dunod).
- Centelles, L. A., Etchegoyhen, K., Bouvard, M., & Schmitz, C. (2012). Compréhension des interactions sociales chez des enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme : le langage du corps leur « parle »-t-il ? *L'encéphale*, 28(3), pp. 232-240. doi:10.1016/j.encep.2011.08.005
- Chetrit-Thourot, F., Séguillon, D., & Boursier, C. (2012). Médiation animale, parcours moteur et enfants avec autisme : quels impacts sur les interactions sociales. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*(58), pp. 125-129.
- Colombo, G., Buono, M., Smania, K., Raviola, R., & Leo, D. (2006). Pet therapy and institutionalized elderly : a study on 144 cognitively unimpaired subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42(2), pp. 207-216. doi:10.1016/j.archger.2005.06.011
- Cour des comptes. (2017). *Évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*. Consulté le 02 06, 2018, sur <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/20180124-rapport-autisme.pdf>
- Dechambre, D. (2009). Pratiques spécialisées et méthodes spécifiques : pour qui opter, faut-il choisir ? *ErgOTHérapie*(34), pp. 15-21.
- Eclimont, L. (2017). « Tu peux grandir, je te tiens ! » : *Réflexion sur l'accompagnement thérapeutique en psychomotricité d'adolescents présentant des troubles des interactions sociales. (Mémoire de recherche en Psychomotricité)*. Récupéré sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615500/document>

- Gabriels, R., Agnew, J., Holt, K., Shoffner, A., & Zhaoxing, P. (2012). Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*(6), pp. 578-588. doi:10.1016/j.rasd.2011.09.007
- Garzon, E., & Sillou, J.-M. (2014). Médiation animale et maladie d'Alzheimer: bénéfices sur l'apathie des malades en institution. (Geriamed, Éd.) *La revue de gériatrie*, 39(7), pp. 429-438.
- Hameury, L., Delavous, P., Teste, B., Leroy, C., Gaboriau, J. C., & Berthier, B. (2009). Équithérapie et autisme. *Annales Médico-Psychologique*, pp. 655-659. doi:0.1016/j.amp.2009.12.019
- Haute Autorité de Santé. (2010, Janvier). *État des connaissances : Autisme et autres troubles envahissants du développement*. Récupéré sur Haute Autorité de Santé: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_et_autres_ted_etat_des_connaissances_resume.pdf
- Haute Autorité de Santé; Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et des Services sociaux et Médico-sociaux. (2012). *Recommandation HAS : Autisme et autres troubles envahissants du développement interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Récupéré sur A.N.E.S.M: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions-2.pdf
- Kadar, M., McDonald, R., & Lentin, P. (2012). Evidence-based practice in occupational therapy services. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, pp. 284–293. doi:10.1111/j.1440-1630.2012.01015.x
- Kršková, L., Talarovičová, A., & Olexová, L. (2010). Guinea pigs - The "small great" therapist for autistic children, or : do Guinea pigs have positive effects on autistic child social behavior ? *18*(2), pp. 139-151. doi:10.1163/156853010X491999
- Le Hénaff, I., & Grandgeorge, M. (2017). Effets de l'équithérapie pour 3 enfants présentant le syndrome Smith-Magenis : la tolérance à la frustration et autres apports. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence NEUADO*. doi:10.1016/j.neurenf.2017.04.002
- Marc, E., & Picard, D. (2002). Interaction. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez, & A. Lévy, *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 189-196). doi:10.3917/eres.barus.2002.01.0189
- Martin, F., & Farnum, J. (2002). Animal-Assisted Therapy for Children with Pervasive Developmental Disorders College of Veterinary Medicine. *Washington State University Western Journal of Nursing Research*, 24(6), pp. 657-670.

- Maurer, M., Delfour, F., & Adrien, J. (2008). Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal ; Quelle méthodologie pour quels effets ? *Journal de réadaptation médicale*, 16(88), pp. 153-159. doi:10.1016/j.jmr.2008.09.030
- Mayada, E., & McBreen, M. (2012, Juillet). *L'étiologie de l'autisme*. Consulté le 17-08-2017, sur Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/textes-experts/fr/47/letiology-de-lautisme.pdf>
- Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique ministère de la santé et des sports. (2010). *Diplôme d'état d'ergothérapeute : Référentiel de compétences*. Récupéré sur <http://www.unilim.fr/ilfomer/files/2012/03/Référentiel-de-compétences-DEE.pdf>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Modèle de l'occupation humaine (MOH). Dans *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 72-85). Marseille: De Boeck.
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Troubles du spectre autistique : Aide Mémoire*. Consulté le 20/08/2017, sur Organisation mondiale de la Santé: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>
- Orsonneau, C. (2009, Juin). Potentiel thérapeutique d'activités signifiantes et significatives et réalité virtuelle. *ErgOthérapie*(34 (hors série)).
- Orvoine, C. (2012). Une approche spécifique de la sensorimotricité proposée en ergothérapie : l'intégration sensorielle. *Kinésithérapie, la revue*, 12(128-129), pp. 80-83. doi:10.1016/j.kine.2012.07.015
- Philippe, C. (2014). Intervention de l'animal dans le cadre de la prise en charge des enfants avec TED par les structures médico-sociales en France métropolitaine : état des lieux et propositions. (Thèse de doctorat vétérinaire). Récupéré sur http://oatao.univ-toulouse.fr/11964/1/Philippe_11964.pdf
- Pierce, D. E. (2003). *Occupation by design, building therapeutic power*. Davis Compagny.
- Ranoux, C. (2009, Juin). La compétence sociale du jeune atteint d'autisme. *ErtOThérapies*(34), pp. 41-49.
- Rogers, S., & Dawson, G. (2013). *L'intervention précoce en autisme: Le modèle de Denver pour jeunes enfants*. Dunod.
- Sams, M. J., Fortney, E. V., & Willenbring, S. (2006). Occupational Therapy Incorporating Animals for Children With Autism : a pilot investigation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(3), pp. 268-274. doi:10.5014/ajot.60.3.268
- Samuels, W., Coultis, D., Meers, L., Odberg, F., & Normando, S. (2006). Can an AAI educational programme improve animal welfare? *Proceedings of the VDWE International Congress on Companion Animal Behaviour and Welfare*, pp. 119-128.

- Schaaf, R. C., Hunt, J., & Benevides, T. (2012). Occupational therapy using sensory integration to improve participation of a child with autism: A case report. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, pp. 547-555. doi:10.5014/ajot.2012.004473
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. (2018). *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des trouble neuro-développementaux*. Récupéré sur http://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf
- Volkmar, F. (2013). Dans Springer (Éd.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (Vol. 5, p. 179).
- Weiss, A. (2014). *Qu'appelle-t-on la médiation animale*. Récupéré sur Résilienfrance, Le blog de la médiation animale et des interactions homme-animal: <http://www.mediation-animale.org/quappelle-t-on-mediation-animale/>

ANNEXES

ANNEXE I : Résultat d'enquête exploratoire

ANNEXE II : Modèle de l'occupation humaine

ANNEXE III : Potentiel thérapeutique

ANNEXE IV : Matrices théoriques

ANNEXE V : Grilles d'entretien

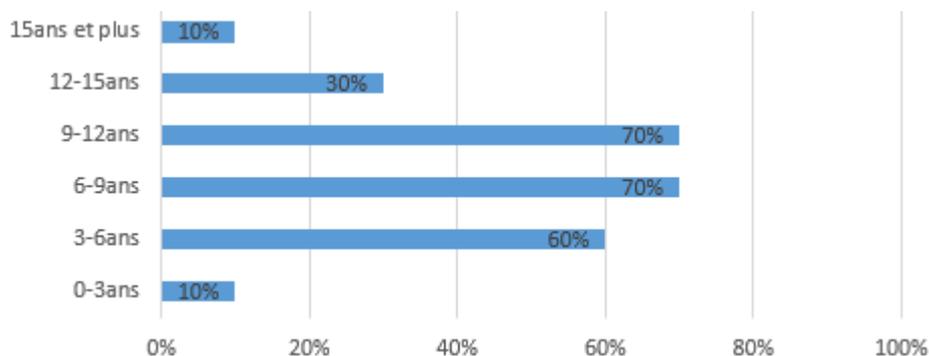
ANNEXE VI : Retranscriptions des entretiens

ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des ergothérapeutes interrogées

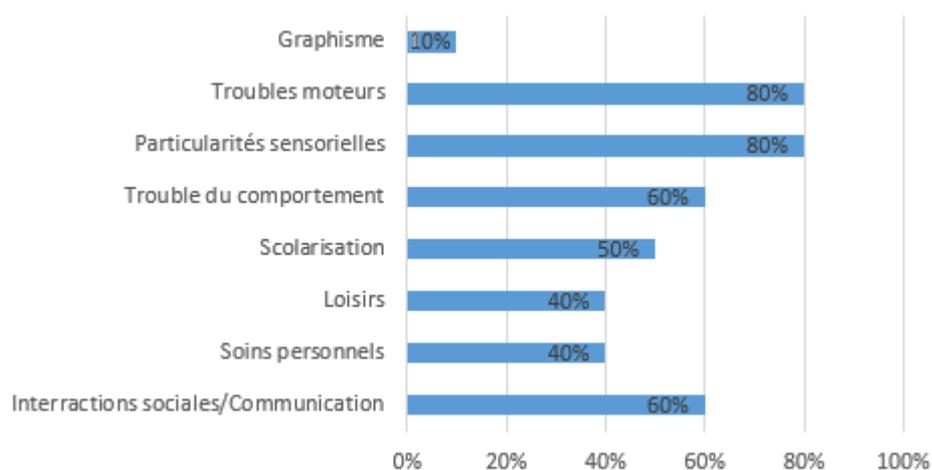
ANNEXE VIII : Grille d'évaluation : Assessment of Communication and Interaction Skills

ANNEXE I : RÉSULTAT D'ENQUÊTE EXPLORATOIRE

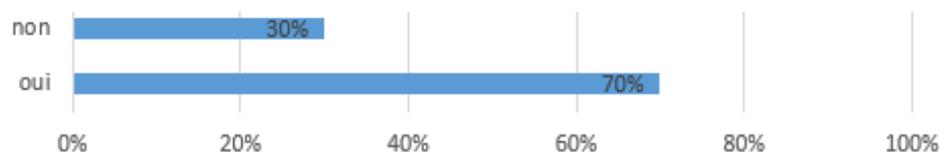
Quelle est la tranche d'âge des enfants que vous prenez en charge ? (plusieurs réponses possibles) [10 réponses]



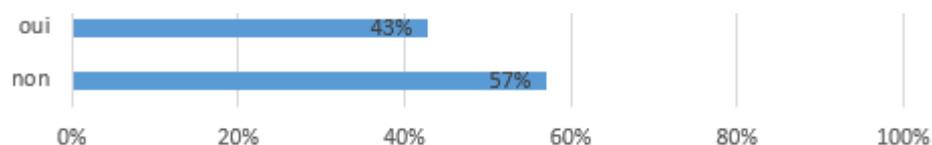
Selon vous, quels sont les domaines principaux travaillés en ergothérapie ? (plusieurs réponses possibles) [10 réponses]



Connaissez-vous l'utilisation de la médiation animale en ergothérapie ? [10 réponses]



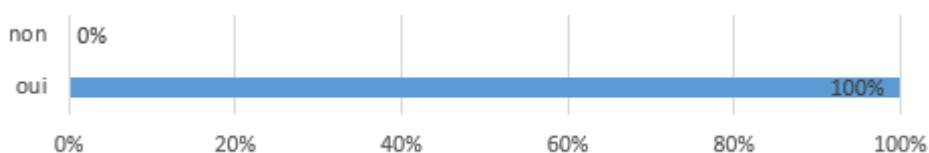
Si oui avez-vous ou utilisez-vous la médiation animale dans votre pratique ? [7 réponses]



Sinon, pour quelle raison ne la pratiquez-vous pas ? [7 réponses]

- 1- Je n'y suis pas formée.
- 2-Manque de moyens et de formation.
- 3-Je ne connais pas.
- 4-Pas réalisable dans mon service.
- 5-Pas les ressources dans ma structure.
- 6- Je ne suis pas formée et n'en ai pas la motivation.
- 7-Pas approprié dans le cadre de mon exercice.

Pensez-vous que la médiation animale soit applicable à la prise en charge des troubles du spectre autistique ? [10 réponses]



Si oui, dans quel(s) domaine(s) de prise en charge pensez-vous que pourrait s'appliquer cette méthode ? [10 réponses]

1-Je ne sais pas.	6-Interaction sociales, parcours moteur
2-Sensorialité, domaines de la communication, apprentissage de certains gestes, communication.	7-Développement des capacités motrices et sensorielles. Domaine de la communication et de la socialisation.
3-Apprendre à socialiser, allez dans des milieux anxiogènes.	8-Capacités sensorielles. Décodage verbal ou non verbal.
4-Chien d'assistance, interactions sociales. Bienfait sur les intérêts restreints, le sommeil, le jeu ...	9-Médiation entre le thérapeute et le patient pour faciliter les interactions durant les premières séances
5-Intégration sensorielle, socialisation	10-Je ne sais pas

ANNEXE II : MODÈLE DE L'OCCUPATION HUMAINE



Schéma du modèle de l'occupation humaine (MOH). Dans « Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux » (pp. 72-85) par Morel-Bracq, M-C. (2017)

ANNEXE III : POTENTIEL THÉRAPEUTIQUE

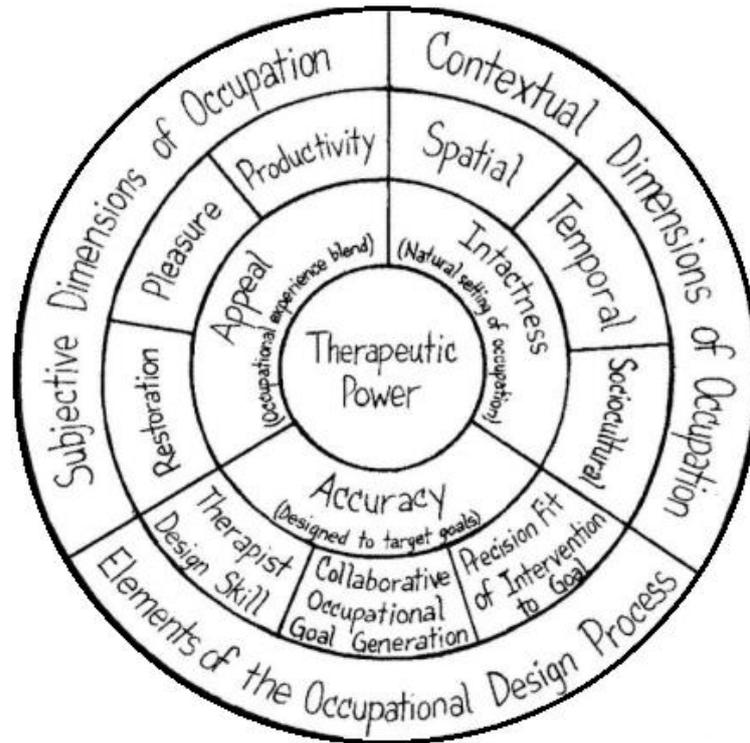


Schéma du principe du potentiel thérapeutique. Dans « *Occupation by design, building therapeutic power.* » (pp. 72-85) par Pierce, D. E. (2003).

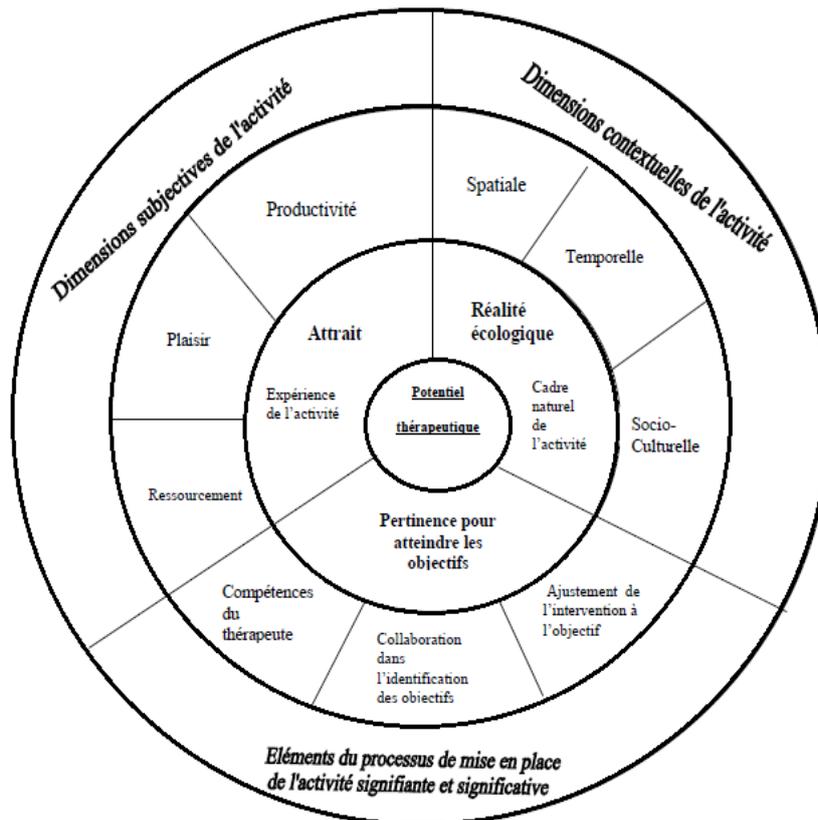


Schéma du principe du potentiel thérapeutique traduit par Mme Morel-Bracq, M-C.

ANNEXE IV : Matrices théoriques

Critères	Indicateurs	Indices	Question
Être	Volition	Le choix d'activité réalisé en fonction des intérêts/plaisirs de l'enfant.	Q1
		Perception de la motivation de l'enfant par l'intérêt à s'engager dans l'activité.	
	Habituation	Les activités routinières de la vie. Identification à un rôle social antérieur ou actuel.	
	Capacité de performance	Les capacités nécessaires pour réaliser avec succès l'activité : motrices, communication, interaction, cognitive, etc.	
Agir	Participation	Observation de l'engagement de l'enfant dans les interactions sociales.	Q1 Q3
	Performance (aptitudes sous-jacentes)	Ensemble des actions réalisées dans un but précis.	
	Habilités (actions observables)	Les habilités d'interaction et de communication : verbale, non verbale, posture, expression. Les habilités motrices : posture physique adaptée.	
Devenir	Identité occupationnelle	Évolution de l'identité observée.	Q4
	Compétence occupationnelle	Amélioration des compétences sociales et d'interactions.	
	Adaptation	Observation d'une meilleure adaptation de l'enfant à son milieu/ environnement Observation d'une meilleure capacité d'auto-ajustement de ses comportements et interactions	
Environnement	Dimension physique et sociale	Lieu et environnement de l'activité adapté à l'enfant Environnement social (participants à l'activité)	Q2 Q4

Potentiel thérapeutique selon Doris PIERCE	Critères	Indicateurs	Indices	Question
	Dimension contextuelle de l'activité : Réalité écologique	Dimension spatiale	Le choix du cadre : lieu de la situation Le potentiel de l'environnement L'expérience vécue de la personne dans l'environnement choisi	Q1
		Dimension temporelle	Le choix du cadre : Durée de la séance, fréquence, et le moment de la journée. Le moment dans la prise en charge où est proposée l'activité	
		Dimension socioculturelle	Habitudes de vie et interactions avec autrui	
	Dimension subjective de l'activité : Attrait	Plaisir	Choix d'une activité signifiante	Q3
		Ressourcement	Émergence et maintien de la motivation exprimé et ressenti par l'enfant lors de l'activité	
		Productivité	Mise en actions des capacités propres de l'individu et de ces efforts.	
	Éléments du processus de mise en place de l'activité : Pertinence de l'activité	Compétence du thérapeute	Concevoir et mettre en œuvre un projet d'intervention en ergothérapie	Question préalable
			Profil et cursus de formation en médiation animale du thérapeute.	
	Ajustement de l'intervention à l'objectif	Ajustement et réajustement de l'intervention et des séances en fonction de l'enfant et des objectifs établis.		

Interactions sociales selon Marc et Picard	Critères	Indicateurs	Indices	Question
	Interactions sociales	Verbale	Contenu verbal	Q3 Q4
			Langage écholalique	
		Non-Verbale	Mouvement	
			Regard, expression faciale	
Position du corps, Position par rapport à l'autre				

ANNEXE V : Grille d'entretien

Question préalable :

Depuis quand êtes-vous diplômé et dans quelle structure travaillez-vous ?

Êtes-vous formés à la médiation animale ? Si oui quelle est votre formation et dans quel organisme de formation l'avez-vous suivi ?

Avez-vous fait une formation complémentaire par rapport à votre pratique ?

Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes

Avec quel animal pratiquez-vous la médiation animale ?

Question d'entretien :

Q1 : Dans quel cadre proposez-vous la médiation animale lors d'un accompagnement avec un enfant autiste ?

- Proposez-vous la médiation animale à tous les enfants présentant un TSA que vous prenez en charge ? Cette proposition de prise en charge en médiation animale venait de qui ? (de vous, de la part des parents, ou de vos supérieurs)
- Quels étaient vos objectifs thérapeutiques ?
- À quel moment de la prise en charge ? De la journée ? Lieu de la séance ?

Q2 : Quels sont les moyens que vous utilisez dans vos séances de médiation animale ?

- Quelles activités réalisez-vous ? Quels animaux utilisez-vous ?
- Pourquoi ces activités et ces animaux dans ces situations

Q3 : Comment percevez-vous l'engagement des enfants dans les séances ?

- Percevez-vous l'attrait que peut avoir cette activité pour l'enfant ?
- Avez-vous connaissance, si ces enfants ont un autre contact avec les animaux (animal de compagnie) ?
- Comment l'enfant interagit-il avec vous et l'animal ?

Q4 : Comment mesurez-vous les effets de cette thérapie ?

- Quels résultats avez-vous ou supposez-vous avoir obtenu ? Comment les évaluez-vous ?
- Les interactions entre l'enfant vous et l'animal évoluent-elles au fur et à mesure des séances ? et pensez-vous que ce soit dû à la présence de l'animal ?

Q-Finale : Selon vous quel est l'intérêt de la médiation animale dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

ANNEXE VI : Retranscriptions des entretiens

Entretien E1 : M : Moi-même, E1 : Ergothérapeute

M : Je vais commencer par des questions préalables puis j'entamerai mes questions d'entretien. Pour commencer, depuis quand êtes-vous diplômée ?

E1 : Alors moi je suis diplômée depuis 2005. (DIPLÔME FRANÇAIS)

M : Lorsque vous pratiquiez la médiation animale avec des enfants autistes, dans quelle structure travaillez-vous ?

E1 : Je travaille au sein d'un IME

M : D'accord, êtes-vous formés à la médiation animale ?

E1 : Alors, il n'y a pas vraiment de formation, on va dire, officielle en France. Donc j'ai été formée par d'autres personnes, qui ... euh ... avait plusieurs années d'expérience en médiation animale, enfin canine surtout.

M : D'accord donc si j'ai bien compris vous n'avez pas suivis de formation dans un organisme ?

E1 : Non, j'ai été dans une association, et puis le directeur, qui formait les intervenantes en médiation animale de l'information m'a formée.

M : Avez-vous fait une formation complémentaire par rapport à votre pratique ? Sur l'autisme ? Ou la médiation ?

E1 : Non.

M : Depuis combien de temps travaillez-vous avec des enfants autistes ?

E1 : Euh ça dépend de quel âge à quel âge on considère les enfants ?

M : Euh ... de 0 à 18ans

E1 : J'ai travaillé un peu plus d'un an avec des jeunes de 6 à 14ans. Et maintenant depuis quelques mois avec des jeunes adultes autistes, de 20/25 ans avec lesquels je pratique aussi la médiation animale.

M : Et pour finir avec mes questions préalables avec quel animal pratiquiez-vous la médiation animale ?

E1 : Exclusivement avec le chien.

M : Alors pour les questions préalables, j'ai fini, je vais passer aux questions d'entretien

E1 : D'accord, allons-y.

M : Dans quel cadre proposiez-vous la médiation animale lors d'un accompagnement avec un enfant autiste ?

E1 : En général, euh ... C'est les équipes, qui sont au sein de l'établissement, qui ont l'habitude de travailler avec nous, qui détermine euh... avec quel enfant ça serait le plus pertinent. Du coup en général, le cadre est plus posé par la structure. Mais on fait un premier contact pour voir si effectivement, on va pouvoir travailler ou pas avec l'enfant. Et en fonction des deux côtés après on se met d'accord sur la prise en charge.

M : D'accord, quels étaient vos objectifs thérapeutiques dans ces séances ?

E1 : Alors les objectifs thérapeutiques ça pouvait aller de la simple stimulation sensorielle, euh... a des stimulations motrices, à créer juste des réactions, à... sinon permettre d'adapter son comportement notamment à l'animal.

M : à quel moment de la prise en charge généralement proposiez-vous cette médiation ?

E1 : Euh ... ça dépend des cas. Mais une fois proposé à un enfant, on lui propose tout le temps ! La démarche c'était vraiment y'avais un premier contact qui était fait. On voyait s'il y avait de l'agressivité ...ou voilà on voyait si l'agressivité pouvait être euh ... canaliser ou pas. Et en fonction de ça on ne mettait pas le chien en danger. Donc voilà si y' avait vraiment un danger énorme pour le chien, on le propose pas dans un premier temps, et on va aller après progressivement vers des séances incluant de plus en plus le chien. Et si on voyait que l'on arrivait à canaliser assez rapidement, ou que l'on trouvait des moyens, à ce moment-là le chien était proposé à toutes les séances, sur tous les temps.

M : Et plus précisément par rapport à la séance même de médiation sur quel moment particulier de la journée avait-elle lieu ? Et quel était son le lieu ?

E1 : Alors euh, le moment particulier de la journée, ça dépendait plus de l'enfant. Euh ... après en général la séance avait lieu toujours sur le même lieu, toujours à la même heure, et sur le même jour de la semaine, pour créer un repère.

M : Quels étaient les moyens que vous utilisez dans vos séances de médiation animale ?

E1 : Euh... le chien déjà. Et après il y avait différents supports que l'on avait dans nos mallettes. Donc ça allait de la bouteille d'eau, toute simple pour euh... donner à boire au chien, des brosses, tout type de support de jeu autour de l'animal. Les supports étaient assez variés. Ça allait du memory, des dominos jusqu'à des objets de la vie quotidienne. Et avec les enfants ont travaillé aussi beaucoup sur les supports photo.

M : Pourquoi aviez-vous choisi le chien en particulier ?

E1 : Euh... le chien en particulier parce que, de tous c'est un peu l'animal qui est reconnu par tous. Et bon après la philosophie de l'association avec laquelle j'ai travaillé c'était que des golden retriever, que des femelles, et l'objectif c'était vraiment d'avoir des contrastes. Premièrement le fait que ce soit un animal à poils long pour le toucher, pour le brossage ou il y avait tout de suite un résultat sur la brosse. Il y avait aussi l'importance de la taille, un animal, ni trop petit, ni trop volumineux, on pouvait donc l'aborder plus facilement. Et les chiennes, car elles ont tendance à être plus douces, moins dans la force et plus affectives que les mâles. Et le chien en général, car je trouvais que c'était l'animal avec lequel on pouvait le plus travailler d'objectif différent, mais aussi, car c'est l'animal le plus facile à faire entrer dans les structures.

M : Comment choisissiez-vous les activités à réaliser avec les enfants ?

E1 : Alors pour commencer c'était soit des séances en individuel soit des séances en groupe de 4 maximum et en général il y avait toujours un soignant de la structure avec nous. En général les séances commencent par un petit temps de connaissance, et après on propose plusieurs activités avec des objectifs semblables, et on voyait s'il y avait un intérêt qui était montré plus particulièrement pour une activité plutôt qu'une autre. Et après on essayait d'aiguiller les activités pour favoriser les transferts d'acquis. Les activités réalisées avec le chien pouvaient se transposer sur l'activité quotidienne : Donner à boire à l'animal dans la gamelle pour se servir à boire, brosser l'animal pour se brosser les cheveux. Ça dépendait vraiment des objectifs définis au préalable et de l'intérêt de l'enfant pour les activités. Et la séance se terminait par un moment d'au revoir au chien et aux intervenants de l'association.

M : Comment perceviez-vous l'engagement des enfants dans les séances ?

E1 : Euh... en général on n'avait pas vraiment d'outils c'était vraiment du subjectif. C'est-à-dire que l'on percevait par l'observation l'engagement de l'enfant. C'est déjà arriver que l'on arrête en cour de séance, normalement on fonctionne sur 16 séances (1 par semaine sur 4 mois). Et on fait un bilan mi-parcours avec les soignants pour voir si effectivement il y avait une amélioration dans le comportement. Mais ça rester vraiment sur des observations subjectives des soignants et de moi-même.

M : Et du coup est-ce que vous perceviez l'attrait que pouvait avoir cette activité pour l'enfant ?

E1 : Ça restait sûr du subjectif aussi. C'est-à-dire que, en général, etc. Après enfin chez des jeunes souffrant d'un trouble du spectre autistique l'attrait et assez flagrant. C'est-à-dire que soit ils ne veulent pas du tout, et dans ce cas on n'arrivera pas à travailler avec eux, soit c'est tout l'autre. En générale dans les séances soit il ne voulait pas du tout et on savait que l'on arriverait a rien ce jour, et ce n'était pas la peine ; soit c'était un engouement tel qu'après ont été même obligé de travailler sur la séparation avec le chien à la fin de la séance. Donc comme je l'ai dit l'attrait c'était vraiment soit pas du tout soit trop. Et après c'était aussi le travail et le moyen de gérer les émotions avec l'enfant.

M : Avez-vous connaissance, si ces enfants avaient un autre contact avec les animaux hors vos séances ?

E1 : Euh ça dépend la structure ou j'ai travaillé. En général il n'y avait pas d'animaux dans les structures, mais il arrivait qu'il fasse des sorties dans les fermes pédagogiques. Donc des fois aussi c'était ça aussi le déclencheur, pour les structures ou les équipes, en gros il allait faire un test dans ces fermes, pour voir un peu la réaction des enfants et après il me demandait d'intervenir sur le plus long terme.

M : D'accord. Comment l'enfant interagissait-il avec vous et l'animal durant les séances ?

E1 : Alors je n'avais qu'une patiente qui avait la parole, alors pour les autres ça passer plus par des expressions du visage, le regard, et beaucoup dans les émotions, et euh... Quand il manifestait de l'intérêt, de l'attrait, ou une joie particulière, ils initier eux-mêmes d'aller chercher certains outils dans la mallette. Et c'est là aussi ou on percevait, soit leur intérêt, soit leur envie d'initier une interaction ou quelque chose, ou. Du coup, on mettait en

général la mallette toujours à proximité, et c'est un peu eux par moment qui décider vers quoi on aller orienter la séance.

M : Si j'ai bien compris, à travers la séance, ils exprimaient vraiment leurs choix par une interaction avec vous, par exemple en allant chercher des objets dans la mallette c'est ça ?

E1 : Tout à fait soit par une action motrice soit par un regard simple ou insistant en général.

M : Comment mesuriez-vous les effets de cette thérapie auprès de cette population ?

E1 : Euh ... toujours du subjectif. On n'utiliser aucun bilan validé, parce qu'en général c'était compliqué de leur faire passer, donc on rester sur, en fait, sur du transfert des acquis au quotidien dans la structure. Les autres professionnels, eux réutiliser les supports ou en créer d'autres en dehors des séances, car une heure par semaine c'était peu. Du coup dans cette structure il avait même créé un support avec une jeune, il avait créé un classeur en prenant des photos dans la séance. Il s'en servait donc comme pictogramme pour travailler à côté. Donc il avait ajouté des photos il mettait l'action par exemple pour l'action « donner de l'eau », il y avait le pictogramme de l'eau et le pictogramme du chien.

M : Si j'ai bien compris ces séances de médiation permettaient de transférer les acquis avec d'autres séances par exemple pour travailler la communication et interaction par pictogramme

E1 : Voilà et après on réutiliser les pictogrammes de cette jeune autiste dans les séances de médiation en lui mettant devant pour permettre lui permettre d'interagir et de communiquer avec nous. Mais aussi pour appliquer ce qu'elle avait pu apprendre, et pratiquer en séance avec l'orthophoniste et les éducateurs. Sans le support du chien, si elle n'avait pas eu cet attrait, elle avait beau étudier l'utilisation du pictogramme cela ne marcher pas trop. Pour moi ces séances étaient donc complémentaires. Ça reste sur du subjectif, mais on voit qu'il y a des progrès sur la communication avec les pictogrammes, dans les séances de médiation, donc c'est qu'il y a un intérêt pour le chien, mais il n'y avait vraiment rien de mesurer.

M : Et du coté par l'observation quels résultats supposiez-vous avoir obtenu ?

E1 : Euh en général c'était vraiment de l'observation de ma part et des soignants qui sont toujours présents aux séances. Eux ils pouvaient vraiment percevoir des changements de

comportement. Je n'ai pas de généralité à faire, mais j'ai quelques exemples. Par exemple pour l'acte de faire un câlin, grâce aux chiens ils ont pu apprendre à adapter leurs gestes et ne pas faire mal aux autres. Pour donner un autre exemple, on a eu un jeune qui a souri pour la première fois lors d'une séance au contact de l'animal, c'était vraiment exceptionnel pour l'équipe qui ne l'avait jamais vu sourire. Et comme dernier exemple on avait un jeune mutique qui a énoncé son premier mot en séances. Ces exemples c'est vraiment pour montrer que des acquis en séance sont transposables la vie quotidienne. En général on est sûr des petits progrès, mais qui sont énormes pour des autistes ?

M : Pour résumer, ces progrès sont au niveau de la communication, des comportements et de l'adaptation à l'environnement. C'est bien ça ?

E1 : oui au niveau de l'adaptation à l'environnement, de l'adaptation aux émotions aussi, et de la spontanéité des interactions lors de la communication notamment.

M : Les interactions entre l'enfant vous et l'animal évoluaient-elles au fur et à mesure des séances ?

E1 : cela évoluait au fur et à mesure des séances. Pour ma part je me mettais plus en retrait pour laisser l'enfant en libre interaction avec l'animal, car je ne travaillais pas la relation entre l'enfant et moi, mais plus particulièrement la relation de l'enfant avec l'autre, ici le chien. Dans les premières séances, l'enfant est absorbée par le chien. Puis au fil des séances, l'enfant s'adresse à moi, mais généralement dans un but précis, avec un langage non verbal : regard d'approbation, regard insistant, des sourires, etc. Après les progrès se voyait d'autant plus avec le chien au niveau des interactions en termes de quantité et qualité, qu'avec moi réellement. Quoiqu'avec le recul les interactions avec moi évoluer aussi, mais je me concentre réellement plus sur la relation au chien que les relations interhumaines.

M : Et pensez-vous que ce soit dû à la présence de l'animal ?

E1 : La présence du chien permet que ça évolue plus rapidement, je pense. Car après le travail de confiance et de relations peut se faire autrement. Le chien à l'avantage de ne pas du tout lui faire de jugement, de valeur, l'animal va généralement vers tout le monde. Donc c'est vrai que le chien quel que soit le comportement qu'il a en face, finalement il est serein, et va entrer en interaction, que la personne ait un handicap moteur, physique, mental, ou

non. C'est l'avantage aussi du chien. Nous soignant il y a des choses ou actes pour lesquelles on va tiquer, et ça va modifier notre comportement, alors que le chien pas du tout. C'est aussi l'avantage du chien c'est que lui va vers les gens spontanément, et les jeunes autistes se retrouve à entrer en contact avec l'animal, un peu surpris, et finalement il y a quelque chose qui s'installe comme un lien.

M : Selon vous quel est l'intérêt de la médiation animale dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

E1 : Hum... l'intérêt... principal ?

M : Je reformule autrement : selon vous que pourraient être l'intérêt ou les intérêts de cette médiation ?

E1 : Hum... l'intérêt... y'en a plein. C'est un peu tout ce que je vous ai dit durant cet entretien. Cela permet de travailler l'adaptation du comportement, l'adaptation à l'environnement, et la gestion des émotions. C'est aussi favoriser la communication par l'entrée en interactions dans les séances avec l'animal et moi-même. C'est de permettre aussi une ouverture sur l'extérieur, car le chien est une médiation vers l'extérieur. Au lieu de se cantonner aux structures le travail c'était aussi d'aller vers l'extérieur, puis le fait d'avoir un chien, les gens sont tout de suite plus ouverts et ce centre sur l'animal pour ensuite entrée en lien avec le maître. Ces expériences-là ou des gens de l'extérieur nous ont parlé, et que s'il n'y avait pas eu le chien dans ces situations il n'aurait pas engagé la discussion avec nous. L'animal est vraiment un acteur de la sociabilisations. L'animal en général a un aspect de neutralité du moment où on prend soin de lui, il s'attache et au final quel que soit le lien adapté ou inadapté, l'animal n'est pas agressif. L'animal est patient et est dans le non-jugement ce qui va favoriser les échanges. L'animal est aussi un outil pour la stimulation motrice de cette population. L'animal permet de travailler un large panel d'objectif thérapeutique surtout en ergo.

M : Avez-vous des remarques ou des points sur lesquels vous souhaitez revenir ?

E1 : Non... Après la particularité de cette population, c'est vrai que c'était vraiment l'aspect ritualisé. On essayer vraiment de garder la même salle, la même configuration, la mallette d'outil était présenté toujours de la même façon avec les mêmes objets, le chien et les intervenants était toujours les mêmes. Tout était calé et s'il y avait un élément qui changer

il fallait vraiment prendre le temps d'expliquer. Ya rien qui bougeait pour vraiment ritualiser et donner des repères. LE fait de cadre, ritualiser au maximum c'était pour permettre à l'enfant d'être sécurisé, rassuré et de permettre à l'enfant de faire confiance et ainsi adhérer à l'activité proposée, et de prendre des initiatives (rituel du bonjour, milieu variable, rituel d'au revoir). En fonction de l'objectif, ce cadre pouvait être amené à évoluer pour faire évoluer la prise en charge par exemple amenée vers l'extérieur.

Entretien E2 : M : Moi-même, E2 : Ergothérapeute

M : je vais commencer par quelques questions préalables puis j'entamerai mes questions d'entretien. Pour commencer, depuis quand êtes-vous diplômée :

E2 : Houlà ! Depuis 1988. (DIPLÔME FRANÇAIS)

M : Lorsque vous pratiquez la médiation animale avec des enfants autistes, dans quelle structure travaillez-vous ?

E2 : Euh... On va dire en IME à l'époque. Voilà, qui veut dire institut médico éducatif.

M : D'accord, êtes-vous formés à la médiation animale ?

E2 : Oui tout à fait. Alors mon média animal c'était le cheval et afin de compléter ma formation d'ergothérapie j'ai suivis la formation « handicheval ». Il y a trois modules et à l'époque j'ai passé les deux premiers modules d'« handicheval »

M : Et en plus de cette formation avez-vous fait des formations complémentaires par rapport à votre pratique ? Sur l'autisme ? Ou la médiation animale ?

E2 : Alors sur l'autisme j'ai fait une initiation, hein, pas une formation. C'était vraiment d'avoir un petit peu les bagages et comprendre un peu mieux ce qu'il en était. Donc, j'ai fait une formation sur la méthode ABA, une formation sur le programme Teacch, et une formation sur la communication non verbale.

M : Combien de temps avez-vous travaillé avec des enfants autistes ?

E2 : Alors euh... Cela à durer 12 ans.

M : Et pour finir les questions préalables avec quel animal, animaux pratiquez-vous ?

E2 : C'était le cheval, plus précisément un cheval de Camargue. C'est-à-dire, ce qu'on appelle un double poney, finalement, avec un très bon caractère.

M : Alors pour les questions préalables j'ai fini je vais passez aux questions d'entretien.

E2 : Allons-y

M : Dans quel cadre proposiez-vous la médiation animale lors d'un accompagnement avec un enfant autiste ?

E2 : Dans quel cadre euh ... C'est-à-dire vous voulez que je vous raconte comment on procédait, comment on choisissait les enfants, et un petit peu la mise en place de l'activité ?

M : Oui voilà ! C'est ça.

E2 : L'indication était faite à partir d'une discussion en équipe et c'était en fait, donc en tant qu'ergo toujours sur prescription médicale. Il n'y avait pas vraiment de prescription écrite c'était juste allez faire l'activité cheval avec l'enfant et c'était selon deux cas de figure. C'était pour gérer les troubles comportementaux, quand l'enfant était un peu trop agité, il allait partout, c'était arriver à le maintenir à un moment donné, à dos en selle, et également d'en profiter pour travailler la communication. C'est-à-dire qu'il y avait des jeux et on essayer de rentrer nous, encadrement, en communication avec l'enfant. Bien sûr au-delà de ça l'enfant lui rentrer en interaction avec le cheval, il s'en occuper et finissait par l'adopter, et voilà c'était très bien. Mais c'était vraiment prescription – comportement – communication.

M : Et du coup plus précisément par rapport à la séance, avait-elle lieu à un moment particulier de la prise en charge, sur un moment particulier de la journée ? Et quel était son le lieu ?

E2 : Alors ce qu'il était important de faire, c'était que ça avait lieu toujours le même jour, à la même heure, au même endroit. C'était vraiment ritualisé, il y avait peut-être quelques changements, car étant une activité de pleins airs ont été parfois un peu embêtés par le mauvais temps ou parce qu'il faisait trop chaud. Mais sinon on y allait le plus régulièrement possible.

M : Quels sont les moyens que vous utilisez dans ces séances de médiation animale ?

E2 : Alors les moyens...

M : En termes d'activités.

E2 : D'accord... Alors d'abord en termes d'activités la première activité c'était de ... En fait, ce n'était pas vraiment une activité, mais le principe était que l'enfant aille vers le cheval et éventuellement le prendre par le licol, le sortir de son étable, l'amener à l'extérieur pour pouvoir mieux le brosser. C'était une première activité de contact et de brossage du cheval. C'était vraiment des gestes très rapides. Il y avait aussi l'activité de nourrir le cheval, de se rendre compte qu'il avait un visage et une tête un peu grande avec des dents. Les enfants avaient souvent peur des dents ailleurs. Donc il arrivait à leur donner le pain. Après il y avait la mise à cheval, elle avait lieu soit du sol au dos de l'animal classiquement ou soit on avait la possibilité d'avoir un piédestal pour que l'enfant se retrouve à la même hauteur que le cheval pour monter en selle. Après on dégager le cheval et à ce moment-là il se rendait compte qu'il était un peu plus haut, mais ça allait il y avait le balancement du cheval. Et l'activité ensuite c'était... tout dépendait de l'enfant. C'était soit dans un premier temps, marché avec le cheval (enfant sur le cheval), et nous on était toujours à côté. Soit une activité de jeu, c'est-à-dire que l'on allait d'un endroit à l'autre du manège. Et le stade au-dessus, mais qui était très rare à faire c'était à la longe c'est-à-dire que l'on faisait tourner le cheval, et à ce moment-là, dans le cadre de l'activité on s'éloigner du cheval et de l'enfant, on était plus en contact de l'enfant le seul contact que l'on avait c'était la longe finalement. C'était pour se détacher de l'enfant, pour qu'il soit seul avec le cheval... J'ai répondu à votre question ?

M : Oui, oui. Pourquoi avez-vous choisi ces activités et le cheval en particulier ?

E2 : Alors parce que c'était un établissement (chevaux) qui se trouvait à proximité, et donc avait la possibilité de s'y rendre, et d'avoir des chevaux de promenade avec un super caractère donc très bien, très bien pour qui que ce soit, l'enfant, le touriste, etc. Voilà les chevaux étaient vraiment de bonne constitution. Il y avait un choix aussi culturel, et un choix de ma part, car j'ai toujours fait de l'équitation. Moi-même je fessai du cheval donc c'est quelque chose qui m'est venu naturellement. Et voilà ça s'est trouvé naturellement comme ça. Je ne pourrais pas vous en dire plus, car comme vous pouvez vous en rendre compte, ça remonte quand même à loin c'était entre 1991 et 2013.

M : D'accord et vous n'avez pratiqué la médiation animale qu'avec le cheval ou avec d'autres animaux ?

E2 : Euh non. Mais par la suite du faite qu'il y avait cette ouverture, l'équipe éducative, a réfléchi après à avoir peut être un poulailler, il y a eu aussi un chien dans l'établissement qui a été très bien perçu, et après comme il y avait des normes sanitaires, il était interdit d'avoir des chats, mais c'est assez ouvert par rapport aux animaux. On aurait pu en avoir d'autres, finalement. Le rapport à l'animal et le média animal étaient un principe acquis dans cette structure.

M : Du coup comment perceviez-vous l'engagement des enfants dans l'activité ?

E2 : Pour un enfant autiste déjà ... ce n'est pas tant son implication... il est toujours voilà... un enfant reste un enfant, qu'il soit autiste ou pas. Il y a toujours une forme de curiosité, donc s'il y a une espèce de dynamisme dans le groupe, il viendra avec nous il n'y a pas de problème. Euh ...donc il va s'investir il n'y aura pas de soucis ni de craintes. Au fur et à mesure des activités d'ailleurs il changeait d'attitude. Quand on était à l'extérieur avec le cheval, et ça se passait très bien. Il avait en quelque sorte appris les codes pour entrer en communication. On a peut-être eu, des petites difficultés avec enfant au départ, après ça remonte à loin. Par rapport aux parents qui craignaient un petit peu. Voilà. Mais après quand il se rendait compte que l'enfant, ça lui faisait énormément du bien et que des fois il leur parler de cette activité, c'était quelque chose de très intéressant. Au fil des séances, les enfants exprimés, plus facilement, leur demandes, et prenaient vraiment de la distance avec nous.

M : Et du coup est-ce que vous aviez perçu l'attrait que pouvait avoir cette activité pour l'enfant ?

E2 : Donc, c'est socialisant, les enfants avaient après la séance quelque chose à dire ou partager avec leurs parents ou aux autres enfants de l'établissement donc c'est quelque chose de socialisant. Ya aussi ce côté que enfin comme il était monté sur le dos du cheval, il voyait les choses de haut, et il nous voyait en bas. Il avait lors de cette activité une vue différente. Ya des odeurs particulières aussi bien sûr. Par rapport au fait que ce soit une activité de plein air, il y a des choses aussi qui se jouent par rapport à la température et à la météo, mais aussi la nature. Et le soin qu'on doit apporter à cette masse musculaire, c'est-à-dire de le brosser de le nourrir. Il y a certaines normes de sécurité, comme

notamment pour passer derrière, il faut passer près de lui et pas loin, au contraire il faut presque le toucher pour passer derrière. Enfin avais aussi des codes de sécurité, bien mettre la main à plat pour donner le pain, ne pas taper trop fort, ne pas crier, ne pas faire de geste brusque. Donc l'attrait je pense que sans que nous on ait à dire quoi que ce soit, le cheval a en fait une communication avec tous les êtres humains et entre autres avec les enfants. Ce que l'on retrouve aussi pour le chien également. Le chien aussi à ce côté-là communicant et attractif. Cette médiation en tant qu'ergo c'était ça, c'était de développer la communication. Ce n'était non pas à moi de lui dire comment on dit ça comment on voilà... C'était le cheval qui nous permettait d'entrer en interaction avec l'enfant.

M : Avez-vous connaissance, si ces enfants avaient un autre contact avec les animaux hors vos séances ?

E2 : Comme je l'ai dit précédemment, il y a eu un chien dans l'établissement. Après je n'ai pas notion s'ils avaient d'autres contacts en dehors de l'activité cheval.

M : D'accord. Et comment l'enfant interagissait-il avec vous et l'animal au cours de ces séances ?

E2 : Et bien curieusement, lors de l'activité, on n'existait plus, nous l'encadrement, et ils interagissaient essentiellement avec le cheval. Après dans la structure, j'étais, moi associer au cheval. Donc je pouvais associer l'activité cheval à des transpositions dans les activités de la vie journalière. Je pouvais dire par exemple, maintenant va aller te laver les mains comme on fait, et comme on lave le cheval. J'essayais d'associer des choses que l'on avait vues pendant l'activité cheval, à des choses que l'on faisait dans le milieu de la structure. On pouvait en effet utiliser dans l'IME tout ce que l'on faisait dans le cadre de l'activité cheval. On a eu de beaux résultats en fait aussi.

M : Ce que vous venez de dire fait le lien avec ma question suivante. Comment mesuriez-vous les effets de cette thérapie auprès de cette population ?

E2 : Alors, ils étaient mesurés... Alors c'est vrai que l'on n'avait pas vraiment de bilans ou d'évaluations propres à l'ergothérapie en matière d'autisme. On pouvait juste constater un comportement adapté, plus calme. C'est-à-dire que lors de l'activité, le surplus d'énergie d'un jeune enfant bah, il se vider comme ça il était bien avec le cheval. Et une communication ... et plus d'attention dans le quotidien. C'est ça dans le comportement et

la communication on voyait réellement un changement d'attitude. C'était essentiellement des observations malheureusement. À l'époque j'utiliser la... j'utiliser rien, je n'avais rien. C'était dans les premières années, et ce n'est pas évident d'avoir des évaluations déjà pour l'autisme et pour l'activité cheval. C'était vraiment les prémices. J'étais mal vue au début par les éducateurs, car il pensait que je m'amuser lors de l'activité. C'était vraiment les prémices, et malheureusement il n'y avait pas d'évaluation, maintenant si je devais faire cette activité avec des enfants ou des adultes autistes, c'est vrai que je serai plus vigilante par rapport à ça. C'est-à-dire faire une évaluation, avoir un maximum de cotation, ne serait-ce que de faire une MIF, ou de voir avec mes collègues qui faisait des évaluations ou ça en été. Ce serait de faire une série d'activité et réévaluer pour voir ce qu'il en était. Voir s'il y avait une évolution ou non. Voilà c'est ce que je pourrais faire à l'heure actuelle, mais pas à l'époque malheureusement.

M : Les interactions entre l'enfant vous et l'animal évoluaient-elles au fur et à mesure des séances ?

E2 : Alors comme je vous disais précédemment, dans une autre question oui. C'est-à-dire au niveau de l'autonomie, après il faut être vigilant et regarder ce qui se passe hein parce que quand on arrivait il fallait voir aussi, non pas l'état de l'enfant de nervosité et autre, mais aussi l'état du cheval. Est-ce que lui aussi été prêt à entrer en interaction. Il faut avoir aussi une certaine connaissance en termes d'animal, quels qu'ils soient, que ça soit pour le chien ou pour le cheval, qu'il soit lui aussi prêt et qu'il perçoit qu'il y a quelqu'un qui vient. Après, les enfants ont été par des gestes ritualisés et routiniers capables au fur et à mesure des séances de se détacher de nous après on était là pour accompagner pour par exemple finir le brossage, mettre la selle, etc.

M : Et pour finir avec ma dernière question selon vous quel est l'intérêt de la médiation animale dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

E2 : La médiation animale pour moi est un plus que l'on peut apporter. C'est un outil supplémentaire pour pouvoir répondre à des demandes d'un enfant, c'est-à-dire qu'il y a des enfants autistes garçon majoritairement sont plus demandeur de ce genre d'activité. Et c'est en complément de tout ce qu'il peut y avoir de l'ordre du travail de la communication, après avec les éducateurs et les orthophonistes tout ça on pouvait jouer, enfin jouer, on pouvait faire appel à des pictogrammes ou a des choses comme ça en lien

avec l'activité. Les éducateurs savaient ce qu'il en était également, et pouvaient rentrer en communication ou utiliser le support de l'activité cheval comme sujet de travail. C'est vraiment quelque chose que l'on travailler en commun. Le média cheval, était entre autres entre moi et l'enfant lors de l'activité, mais il devenait aussi un média même si le cheval n'était plus là. En l'absence de celui-ci ça devenait une référence sur laquelle on pouvait se baser par la suite. Pour moi il y a un intérêt thérapeutique à utiliser ce média ergothérapie. C'est un complément de ce qui existe, ça ne peut pas être que ça, c'est un complément. Ça peut correspondre à des formes d'autisme multiples. Il y a eu des enfants autistes auquel on n'aurait jamais proposé, mais il y en a d'autre ou on voyait bien que c'était quelque chose à faire.

M : Avez-vous des remarques ou des points sur lesquels vous souhaitez revenir ?

E2 : Oui alors je souhaite juste vous développer quelque chose. Premièrement je ne travailler pas seule, je travailler avec une AMP, ce qui est vraiment important et en fonction des groupes pris en chargeons été trois, donc il y avait une AMP sur et une éducatrice en renfort. L'activité durée sur deux heures de temps, et on avait un maximum de 4 enfants. Ensuite pour cette activité cheval, on essayer quand même de mettre en place le port de bombe sur la tête, le casque, et il était important également que l'enfant comprenne que c'était une activité ou il fallait être habillé qu'on n'y allait pas en short, qu'il fallait une tenue adaptée. Ça aussi c'était une notion importante. Voilà ce sont des éléments que vous n'avez pas abordé dans votre questionnaire et que je trouve important d'évoquer.

Entretien E3 : M : Moi-même, E3 : Ergothérapeute

M : Je vais commencer par quelques questions préalables puis j'entamerai mon entretien. Pour commencer, depuis quand êtes-vous diplômée :

E3 : Depuis juillet 2015. (DIPLÔME FRANÇAIS)

M : Lorsque vous pratiquez la médiation animale avec des enfants autistes, dans quelle structure travaillez-vous ?

E3 : dans la mienne. Alors en fait, je suis en libérale, mais c'est surtout que depuis peu j'ai ouvert une ferme thérapeutique.

M : D'accord, êtes-vous formés à la médiation animale ?

E3 : Oui, alors c'est plus spécifiquement la médiation équine que médiation animale. Euh et j'ai suivis cette formation pendant un stage d'étude en ergothérapie chez « Hippopassion », c'était en Belgique.

M : Et en plus de cette formation avez-vous fait des formations complémentaires par rapport à votre pratique ? Que ce soit sur l'autisme ? Ou la médiation animale ?

E3 : À l'heure actuelle, non, mais je compte bien faire d'autres formations pour me former davantage. Mais comme c'est couteux, c'est difficile, souvent de pouvoir se les financer. Donc j'attends un petit peu pour pouvoir me les financer quand j'aurais un peu plus d'argent.

M : Combien de temps avez-vous travaillé avec des enfants autistes ?

E3 : Euh... ça va faire deux ans parce que j'en ai eu en libérale, et j'en ai à la ferme en tant qu'ergo aussi. Donc du coup ça fait deux ans que je suis installée en libérale.

M : Et pour finir les questions préalables avec quel animal, animaux pratiquez-vous la médiation animale ?

E3 : Alors c'est principalement avec les chevaux, après j'ai aussi des chèvres, mais c'est principalement avec des chevaux.

M : Alors pour les questions préalables j'ai fini je vais passez aux questions d'entretien.

E3 : D'accord

M : Dans quel cadre proposez-vous la médiation animale lors d'un accompagnement avec un enfant autiste ?

E3 : Euh, etc. C'est-à-dire dans quel cadre ? Hum... le cadre de l'environnement ou de prise en charge ?

M : Plus dans le cadre de la prise en charge, comment êtes-vous amenées à prendre en charge ces enfants ?

E3 : Alors dans un premier temps la majorité des enfants que je suis à la ferme thérapeutique, c'est des enfants que je suis au départ dans mon cabinet en libérale. Donc je fais passer des évaluations, des bilans, et après en général on commence toujours par un accompagnement en cabinet. Et quand je vois que ça peut, etc. Fin que la médiation équine

peut apporter un plus dans la prise en charge de l'enfant, qu'il est sensible plutôt aux animaux on va dire, je propose et j'oriente plus vers la médiation équine. En fait c'est principalement les enfants autistes qui sont suivis dans mon cabinet que je suis en médiation équine, mais parfois il arrive que ce soit les parents qui viennent vers moi directement pour une prise en charge ergo avec la médiation équine. Après l'autisme ou les troubles du spectre autistique c'est très large, j'ai en prise en charge des autistes classés en autisme sévère ou d'autre qui ont un autisme asperger donc ce n'est pas du tout la même prise en charge.

M : Quels étaient vos objectifs thérapeutiques dans ces séances de médiation équine ?

E3 : ça dépend beaucoup, mais ceux-ci sont très large, ça peut être amélioré les praxies, améliorer la motricité, la coordination bimanuelle. Mais ça peut être travaillé aussi au niveau sensoriel, sur le touché. Hum, etc. Ça peut être aussi travaillé au niveau de la relation à autrui, le contacte avec l'animal. Ça peut être très, très large en fait. Ça peut être autant accès sur le plan de la motricité que sur le plan sensoriel, que le plan interactif ou sur le cognitif, donc ça dépend vraiment de chaque enfant.

M : Et ces séances à quel moment de la prise en charge ? De la journée ? Lieu de la séance ?

E3 : Une fois que les bilans ont été faits et que les objectifs ont été définis, c'est à ce moment-là que l'on peut commencer la prise en charge en médiation équine. Alors comme je vous le disais tout à l'heure ça peut être soit des enfants que j'ai déjà vu et suivis dans mon cabinet et que j'ai réorienté vers de la médiation animale pour faire autre chose et allez plus loin, soit des enfants avec qui on commence directement par la médiation équine. En ce qui concerne plus particulièrement la séance elles ont toujours lieu à la ferme thérapeutique qui m'appartient, et après c'est souvent le samedi après-midi ... Oui c'est ça généralement le samedi après-midi. Et ensuite c'est régulier, une fois que c'est mis en place, c'est très rare que ça change. On essaye de garder vraiment le même cadre.

M : Quels sont les moyens que vous utilisez dans vos séances de médiation animale ?

E3 : alors les moyens, ça va être euh ... on travaille toujours dans un manège fermé pour deux choses premièrement c'est sécurisant et c'est englobant. J'utilise aussi des pictogrammes ou des images pour travailler au niveau de la ritualisation et de l'autonomie

de l'enfant. Après j'ai beaucoup de matériel psychomoteur, on va dire, j'ai des cerceaux de couleur, des balles de différentes couleurs et textures, des plots colorés. Je dirai que ce matériel qui me sert de support est pédagogique et psychomoteur, on va dire.

M : Avec ces moyens quelles activités réalisez-vous ?

E3 : Alors on a plusieurs étapes dans la prise en charge on commence souvent par travailler au niveau de l'accueil c'est-à-dire, dire bonjour au cheval, c'est vraiment le rituel de préparation, on va voir le cheval, on lui dit bonjour. Ensuite c'est tout le stade du pansage (brosser, nettoyer, seller), dans cette étape on travaille beaucoup au niveau sensoriel, au niveau praxies et au niveau de la motricité par ce qu'il faut mettre tout le matériel sur le cheval, attacher avec des objets qui ne sont pas toujours faciles à attacher, par exemple les sangles. Donc voilà du coup c'était la première étape. Ensuite on prend le temps de monter à cheval des fois, donc ça dépend des fois je vais commencer par du travail à pied ou des fois je vais faire que du travail à pied dans le manège, et des fois ça peut être du travail à pied puis après on monte ou encore que monter pendant toute la séance. Ca dépend vraiment de l'évolution de l'enfant, de ce qu'il souhaite, de ce qu'il est prêt ou pas à faire, donc ça, c'est vraiment propre à chaque enfant. Une fois que l'on monte on travaille avec un parcours moteur, fin moteur en général, mais cela aussi c'est pareil ça dépend des objectifs. Ça peut être un jeu, ça peut être par exemple joué à jacques a dit, travailler au niveau fonctionnel, c'est vraiment très varié. Pour ma part en séance, j'essaye de me mettre à distance, de m'effacer un peu pour laisser la place à média cheval et à la relation enfant/animal. Les enfants font leur vie avec le cheval et c'est dans ces temps qu'ils s'épanouissent le plus. Pour vous faire une synthèse on a en général un quart d'heure de préparation, ou on réalise pansage et le rituel d'accueil, ensuite on a entre un quart d'heure et trente minutes de travail dans le manège, après on a un quart d'heure de balade, puis pour finir un quart d'heure, ou on enlève le matériel du cheval, lui donne à manger, et lui dit au revoir. Ça, c'est dans la majorité des cas, mais ça ne se passe pas toujours comme ça, car chaque enfant est différent, chaque prise en charge est différente.

M : Pourquoi avez-vous choisi ces activités et le cheval en particulier ?

E3 : Euh houlà c'est compliqué comme question ça. Je crois que déjà j'ai cette sensibilité en moi, après j'ai découvert les chevaux un peu tard parce que je ne faisais pas du tout de l'équitation. Ça vient aussi des gens que j'ai pu rencontrer. En effet j'ai rencontré quelqu'un

dans ma vie qui m'a fait découvrir les chevaux et donc j'ai été très sensible à cet animal moi-même dans un premier temps. Et après dans mon travail d'ergothérapeute et grâce à mon stage en Belgique avec les chevaux, je me suis rendu compte que ça a apporté vraiment beaucoup, beaucoup, de choses. Et du coup c'est là que je me suis dit, je veux faire ça, car j'ai pu voir des enfants faire d'immenses progrès, et que ça apporte vraiment beaucoup de chose à plein de niveaux comme j'ai pu dire tout à l'heure sur le plan moteur, le plan cognitif, le plan sensoriel, le plan émotionnel. C'est vraiment intéressant comme outil, et c'est des choses que l'on n'a pas du tout quand on est dans un cabinet lambda ou dans une structure lambda, ou que l'on fait des jeux avec les enfants. Ce n'est pas la même chose là il y a le lien avec le cheval et l'activité avec le cheval qui apporte quelque chose en plus. Déjà l'animal n'est pas jugeant, il ne va pas dire à l'enfant que ce qu'il fait et bien ou pas bien, et c'est ça qui est intéressant dans le travail là c'est vraiment le relationnel avec le cheval et ce qu'il peut apporter.

M : Comment percevez-vous l'engagement des enfants dans les séances ?

E3 : Alors ça se voit directement, en général les enfants sont très engagés parce que pour eux en fait, ils viennent pour le cheval et pour la relation avec celui-ci. Les enfants viennent vraiment pour s'amuser, pour voir l'animal, pour passer du temps avec l'animal. Le lien avec l'animal rend positive et significative l'activité qui parfois en cabinet peut être moins positive en ergothérapie, car on fait des travaux, on travaille par exemple la motricité et même si on passe par le jeu ce n'est pas toujours signifiant et facile de les investir dans l'activité. Alors que là le côté ludique, il est tout de suite présent, et il est là grâce à l'animal. L'animal fait aussi vraiment ce lien entre l'ergothérapeute et l'enfant.

M : Avez-vous connaissance, si ces enfants ont un autre contact avec les animaux (animal de compagnie) ?

E3 : Alors oui en général avant de commencer la prise en charge je demande toujours s'ils ont des animaux à la maison ou un attrait pour les animaux. Alors en général ils ont des chiens, des chats, des rongeurs, voilà, etc. Il y en a même qui ont déjà des chevaux à la maison. Pour préciser je suis dans un milieu très ... euh, je suis à la campagne, donc c'est très, très, courant que les enfants aient des animaux à la maison y compris des chevaux. Après j'ai un enfant que je suis en séance de médiation équine qui avec sa structure IME fait de la médiation animale, même si je pense que ce n'est pas trop encadré.

M : Comment l'enfant interagit-il avec vous et l'animal ?

E3 : Alors ça dépend des enfants que je suis et des enfants en général. Alors il y a des enfants qui au départ non pas du tout de relation avec l'animal, et qui monte dessus comme sur une machine, car ils ne comprennent pas que c'est un être vivant, et qui au fur et à mesure de la prise en charge sont plus dans le contact, le toucher, pour résumer dans des interactions non verbales. Par exemple j'avais un enfant qui pour dire bonjour toucher le cheval du bout des doigts, et maintenant il entre directement en contact avec lui et lui fait des bisous pour lui dire bonjour. Donc voilà ça a beaucoup évolué, et c'est ça qui est intéressant et qui montre que le travail a porté ses fruits. En général la relation animale est très positive, mis à part cet enfant que je vous ai parlé qui ne parle pas les autres enfants interagissaient non verbalement et verbalement avec l'animale. Pour l'interaction avec moi, pour ma part en séance, comme je l'ai dit je me mets à distance je m'efface un peu pour laisser la place au cheval et à la relation enfant/animal. Et ce n'est pas plus mal, car je suis là pour diriger, assurer la sécurité, expliquer comment fonctionne les exercices, recadrer quand il faut, mais en général, les enfants font leur vie avec le cheval et c'est qui s'épanouisse le plus. Après pour résumer, il y a des enfants qui vont être très dans la parole, ils vont avoir besoin de beaucoup parler à leurs chevaux, amener des choses, leur raconter leur semaine, les disputes, ou leur dire qu'ils les aiment. Après il y a des enfants qui vont être plus dans la gestuelle par des bisous, des caresses des câlins, mais après en général, il essaye plus d'interagir avec la parole ou des bribes de mots.

M : Comment mesurez-vous les effets de cette thérapie ?

E3 : Alors c'est ça qui est compliqué dans l'équithérapie ou la médiation équine, c'est pour cela que je fixe des objectifs ergothérapeutiques précis. Pour pouvoir évoluer dans le temps et noter une progression ou non. Par exemple si je dis dans mes objectifs favoriser la relation avec autrui et du coup, là on voit bien quand l'enfant a plus de relation avec moi ou le cheval ou qu'il interagit plus avec nous, on voit bien qu'il y a une évolution. Alors effectivement ce n'est pas quantifiable, on ne va pas pouvoir mettre dans des cases il avait 1 et maintenant il a 3, mais par contre ce sont plus des choses que l'on va pouvoir observer. On va voir clairement que l'enfant évolue par rapport à son comportement et ces actions. Par exemple j'ai un petit garçon que je suis depuis 6 mois et au début il ne calculait pas du tout le cheval, il le touchait du bout des doigts, et maintenant il est capable d'aller lui dire

bonjour, de lui faire des bisous, des caresses, et même parfois des câlins au niveau de l'encolure. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question, mais je mesure les effets de ma prise en charge et l'évolution des enfants grâce à l'observation et les objectifs définis.

M : Quels résultats avez-vous ou supposez-vous avoir obtenu ?

E3 : Alors de manière générale l'autonomie de l'enfant. Après au niveau moteur on perçoit des progrès au niveau des praxies et de la motricité globale et fine. Sur le plan de l'expression, c'est-à-dire au niveau du langage et des émotions. En effet l'enfant va progresser sur l'expression des émotions que ce soit au cheval ou à moi, et aussi développer ses capacités générales d'expression, par une expression verbale plus fluide, une meilleure locution, ou une meilleure utilisation de pictogramme.

M : Selon vous quel est l'intérêt de la médiation animale dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

E3 : Pour moi je pense que la première chose c'est vraiment le fait de développer la relation à autrui, de lien, et émotionnelle via la relation équine. Après c'est un outil qui permet d'avoir un interlocuteur, ici l'animal, qui soit non-jugeant, qui est un être vivant sensoriel. Le cheval lui a un fonctionnement cérébral, se basant essentiellement sur des aspects sensoriels, ce qui est vraiment important avec des enfants autistes qui ont tendance à s'exprimer de la même manière on va dire. Ils s'expriment beaucoup avec leur sens. Du coup au niveau social d'utiliser le langage, d'avoir un rapport à l'autre, par leur comportement, c'est beaucoup plus compliqué de gérer cet aspect-là sensoriel. Et donc je pense que le cheval est un peu le miroir de l'enfant et donc l'enfant se retrouve à travers lui et évolue donc plus facilement. Après pour répondre à votre question la médiation animale est pour moi un outil complémentaire ou en supplément de la prise en charge lambda en ergothérapie. Grâce à la médiation animale, ici la médiation équine pour moi, l'ergothérapeute peut travailler dans un aspect ludique des objectifs ergothérapeutiques dans les domaines de l'autonomie, le langage oral ou par pictogramme, sensoriel, moteur, développemental. La médiation animale est une corde supplémentaire à l'arc de l'ergothérapie pour développer les capacités de personne en situation de handicap et comme pour ma part dans le cadre de suivis d'enfant autistes.

M : Avez-vous des remarques ou points sur lesquels vous voulez revenir ?

E3 : Euh non pas spécialement. Je pense avoir tout dit.

Entretien E4 : M : Moi-même, E4 : Ergothérapeute

M : Je vais commencer par quelques questions préalables puis j'entamerai mon entretien. Pour commencer, depuis quand êtes-vous diplômée :

E4 : Alors je suis depuis 2011. Je ne sais pas si ça vous intéresse, mais c'est un diplôme d'état d'ergothérapie Français

M : Lorsque vous pratiquez la médiation animale avec des enfants autistes, dans quelle structure travaillez-vous ?

E4 : Alors je pratique la médiation animale auprès de cette population dans le cabinet libéral dans lequel je travaille.

M : D'accord, êtes-vous formés à la médiation animale ?

E4 : Alors oui j'ai suivi une formation de 15 jours de trois modules à l'Institut Français de Zoothérapie.

M : En plus de cette formation avez-vous fait des formations complémentaires par rapport à votre pratique ? Sur l'autisme ? Sur la médiation animale ?

E4 : Effectivement, depuis que je suis diplômée j'ai continué à me former auprès de l'ANFE et auprès des structures pour lesquels j'ai travaillé. Ces formations portées sur différente thématique telles que des évaluations, des méthodes de prise en charge et l'autisme.

M : Combien de temps avez-vous travaillé avec des enfants autistes ?

E4 : Cela fait à peut près 4ans puisque ça fait 5 ans que je suis en libérale. Mais lors de mes débuts en libérale je ne pratiquais pas la médiation animale. Je la pratique depuis 3 ans.

M : Et pour finir les questions préalables avec quel animal, animaux pratiquez-vous la médiation animale ?

E4 : Alors je pratique la médiation animale avec de petits animaux de type rongeur essentiellement des Lapins et Cochons d'Inde.

M : Alors pour les questions préalables j'ai fini je vais passez aux questions d'entretien.

E4 : Pas de soucis allons-y.

M : Dans quel cadre proposez-vous la médiation animale lors d'un accompagnement avec un enfant autiste ?

E4 : Alors pour commencer les enfants avec lesquels j'utilise la médiation animale sont les enfants que je suis dans mon cabinet, c'est-à-dire que je ne fais pas de prestation de médiation animale en externe. Tous les enfants que je suis et tous les enfants suivis pour un trouble du spectre autistique n'ont pas de la médiation animale dans leur séance. De plus je ne pratique pas la médiation animale avec mes rongeurs qu'avec des enfants autiste, je l'utilise aussi avec des enfants TDAH, ou trisomique par exemple. L'intégration de l'utilisation des animaux en séance se fait généralement par une proposition de ma part pour aller plus loin dans la prise en charge, pour suppléer mon approche ou comme alternative. Elle se fait aussi parfois par une demande directe des parents qui s'orientent dans mon cabinet sachant que je j'intègre les animaux à ma prise en charge ergo. Je tiens juste à préciser que quand j'intègre l'animal en séance je suis et reste ergo, la médiation animale est un outil de l'activité ergothérapeutique pour ma part.

M : Quels étaient vos objectifs thérapeutiques dans ces séances incluant l'animal ?

E4 : Pour ma part l'animal peut être un élément motivateur pour initier la relation entre l'ergothérapeute et l'enfant par ce que même si l'enfant présente un trouble du spectre autistique il a toujours cette curiosité propre à l'enfant qui peut l'amener à venir vers nous si l'on a un petit lapin ou cochon d'Inde dans les mains. L'utilisation d'un animal en séance est un bon outil pour réaliser des transpositions entre activité thérapeutique et activité de vie quotidienne. Par exemple, prendre soin du lapin angora et le brosser peut être une manière d'amener l'enfant à réaliser ces soins d'apparence comme se coiffer. Pour les enfants autistes que je suis, les objectifs thérapeutiques sont différents et variés. Hum... Par où commencer. Hum ... je vais commencer par vous citer les grandes catégories d'objectifs, puis je développerais ce sera plus simple pour moi. Alors pour commencer les objectifs thérapeutiques sont axés sur un plan moteur avec la motricité fine et globale, la mobilité articulaire, la coordination. Sur un plan relationnel et interactionnel avec la communication, le langage, l'élocution. Sur un plan cognitif avec la mémoire, la compréhension ; la planification, l'organisation. Sur un plan comportemental et affectif. Et sur un plan sensoriel par exemple il m'arrive d'intégrer le lapin angora dans une prise en charge suivant l'approche de l'intégration sensorielle de Jean Ayres

M : Et ces séances à quel moment de la prise en charge ? De la journée ? Et sur quel lieu ont-elles lieu ?

E4 : Euh... ça dépend vraiment. Généralement je ne commence pas mes prises en charge en incluant le lapin ou le cochon d'Inde cela vient progressivement dans la prise en charge. Car il faut que l'enfant ait un attrait pour l'animal et pour cela, je dois mieux le connaître. Les cages des animaux étant dans ma salle d'attente, cela me permet d'observer des comportements d'approche ou d'intérêt. Car il ne faut pas l'oublier, mais les autistes ont des intérêts majoritairement restreints et j'ai à cœur de proposer des activités ayant du sens et majoritairement dans le répertoire des intérêts de l'enfant. Après les séances ont toujours lieu dans mon cabinet si la séance de l'enfant inclus un animal je l'accompagne et nous allons le chercher dans la cage, puis nous revenons dans la salle de prise en charge que l'on appelle salle d'activité. Après il n'y a pas vraiment de moment ou journée particulière hormis l'horaire et le jour de prise en charge qui reste toujours le même. Une fois le cadre défini, horaire, jour, animal, activité choisie, il devient immuable pour créer une dimension de repère à l'enfant.

M : Quels sont les moyens que vous utilisez dans vos séances de médiation animale ?

E4 : Alors premièrement j'utilise des cochons d'Inde et des lapins « angoras ». Tous mes animaux sont sociabilisés depuis qu'ils sont tous petits, manipulés, et sur stimulés afin de pouvoir travailler dans le cadre de séance avec des enfants parfois maladroits, ou brusques. Pour moi, les lapins et les cochons d'Inde sont des animaux idéals pour la médiation avec les enfants. Ces animaux sont calmes, d'apparence inoffensive, plus petit que l'enfant et paraissent fragiles à contrario des chevaux et des chiens qui peuvent être impressionnant ou apeurant. C'est surtout pour cela que j'ai choisi ce type d'animaux et comme cela je pouvais avoir plusieurs individus avec lesquels travailler. En effet en séance, si je suis amenée à utiliser un animal en séance avec un enfant autiste, nous allons sur quelques séances essayer avec les différents individus de mon petit troupeau de rongeurs. Afin que l'enfant sélectionne lui-même l'animal avec lequel, il souhaite travailler, et une fois l'animal choisi celui-ci ne change pas, sauf demande particulière de l'enfant, mais ça arrive rarement. Après, en ce qui concerne les moyens matériels j'utilise tout un tas d'accessoires pour interagir avec l'animal que ce soit de la nourriture, des brosses, des accessoires de jeux, ou des éléments de parcours, etc. Ou des supports rappelant l'animal tel que des

pictogrammes ou des objets transitionnels (brosse, peigne, élastique pour faire des couettes), etc. Ensuite en termes d'activité c'est réellement variable en fonction des enfants et des objectifs thérapeutiques ça peut être une séance en deux temps où on s'occupe de l'animal on le brosse, on le peigne lui met des petites décorations (petite pince sur les longs poils) et après on passe à la transposition sur "je me peigne" et "je me coiffe". Ça peut être une séance on travaille sur comment je vais placer les accessoires du parcours du lapin, et les friandises du lapin afin que le lapin réalise le parcours et arrive à la fin. Donc ça c'est dans une optique de travailler l'élaboration et la planification, ça peut être une séance avec un temps libre où l'enfant joue et interagit avec son animal et en deuxième partie de séance on échange avec l'enfant. Il me raconte et on échange sur ce qu'il a fait avec son animal avec l'utilisation de pictogramme ou pour certains ayant la parole on essaye d'élaborer des phrases ou trouver des mots à l'aide de vignette. La médiation animale avec des lapins « angoras », des lapins à poil long et très long si vous ne savez pas ce que c'est, est une manière pour moi aussi de diversifier les activités thérapeutiques que je réalise dans le cadre de l'approche de l'intégration sensorielle de Jean Ayres avec les enfants que je suis.

M : Comment percevez-vous l'engagement des enfants dans les séances ?

E4 : L'engagement des enfants se voit dans leur implication dans les séances. Déjà le choix de l'intégration de lapin ou de cochons d'Inde dans les séances n'est pas anodin. On ne les intègre que si l'enfant a un attrait ou un intérêt pour les animaux, il y a donc un aspect signifiant de l'activité. De plus j'essaie que toutes mes séances ergo que je pratique la médiation animale ou non aient un aspect ludique afin de réellement susciter de l'implication de la part des enfants autistes que je suis. L'engagement des enfants est aussi présent dans le fait qu'ils choisissent leur partenaire de prise en charge, qu'ils leur donnent des surnoms, qui viennent les voir dans leurs cages dans la salle d'attente avant d'entrer en séance, qui n'inclue pas toujours l'animal. Je réalise aussi parfois dans certaines prises en charge des auto-évaluations du comportement de l'enfant et de son appréciation de la séance avec trois visages de bonhomme sur un fond coloré vert orange ou rouge. L'enfant fait l'évaluation de comment il a perçu son comportement et comment il a perçu la séance.

M : Avez-vous connaissance, si ces enfants ont un autre contact avec les animaux ?

E4 : Il arrive parfois que les parents achètent des animaux suite aux séances que j'effectue sur sollicitation des enfants ou pour en quelque sorte continuer la prise en charge à la maison, car les animaux peuvent parfois permettre d'apaiser certaine crise d'anxiété ou d'agitation. Après c'est une question que je pose aux familles lors des entretiens d'entrées parmi les questions diverses sur l'environnement familial, social, et du domicile.

M : Comment l'enfant interagit-il avec vous et l'animal ?

E4 : Comment ils interagissent ... Alors tout dépend de l'enfant pris en charge, car je suis des enfants souffrant de trouble du spectre autistique très différent et à de différents stades. Pour ceux qui ont le langage ou des ébauches de langages il interagissait verbalement avec moi et l'animal, mais aussi non verbalement par des gestes de tendresse, de caresse ou des expressions faciales. Les enfants ayant le langage on tendance a parlé aux rongeurs de leur séance, à leur faire des confidences, a le félicité ou les disputer quand ils font des bêtises (comme le popo sur le tapis). Ils me parlent le plus souvent quand je les sollicite, mais peuvent aussi interagir avec moi s'ils en ont besoin. Après les enfants n'ayant pas de langage ou communicant par onomatopée interagisse essentiellement sur un plan non verbal par leur comportement, des gestes indicateurs, des gestes de tendresse, leur mimique, et des brides de son. En tout cas ils font de leur mieux pour se faire comprendre. Après certains de mes patients utilisent un classeur de pictogramme mis en place par une collègue orthophoniste, et il nous sert de support pour interagir avec l'enfant.

M : Comment mesurez-vous les effets de cette thérapie ?

E4 : Alors pour l'évaluation de mes séances il faut savoir que premièrement toutes mes séances avec animal sont filmées. Premièrement, d'un point de vue sécurité, pour pouvoir observer plus précisément le comportement de l'enfant avec l'animal et celui de l'animal envers l'enfant. Et dans un second temps pour évaluer mes séances et la progression des enfants en vue de leur objectif thérapeutique. En effet, je me suis confectionné en fonction des objectifs thérapeutique différentes fiches d'observation qui me permette d'évaluer mes prises en charge. Par exemple j'ai des grilles sur l'ajustement du comportement, sur le développement du langage, sur l'ajustement à l'environnement, sur la réalisation des AVJ, et sur la planification et le séquençage de processus mentaux. Ce ne sont que des observations et des évaluations que j'ai créé après je peux vous dire ce que j'ai observé...

J'ai pu observer et quantifier des progrès au niveau de l'attention, dans la construction de phrase, dans l'utilisation de pictogramme, dans la quantité interaction verbale, c'est-à-dire le développement du langage et l'utilisation de mot qui remplace les sons, dans la motricité fine et globale, dans l'adaptation à l'environnement et dans la réalisation des AVJ.

M : Selon vous quel est l'intérêt de la médiation animale dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique ?

E4 : Pour moi l'établissement de contact entre l'homme et l'animal se fait de façon très naturelle. Et depuis toujours on a entendu que le contact des animaux avait un effet positif sur l'homme. Si je me centre sur la prise en charge incluant des animaux et dans le domaine des troubles du spectre autistiques, je vois un grand nombre d'applications. Premièrement le contact animal est pour moi favorable à tout enfant présentant des pathologies de la relation et de la communication comme l'autisme. Pour ma part l'animal est un outil permettant de stimuler, et de motiver, l'enfant dans sa prise en charge. Il constitue un très bon médiateur dans la prise en charge ergothérapeutique. L'animal est un outil de prise en charge permettant de mettre l'enfant en activité dans une optique thérapeutique sur premièrement un plan relationnel. L'animal pousse implicitement l'enfant à se confier, à parler, et à chercher l'interaction, qu'elle soit verbale ou non. Le contact peut aussi permettre une meilleure expression des émotions et des sentiments, car l'animal est non-jugeant. Dans un second temps sur un plan moteur pour favoriser la motricité globale ou fine lorsque l'enfant manipule le lapin ou l'animal, qu'il manipule les accessoires tels que les brosse ou peigne ou les friandises. Dans un troisième plan plus sur le plan sensoriel, car ce n'est pas une mince à faire en ce qui concerne l'autisme. Par exemple, certains autistes que je suis n'apprécient pas le contact des lapins dans les mains, d'où l'utilisation de cochon d'Inde à poil court en complément. L'utilisation d'animaux en séance d'ergothérapie est un moyen de prendre en charge les spécificités sensorielles des personnes souffrant d'autisme, telles que l'hyposensibilité ou l'hypersensibilité. Pour ma part utiliser des animaux en prise en charge en tant qu'ergo est un outil supplémentaire d'atteindre les objectifs thérapeutiques que l'on se fixe en matière d'autisme.

M : Avez-vous des remarques ou des points sur lesquels vous souhaitez revenir ?

E4 : Je ne sais pas si j'ai assez développé mes questions, mais je suis contente d'avoir pu partager ma pratique, avec vous et que vous vous intéressiez à ce sujet.

ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des ergothérapeutes interrogées

	Année de diplôme	Structure	Formation complémentaire	Formation en Médiation animale	Pratique avec TSA et MA	Médiation animale
E1	2005	IME	∅	par une association	Plus d'un an	Chien
E2	1988	IME	TSA, méthodes de prise en charge, communication non verbale	par une association	Douze ans	Cheval
E3	2015	Cabinet libéral Ferme thérapeutique	∅	par une association	Deux ans	Cheval
E4	2011	Cabinet libéral	Évaluations, et méthode de prise en charge des TSA	Par l'institut français de zoothérapie	Trois ans	Rongeur

ANNEXE VIII : Grille d'évaluation : Assessment of Communication and Interaction Skills

ASSESSMENT OF COMMUNICATION AND INTERACTION SKILLS (ACIS)

Centre de référence du modèle de l'occupation humaine

www.fmed.ulaval.ca/crmoh

Feuille de résultats

Client :		Thérapeute :	
Situation d'observation :			
Âge :	Sexe :	Diagnostic :	
Date :	Hospitalisé le :	Externe :	
Compétent (4) :	Rendement satisfaisante sur le plan de la communication et de l'interaction, qui donne de bons résultats interpersonnels ou en groupe. L'examineur n'observe aucun déficit manifeste.		
Discutable (3) :	Rendement discutable qui menace la capacité de communication ou d'interaction et qui donne des résultats interpersonnels ou en groupe incertains. L'examineur soupçonne la présence d'un déficit.		
Inefficace (2) :	Rendement inefficace qui gêne la communication ou l'interaction et donne des résultats interpersonnels ou en groupe indésirables. L'examineur observe un déficit léger à modéré.		
Déficitaire (1) :	Rendement déficitaire qui empêche toute communication ou interaction et qui donne des résultats interpersonnels ou en groupe inacceptables. L'examineur observe un déficit sévère (risque de préjudice, de danger, de provocation ou de rupture des relations interpersonnelles).		
PHYSIQUE		COMMENTAIRES	
Touche	4 3 2 1		
Regarde	4 3 2 1		
S'exprime par des gestes	4 3 2 1		
S'ajuste	4 3 2 1		
Se tourne vers	4 3 2 1		
Prend une posture	4 3 2 1		
ÉCHANGE D'INFORMATION		COMMENTAIRES	
Articule	4 3 2 1		
S'affirme	4 3 2 1		
Demande	4 3 2 1		
Initie	4 3 2 1		
S'exprime	4 3 2 1		
Module sa voix	4 3 2 1		
Échange	4 3 2 1		
Communique	4 3 2 1		
Soutient	4 3 2 1		
RELATIONS		COMMENTAIRES	
Collabore	4 3 2 1		
Se conforme	4 3 2 1		
Se concentre	4 3 2 1		
S'associe	4 3 2 1		
Respecte	4 3 2 1		
RÉSULTAT TOTAL :			

Traduction de *Assessment of Communication and Interaction Skills (version 4.0)* de Kristy Forsyth, Marcelle Salamy, Sandy Simon et Gary Kielhofner. Université de l'Illinois, Chicago. Révision de la traduction par Monique Gillet, CRMOH, mars 2006.

Résumé

Introduction : Depuis le premier plan autisme de 2005, les troubles du spectre autistique sont devenus une priorité de santé publique. De nos jours, ils touchent au niveau mondial environ un enfant sur 160. L'objectif de cette étude était d'évaluer le potentiel thérapeutique de la thérapie assistée par l'animal en ergothérapie, afin de favoriser les interactions sociales d'enfants souffrant d'un trouble du spectre autistique.

Méthode : Une méthode clinique qualitative a été utilisée. Quatre entretiens ont été réalisés avec des ergothérapeutes utilisant la thérapie assistée par animal dans leur prise en charge d'enfants présentant un trouble du spectre autistique.

Résultat : La thérapie assistée par l'animal pourrait être utilisée comme activité thérapeutique en ergothérapie, en particulier dans le domaine des soins des interactions sociales, de la communication, des comportements, et des capacités motrices et cognitives.

Conclusion : La thérapie assistée par l'animal est un outil supplémentaire pour l'ergothérapeute dans sa prise en charge des troubles du spectre de l'autisme.

Mots-clés : Ergothérapie ; Trouble du spectre autistique ; Thérapie assistée par l'animal ; Interactions sociales

Abstract

Introduction : Since the first autism plan of 2005, autism spectrum disorders have become a public health priority. Nowadays, they affect, at the world level, approximately one child out of 160 at global level. The aim of this study was to evaluate the therapeutic potential of animal-assisted therapy in occupational therapy, in order to enhance social interactions of children who suffer from autism spectrum disorder.

Method : A qualitative clinical method was used. Four interviews were conducted with occupational therapists using animal-assisted therapy in the care of children with autism spectrum disorders.

Results : Animal-assisted therapy could be used as a therapeutic activity in occupational therapy, particularly in the care of social interactions, communication, comportement, motor and cognitive skills.

Conclusion: Animal-assisted therapy is an additional tool for the occupational therapist in their care of autism spectrum disorders.

Keywords : Occupational therapy ; Autism spectrum disorder ; Animal-assisted therapy ; Social Interactions