

Institut de Formation
En
Ergothérapie
-TOULOUSE-

« *Bras dessus, patte dessous* »

Intérêt de la médiation animale en ergothérapie auprès des enfants
atteints du Trouble du Spectre de l'Autisme

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6
et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Référent méthodologie : DELANGHE Sylvain
Référent terrain : DELARD Mélanie

Pauline BORNOT

Promotion 2016-2019

Engagement et autorisation

Je soussignée Pauline, BORNOT, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son autorisation.

(Toute photocopie ou reprographie intégrale ou partielle de ce document, sans autorisation par l'auteur, est illégale et défendue par l'article L. 335-3 (2009) du Code de la propriété intellectuelle).

Fait à : Toulouse

Le : 06/05/19

Signature du candidat :

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'P' followed by a horizontal line and a loop.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'avancée de mon mémoire ainsi que dans mon parcours de formation.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à mon référent méthodologie, Monsieur Sylvain DELANGHE, pour sa disponibilité, sa gentillesse et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je désire aussi remercier les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, Monsieur Jean-Michel CAIRE, Madame Sabrina TÉCHENÉ, Madame Sylvia MONTADRON, Madame Claire VILLEPINTE et Madame Barbara JOANNOT, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de ma formation professionnelle. Ainsi qu'à notre formidable secrétaire, Madame Marjorie CARLIER, qui a été présente chaque jour et qui nous a soutenu tout au long de cette formation.

Je tiens à remercier spécialement Madame Mélanie DELARD, qui fut la première à me faire découvrir le sujet qui a guidé mon mémoire et qui m'a beaucoup aidé et conseillé pour ce travail. Et aux ergothérapeutes qui ont participé aux entretiens, merci à elles.

Je poursuis ces remerciements par mon plus important soutien, Pierre, mon petit ami, futur brillant psychomotricien, qui a été à mon écoute en permanence, mais également ma source de motivation, dans les bons et mauvais moments de cette troisième année d'études.

Un grand merci à Aurélie, ma soeur, pour ses conseils concernant mon style d'écriture, son soutien, sa patience et sa bienveillance.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes amis et ma famille qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche de recherche.

Pour finir, je tiens à saluer mon chien de là où il est. Durant toutes ses années il a su me montrer tout l'amour qu'un chien pouvait apporter à son maître. Merci à lui.

Sommaire

Introduction.....	1
1- Contextualisation.....	2
1-1 : Situation d'appel.....	2
1-2 : Questionnement	2
1-3 : La méthode PICO.....	3
2- Cadre théorique.....	4
2-1 : Trouble du Spectre de l'Autisme	4
2-1-1 : Rappels historiques.....	4
2-1-2 : Définition et classification.....	5
2-1-3 : Aide du gouvernement pour la prise en soin des personnes atteintes de TSA et leurs proches.....	7
2-1-4 : Approches thérapeutiques	9
2-1-5 : La prise en soin en ergothérapie.....	13
2-1-6 : Synthèse sur l'autisme.....	14
2-2 : Médiation animale	14
2-2-1 : Histoire et définition.....	14
2-2-2 : Principes et objectifs	16
2-2-3 : Limites.....	18
2-2-4 : Cas de l'équithérapie	19
2-2-5 : Rôle de l'ergothérapeute dans ce processus	20
2-2-6 : Médiation animale et Autisme.....	21
2-2-7 : Synthèse sur la médiation animale	23
3- Problématisation	24
3-1 : Problématique.....	24
3-2 : Hypothèses de réponse	25
4- Recherche.....	26
4-1 : Méthode de recherche	26
4-1-1 : Bases conceptuelles concernant le transfert d'un apprentissage	26
4-1-2 : L'approche « Top-down » et le modèle conceptuel : OTIPM.....	28
4-1-3 : Méthodologie de l'entretien	29
4-2 : Analyse des données et discussion.....	29
4-2-1 : Analyse des entretiens	30
4-2-2 : Discussion	35
Conclusion.....	39
Annexes.....	
Références bibliographiques.....	

INTRODUCTION

Le troubles du spectre de l'autisme (TSA), fait actuellement l'objet d'un traitement médiatique soutenu (série télévisée Good Doctor...), d'une activité numérique intense (réseaux sociaux avec les Aspergirls...) et de nombreuses activités scientifiques (multiplication des débats articles et conférences..).

En France, avec le nouveau plan autisme « Changeons la donne ! » lancé en 2018, des moyens budgétaires conséquents et de nouveaux axes d'amélioration ont été mis en place pour permettre une prise en soin précoce du TSA et pour aider et soutenir les proches. Cependant, ce trouble reste encore difficile à définir. Des chercheurs ont étudié ce trouble et mis au point des thérapies permettant de faciliter la vie des personnes atteintes. La médiation animale est une thérapie reconnue dans les pays anglophones mais en France, elle est peu connue et peu utilisée dans le domaine de la santé. Néanmoins, elle commence à se faire connaître grâce aux diverses recherches publiées qui montrent les effets positifs de cette thérapie auprès de patients, et plus particulièrement ceux atteints d'autisme. Des personnels de santé tels que les ergothérapeutes sont habilités à la pratiquer. Avec actuellement 25 Instituts de Formation en Ergothérapie dans toute la France, l'ergothérapie est un métier qui se développe de plus en plus. C'est un métier qui touche divers domaines, telles que la rééducation, la réadaptation et la réinsertion. Ainsi, l'objectif d'un ergothérapeute est de maintenir ou acquérir une plus grande autonomie des patients dans leurs activités quotidiennes. En plus de sa formation initiale, l'ergothérapeute peut pratiquer la médiation animale en ayant une formation de zoothérapie ou en étant dans une association telle que l'Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal. Certaines institutions dans lesquelles peut travailler un ergothérapeute proposent, par exemple, de l'équithérapie. Il peut être convié à y assister et ainsi mettre en place des objectifs thérapeutiques autour de l'animal. Ainsi, l'ergothérapeute peut intervenir en binôme avec un animal auprès de ses patients.

Mon mémoire porte sur l'intérêt de la médiation animale en ergothérapie auprès d'enfants atteints du Trouble du Spectre de l'Autisme. Pour ce faire, nous exposerons dans un premier temps la contextualisation et la méthode employée pour ce mémoire. Puis nous présenterons le Trouble du Spectre de l'Autisme et la médiation animale. Dans un troisième temps nous verrons la problématique qui est sortie de la partie théorique ainsi que mes hypothèses de réponse. Et nous finirons sur la partie exploratoire avec l'analyse des entretiens passés auprès d'ergothérapeute pratiquant la médiation animale suivi de la partie discussion.

1- Contextualisation

1-1 Situation d'appel

Mon mémoire porte sur le thème de la médiation animale auprès d'enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme (TSA). J'ai choisi ce sujet grâce à une situation que j'ai vécue lors de l'un de mes stages en institut médico-éducatif (IME). Dans ce contexte, j'ai rencontré M une jeune fille atteinte de TSA. Elle n'interagissait pas avec son environnement ni avec sa sœur jumelle (elle aussi atteinte de TSA). M n'échangeait ni regards ni sourires. Elle déambulait la plupart du temps dans la salle d'activité sans prêter attention à ce qui l'entourait. Elle ne communiquait pas, elle poussait seulement quelques écholalies de temps en temps. La communication était donc complexe avec tous les professionnels de santé qui prenaient part à sa prise en soins. Parfois, dans un moment inattention, il lui arrivait de s'accrocher aux bras des professionnels.

Contrairement à sa sœur jumelle, M avait un tempérament plutôt réservé et n'osait pas s'exprimer ou s'exprimait rarement.

L'IME avait mis en place des séances d'équithérapie auprès des enfants TSA et polyhandicapés, c'est ainsi que j'ai pratiqué cette médiation animale. Lors de ce stage, j'ai eu une formation dans le centre équestre de l'IME afin d'appréhender mes interventions auprès de ces enfants. J'ai ainsi observé et constaté les différences de comportement avant, pendant et après les séances d'équithérapie. J'ai ressenti beaucoup de joie, de bonheur et de calme lorsque les enfants étaient à côté ou sur le cheval. M me semblait être heureuse, épanouie et apaisée. Au début de la séance, lorsqu'elle a aperçu son cheval, M est venue me chercher en me tenant la main afin de m'amener vers lui et pouvoir le caresser ensemble. À la fin de cette séance, M. m'a échangé des sourires et avait le regard moins fuyant. C'est à partir de ce moment, je me suis questionnée sur l'intérêt de la médiation animale en ergothérapie.

1-2 Questionnement

Avant de mettre en place une problématique structurée et claire, j'ai du aboutir à un questionnement. Au fur et à mesure de mon avancée, j'ai remarqué que mes questions pouvaient être exploré au travers du modèle conceptuel en ergothérapie Personne-Environnement-Occupations-Performance (PEOP). Ce modèle a émergé dans les années 1980 dans le but de s'opposer aux modèles biomédicaux mis en place aux États-Unis. Développé

par Baum, Christiansen et Bass en 2015, il fait parti des modèles généraux élaborés par les ergothérapeutes. Sa première finalité est d'instaurer la performance occupationnelle comme centre d'intérêt pour les interventions en ergothérapie. *« Il se focalise sur la manière dont les caractéristiques de la personne interagissent avec l'environnement pour influencer la performance occupationnelle »* (Margot-Cattin, 2017). C'est pourquoi m'appuyer sur ce modèle afin d'aboutir à une problématique me semblait important. L'équithérapie représente l'Occupation, l'enfant atteint d'autisme la Personne, le centre équestre ou le lieu où s'effectue la médiation animale l'Environnement et la Performance occupationnelle représente les objectifs des séances en équithérapie. L'objectif du PEOP est de mettre au centre la performance occupationnelle afin d'entraîner la participation et le bien-être de la personne à condition qu'il *« existe une adéquation entre la personne, ses occupations et l'environnement »* (Margot-Cattin, 2017). Ce dernier identifie les facilitateurs et obstacles de l'environnement pour aider la personne dans ses performances occupationnelles. Le modèle PEOP m'a permis de formuler les questions suivantes : « En quoi l'équithérapie a permis à M de s'ouvrir à moi ? Quelles interactions se passent entre le cheval et ses enfants ? Quel peut être l'intérêt en ergothérapie de pratiquer la médiation animale ? ». Le cadre conceptuel de mon mémoire est donc le modèle conceptuel PEOP.

Suite à cette situation et à ce questionnement, j'ai élaboré une question de départ :

« Quels peuvent être les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal sur le comportement des enfants atteints d'autisme ? »

1-3 La méthode PICO

La méthode PICO (Population, Intervention, Comparaison, Outcomes) m'a permis de bien définir la dimension contextuelle de mon mémoire. Ainsi, j'ai pu établir que les ergothérapeutes qui pratiquent la médiation animale auprès d'enfants TSA seront la population sur laquelle repose ma recherche. L'intervention qui m'intéresse ici est la médiation animale auprès de ces enfants. Aucune comparaison n'a été effectuée car mon sujet ne s'y prête pas. Enfin, l'outcome, ou le résultat attendu, suivra mon cadre théorique.

2- CADRE THÉORIQUE

Dans cette partie, nous abordons les différents concepts et mots-clés introduits dans la problématique, à savoir le trouble du spectre de l'autisme et la médiation animale. Cela permettra d'appréhender au mieux le thème de recherche et d'aboutir à une hypothèse de réponse.

2-1 Trouble du Spectre de l'Autisme

Cette section s'intéresse à la caractérisation du Trouble du Spectre de l'Autisme. Une définition est donnée en premier lieu puis une approche historique permet de voir l'évolution de la compréhension de ce trouble. Cette compréhension grandissante a permis de donner naissance à des mesures gouvernementales afin de favoriser la prise en soin des enfants TSA. Enfin, cette partie aborde les interactions entre les autistes et leur environnement ainsi que les différentes approches thérapeutiques mises en place pour faciliter ces interactions.

2-1-1 Rappels historiques

Avant l'apparition du terme autisme, on retrouve chez différents enfants des troubles du comportement qui ont intéressé certains docteurs qui ont permis une meilleure compréhension de ces derniers.

Prenons un des exemples les plus connus celui de Victor « l'enfant sauvage » de l'Aveyron. Cet enfant se déplaçait nu, était seul, marchait à quatre pattes, ne parlait pas et semblait être très jeune. Le docteur Itard de l'Institution des sourds-muets à Paris refuse de dire que Victor est un idiot congénital et décide de le prendre en charge. Selon Itard, *« la plupart des déficiences intellectuelles ne sont pas innées, mais trouvent leur origine dans l'absence de socialisation, dans l'absence de stimulation et de parole. Bien d'autres cas ont été identifiés comme étant des enfants atteints d'autisme. »*

Créé en 1911 par le psychiatre suisse Eugen Bleuler, le terme *autisme* provient du grec *autos* signifiant « soi-même ». « *Ce terme est utilisé dans le cadre de ses études chez des sujets adultes atteints de schizophrénie* » (Beiger, 2011).

En 1943, Kanner utilise pour la première fois le terme d'« *autisme infantile précoce* ». Il l'emploie pour décrire des troubles apparaissant dès le plus jeune âge (Beiger, 2011). Léo Kanner décrit ce syndrome comme « *des enfants ayant une relation très particulière à l'environnement et à l'Homme, un isolement extrême avec une profonde indifférence à l'égard des personnes et des objets* » (Grandin, Panek, 2013). De plus, Kanner évoque « *le besoin d'immuabilité ; si un changement apparaît cela peut entraîner des grosses crises d'angoisse ou des colères impressionnantes* » (Beiger, 2011 ; Grandin, Panek, 2013).

Hans Asperger, psychiatre viennois, va écrire et publier en 1944 « *Les psychopathies autistique pendant l'enfance* ». Cet ouvrage montre certaines similitudes avec l'écrit de Kanner. Durant des études de cas, Asperger identifie des symptômes identiques entre les enfants dont « *un manque d'empathie, une faible capacité à se faire des amis, une conversation unidirectionnelle, une forte préoccupation vers des intérêts restreints et spécifiques et des mouvements maladroits* » (Beiger, 2011).

En 1980, l'autisme est classé par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) -3 comme un Trouble Envahissant du Développement (TED) (Grandin, Panek, 2013).

En 1981 apparaît le terme « syndrome d'Asperger ». Le syndrome d'Asperger se différencie bien de l'autisme de Kanner, cependant il reste une variante de l'autisme et appartient au trouble du spectre de l'autisme (Beiger, 2011). Dorénavant, le syndrome d'Asperger a été retiré du DSM-5. (American Psychiatric Association, 2013).

En 1994, l'autisme est classé par la CIM-10 comme un TED et le DSM-4 ajoute un nouveau diagnostic celui du syndrome Asperger (Grandin, Panek, 2013).

2-1-2 Définition et classification

« L'autisme n'est pas ce que nous avons, mais ce que nous sommes. Votre système neurotypique n'est pas ce que vous avez, mais ce que vous êtes. Et comme vous n'êtes pas que ça, nous non plus ! » (Harrison, 2018)

Le trouble du spectre de l'autisme est un trouble neurodéveloppemental (American psychiatric association, 2013 ; HAS, 2018).

Dans le DSM-4, l'autisme « *est défini comme une triade de dysfonctionnement* (Wing & Gould, 1979) *qui apparaît à l'âge de 3 ans* » (Chetrit-Thourot, Séguillon, Boursier, 2012). Cette triade est caractérisée par :

- une altération de la communication verbale et non verbale : déficit des comportements de communication non verbaux (absence ou pauvreté des gestes instrumentaux à valeur sociale, difficulté sur le pointage, absence, rareté ou fluctuant du contact oculaire).
- des comportements répétitifs, restreints et stéréotypés : stéréotypies motrices comme le flapping, l'utilisation répétitive des objets (tendance à aligner, à faire tourner les roues, ouvrir et fermer les portes...), une stéréotypie verbale, des écholalies (immédiates ou différées), un langage idiosyncrasique (utilisation de façon stable de mots inventés ou détournés), une adhésion inflexible à des routines et une particularité sensorielle (hypo ou hyperréactivité à certaines stimulations sensorielles) (Chetrit-Thourot, Seguillon, Boursier, 2012).
- une altération des intégrations sociales qui impacte leur quotidien.

Ces trois critères évoluent au cours de la vie et peuvent entraver le fonctionnement global de la personne atteinte d'autisme. Cependant, la définition de l'autisme a été revisitée avec l'apparition du DSM-5.

La cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders est parue en 2013 aux Etats-Unis et en 2015 en France. « *Dans le DSM-IV, la catégorie des troubles envahissants du développement comportait 5 sous-types, soit : « les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégré de l'enfance, les troubles envahissants du développement non spécifiés, ainsi que le syndrome de Rett* » (Autism Europe, 2017). Dans le DSM-5, « *le trouble du spectre de l'autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux.* » (HAS, 2018).

Ainsi, l'autisme est défini par une dyade qui est caractérisé par (American Psychiatric Association, 2013) :

- des troubles de la communication sociale (combinant les problèmes sociaux et de communication)
- des comportements restreints et répétitifs : ici, en plus des descriptions faites dans le DSM-4, le syndrome clinique « sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels » apparaît.

Comme nous pouvons le constater, les troubles de la communication sociale regroupent donc

l'altération des intégrations sociales qui impactent sur le quotidien des personnes TSA et l'altération de la communication verbale et non verbale.

L'Organisation mondiale de la santé a publié le 18 juin 2018 sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM)-11. Cette dernière sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2019, pour adoption par les États Membres, et entrera en vigueur le 1er janvier 2022. Suite à des recherches sur le site de l'OMS, la plateforme pour accéder à la CIM-11 n'est pas stable et peut nécessiter des modifications (OMS, 2019). Pour le moment, selon la CIM-11 le trouble du spectre de l'autisme fait partie de la catégorie 6 « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » classé dans les troubles neurodéveloppementaux en 6A02 « Trouble du spectre de l'autisme ». La description de ce trouble selon le site de la CIM-11 *« Les troubles du spectre de l'autisme se caractérisent par des déficits persistants dans la capacité d'initier et de maintenir une interaction sociale réciproque et la communication sociale, ainsi que par une gamme de comportements et d'intérêts restreints, répétitifs et inflexibles. L'apparition de la maladie survient pendant la période de développement, généralement au début de l'enfance, mais les symptômes peuvent se manifester pleinement que plus tard, lorsque la demande sociale dépasse les capacités limitées. Les déficits sont suffisamment graves pour entraîner une altération de leur fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre, et sont généralement une caractéristique omniprésente du fonctionnement de l'individu observable dans tous les contextes, même s'ils peuvent varier en fonction de la situation sociale, éducative ou autre le contexte. »* (OMS, Novembre 2018). Cependant, cette description peut être modifiée car le contenu du site internet n'est pas une version publiée de la CIM-11 ; c'est un travail en cours entre les versions publiées.

2-1-3 Aide du gouvernement pour la prise en soin des personnes atteintes de TSA et leurs proches

Aux vues de cette reconnaissance récente de l'autisme, l'État tente de sensibiliser les français à ce trouble et d'accompagner au mieux les familles d'enfants atteints au travers de « plans Autisme ». Ainsi que permettre une prise en soin précoce de ce trouble.

Février 1995, le député de la Loire Jean-François Chossy propose à ses confrères un amendement à la loi de 1975, destiné à déboucher sur la reconnaissance de l'autisme comme un handicap (extrait du site : Autisme France). À partir de cette proposition les stéréotypes et

le regard sur l'autisme changent. En effet, en décembre 1996 l'apparition de la Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 va permettre de modifier la Loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Cette nouvelle loi, dite « Loi Chossy », permet d'assurer un plan de soin plus adapté pour les personnes autistes. C'est alors que l'autisme est officiellement reconnu comme un handicap.

Le 30 juin 2004 la loi n° 2004-626 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a été votée.

Par la suite, le 11 février 2005 a été voté la loi « Handicap », la loi n° 2005-102 est pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En France, les différents « Plans Autisme » sont définis et financés par le gouvernement afin d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme et leurs proches. Le plan autisme est appliqué au niveau national en 2005. Il existe 4 plans, le premier de 2005 à 2007, le second de 2008 à 2010, le troisième de 2013 à 2017, le quatrième est récent de 2018 à 2022.

Le premier plan de 2005 à 2007 intitulé « Un nouvel élan pour l'autisme » permet la création d'un Centre Ressources Autisme (CRA) dans chaque région française. L'ouverture de ces centres a pour objectif de pouvoir aider et accompagner les personnes autistes et leurs proches. De plus, ce plan propose une amélioration de la formation des professionnels et d'ouvrir davantage de places en institution spécialisée pour les personnes handicapées (Autisme France, 2005).

Le second Plan Autisme est lancé en mai 2008 par Valérie Létard. Il est basé sur trois axes d'améliorations : « *Axe 1 : Mieux connaître pour mieux former* », « *Axe 2 : Mieux repérer pour mieux accompagner* » et « *Axe 3 : Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne* ». Ces axes ont permis une amélioration au niveau de la création de places prévues dans les centres et au niveau de la scolarité ; où 25 000 enfants autistes sont désormais intégrés à l'école » (Ministère des solidarités et de la santé, 2008).

Le 3^{ème} Plan Autisme a commencé en 2013 et s'est terminé en 2017, il a été présenté par Marie-Arlette Carlotti. Ce plan a permis la création de places en structures pour les enfants et les adultes (SESSAD, MAS, FAM, SAMSAH), de renforcer des évaluations internes et externes des structures médico-sociales, d'avoir une participation des familles à la gouvernance du plan, au niveau national et local, de mettre en place un réseau de dépistage et diagnostic précoce de proximité, la création de 1 173 postes pour transformer les structures existantes et avoir une formation de 5 000 professionnels du secteur médico-social, une harmonisation des pratiques et réorientation des Centres Ressource Autisme et pour finir , une

diffusion et une application des recommandations de la HAS et de l'ANESM (Ministère des solidarités et de la santé, 2013).

L'actuel plan s'intitule « Autisme, changeons la donne ! » et sera appliqué de 2018 à 2022. Cinq engagements ont été mis en place (Loi Cluzel, 2018) :

1. Renforcer la recherche et la formation : « *Remettre la science au cœur de la politique publique de l'autisme en dotant la France d'une recherche d'excellence.* ». Afin de mieux comprendre les causes de l'autisme pour répondre de façon adaptée aux diverses situations.
2. Mettre en place les interventions précoces prescrites dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles : « *Intervenir précocement auprès des enfants* ». L'intervention précoce permettrait d'être plus facilement autonome.
3. Garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes : « *Rattraper notre retard en matière de scolarisation* » afin de garantir une meilleure inclusion scolaire.
4. Favoriser l'inclusion des adultes : « *Soutenir la pleine citoyenneté des adultes* ». Cet engagement permettrait une amélioration d'aide pour les adultes autistes afin d'accéder à des emplois, des logements, à la culture et à divers loisirs.
5. Soutenir les familles : « *Soutenir les familles et reconnaître leur expertise* ». Il s'agit de faciliter l'accès à l'information sur l'autisme et permettre d'éviter l'isolement des parents.

Afin d'appliquer ces 5 engagements durant ces quatre prochaines années, 20 principales mesures de stratégies ont été mises en place. Grâce à la mise en place de ce quatrième plan, le gouvernement espère un meilleur accès aux soins somatiques, une intégration de l'autisme aux politiques générales du handicap et aux troubles neurodéveloppementaux et de pouvoir mettre un accent sur l'éducation et l'apprentissage (Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées, 2018).

2-1-4 Approches thérapeutiques

Diverses approches thérapeutiques ont été mises en place afin d'atténuer l'impact quotidien des symptômes du trouble du spectre de l'autisme. Différents programmes thérapeutiques peuvent être pratiqués auprès de personne TSA. Nous pouvons retrouver des programmes globaux d'interventions à référence comportementale, développementale, psychanalytique, médicamenteuse et éducative (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007).

➤ Approche comportementale

L'utilisation de l'approche thérapeutique comportementale est présente au Canada, aux Etats-Unis et en Europe du Nord. Cette approche permet de développer des stratégies qui diminuent ou modifient des comportements qui posent problèmes ou qui ne sont pas adaptés en société. Elle est généralement précoce et intensive afin d'avoir des progrès globaux et une amélioration de l'évolution à long terme (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007). Selon Skinner (1984), « *l'approche comportementale trouve son origine dans l'application systématique des interventions fondées sur le principe de la théorie de l'apprentissage behavioriste* ». La méthode Applied Behavior Analysis (ABA) est l'une des plus utilisée en approche comportementale. Elle est basée sur les principes d'apprentissages et la mise en place d'un cadre structuré et de règles.

Il y a deux méthodes théoriques de l'approche comportementale : la comportementale et la néo-comportementale. Dans la méthode comportementale, le but est d'apprendre à avoir des comportements sociaux adaptés. Pour cela, l'adulte pour sa séance avec l'enfant va mettre en place un cadre bien défini et va choisir les matériaux pédagogiques qu'ils vont utiliser (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007). Contrairement au modèle néo-comportemental, où l'adulte laisse le choix des matériaux à l'enfant, ce qui va mettre en évidence la motivation de l'enfant et va aboutir au développement des compétences sociales et de communication (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007).

Ainsi, l'approche thérapeutique comportementale va se baser sur les principes d'apprentissage behavioriste et a pour but de développer les comportements sociaux adaptés et réduire ceux qui ne le sont pas (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007).

➤ Approche développementale

Les approches thérapeutiques développementales ressemblent à l'approche néo-comportementale. Mais, dans l'approche développementale la relation enfant / enseignant est primordiale et l'environnement est aménagé de façon à ce que l'enfant participe tout au long de la séance.

Afin d'aborder ce sujet, je vais m'appuyer sur le modèle de le Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children (TEACCH) créé par Eric Schopler en 1966, qui va s'adapter aux besoins, intérêts et compétences de chaque personne atteinte d'autisme. L'approche développementale diffère de l'approche comportementale. On

va se baser sur le développement de l'enfant et non seulement sur son comportement. Cette approche thérapeutique s'appuie sur la collaboration entre les parents et les professionnels de la santé afin de partager l'ensemble des connaissances concernant l'enfant TSA comme le stade de son développement, sa motivation, ses différentes réactions (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007). La mise en place d'un programme individualisé pour chaque enfant est alors créé ainsi qu'une formation pour les parents sur la communication et les interactions avec leur enfant. (Schopler, Mesiboy, Baker, 1982).

La méthode TEACCH a pour but l'intégration des personnes TSA dans la société comme l'approche comportementale. Néanmoins, elle s'appuie sur d'autres points afin que l'enfant soit plus à l'aise en société, qu'il ait plus de compréhension sur ce qui l'entoure et qu'il ait un bon développement social (Schopler, Mesibov, Hearsey, 1995 ; NasoudiGharehBolagh, Zahednezhadb, VosoughiIlkhchi, 2013). Elle permet aussi de favoriser l'autonomie des personnes atteintes d'autisme (Rogé, 2007).

Pour que les objectifs soient atteints la TEACCH va appliquer trois principes (Shopler, 1966) :

- Faciliter la compréhension de l'environnement de la personne TSA à l'aide de zones ou de repères visuels comme mettre en place des zones de lecture, des zones de jeux, de repas.
- Structurer le déroulement des activités de la journée ou de la semaine sous forme de planning à l'aide par exemple de pictogrammes ou de photographies. Ce planning doit être organisé, clair et précis. Cela facilite alors le repère de l'enfant dans le temps et cela permet d'anticiper les actions de la journée ou de la semaine.
- Permettre à l'enfant atteint d'autisme d'acquérir des routines ou des comportements systématiques et appropriés selon différents contextes ou circonstances dans lesquels il se trouve. L'élaboration d'un planning « mes routines du matin » (Annexe I) peut amener l'enfant à créer des habitudes d'agir.

Cependant, n'oublions pas que « *ces programmes (comportementaux et développementaux), pour la plupart coûteux, exigent aussi une importante participation des parents (Société canadienne de Pédiatrie, 2004)* » (Baghdadli, Noyer, Aussilloux, 2007).

➤ Approche psychanalytique

L'approche psychanalytique a été confrontée à l'approche développementale et comportementale durant plusieurs années et encore de nos jours. En 1897, Freud S. met en place la psychanalyse. Elle n'est pas basée sur l'aspect comportemental mais plutôt psychologique de l'enfant. *« La thérapie psychanalytique s'adresse à des personnes ayant des problématiques telles que la dépression, l'anxiété, le deuil, le manque de confiance en soi, l'autisme et les difficultés dans les relations. Cette approche diverge d'un patient à l'autre mais son but reste la compréhension de soi et d'autrui »* (Centre de consultation psychologique et éducationnelle, 2019). Durant cette thérapie, le patient doit parler de lui, de son histoire et de ses incompréhensions vis à vis de ses difficultés. Le but étant de mieux se comprendre, de comprendre pourquoi on agit de telle manière et pourquoi nos réactions ont un tel impact sur notre vie (Freud, 1897). Or, il faut prendre en compte les recommandations de la HAS pour la prise en soin de personnes atteintes d'autisme. En effet, depuis 2012 la HAS recommande des méthodes développementales, éducatives et comportementales pour la prise en charge des enfants autistes et non une approche psychanalytique, mais elle reste tout de même répandue en France (HAS, 2012).

➤ Approche médicamenteuse

La médiation médicamenteuse n'est pas réalisée en premier recours. Plusieurs essais et recherches ont été réalisés sur les effets des médicaments sur les personnes atteintes de TSA (Turgeon, Tremblay, Déry, Guay, 2014 ; Goëb, Mouren, 2005). Il existe de nombreux symptômes présents chez les enfants et adolescents autistes qui peuvent être soulagés par des psychotropes. Toutefois, *« il n'existe pas de schéma thérapeutique clairement établi probablement en raison de la grande hétérogénéité des troubles. Il n'existe aucun traitement curatif qui serait fondé sur une étiologie affirmée de l'autisme, et il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique des troubles du langage ou de la socialisation »* (Goëb, Mouren, 2005). Selon la HAS (2012), *« Aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme, cependant certains médicaments sont nécessaires au traitement de pathologies fréquemment associées. »*. Par exemple, l'épilepsie est parfois présente comme comorbidité de l'autisme. Les médicaments restent une approche thérapeutique souvent utilisée dans les centres hospitaliers ; pour contribuer à une meilleure efficacité d'un travail psychothérapeutique (Goëb, Mouren, 2005).

➤ La relation éducative

La relation éducative peut être une approche thérapeutique utilisée auprès de personnes atteintes d'autisme. Selon Chantal Eymard et Jean-Marie Révillot (2010) cela permet une ouverture à l'altérité. Révillot et Eymard (2010) citent « *La dynamique des conceptions de la santé et de la maladie du patient, leurs mises en tensions par la relation éducative en santé permettent l'émergence de l'altérité.* » Toutefois, cette relation éducative et l'ouverture au monde dépendent de la vision du thérapeute. Ainsi, la vision et la place que le soignant accorde à ce qui l'entoure peuvent aider dans l'ouverture du soigné et à une prise de conscience de soi. Le patient devient alors un être ouvert et existant (Révillot, Eymard, 2010).

2-1- 5 La prise en soin en ergothérapie

Selon les recommandations de la HAS en 2018, il faut une « *prescription d'un bilan du développement moteur chez un psychomotricien, un masseur-kinésithérapeute ou un ergothérapeute dans les cas où ont été observées des difficultés de fonctionnement dans les domaines de la motricité globale et/ou fine et des praxies + Des réévaluations pluriprofessionnelles du fonctionnement et des besoins de l'enfant sont nécessaires au cours de son parcours.* » (HAS, 2018). Ainsi, l'ergothérapeute a un rôle dans la prise en soin des personnes atteintes d'autisme. Selon les difficultés dans le quotidien et les objectifs thérapeutiques de la personne et des proches, l'intervention auprès de cette population sera différente. Divers bilans peuvent être proposés afin d'évaluer les limitations telles que des bilans oculomoteurs, de gnosies, de stratégies du regard ou bien de compétences motrices : fines et grossières (Dechambre, 2017). Les prises en soin peuvent être individuelles, collectives et auprès des accompagnants. Toujours selon les objectifs et l'attente des familles la rééducation peut être faite avec de l'intégration sensorielle et/ou de la médiation animale. On peut travailler sur les capacités visuo-spatiales, sur les motricités fines et globales, sur les gestes du quotidien et/ou sur les gestes graphiques. (Janot, 2018). De plus, de la réadaptation peut être aussi proposée à cette population telle que la mise en place d'aides techniques comme des manchons pour crayons ou des équerres adaptées et la mise en place de matériels spécifiques comme des logiciels adaptés ou bien des ordinateurs (Janot, 2018). D'autres types d'interventions peuvent être proposées mais cela dépendra des difficultés de la personnes TSA et de ses besoins.

2-1- 6 Synthèse sur l'autisme

En résumé, nous avons vu que le TSA est un trouble neurodéveloppemental. Depuis 1995, le gouvernement tend à aider les familles des autistes à travers différents Plans Autisme dont le dernier « Autisme changeons la donne ! » semble prometteur sur le plan éducatif et sera appliqué jusqu'en 2022.

2-2 Médiation animale

Dans cette section nous nous intéressons à la médiation animale. L'histoire de cette thérapie et sa définition sont données en premier lieu, une approche historique permet ensuite de voir l'évolution de la médiation animale. Afin de mieux comprendre et appréhender cette thérapie nous explorons ses principes, ses objectifs ainsi que ses limites. Enfin, l'exposition du cas de l'équithérapie sert d'exemple afin d'illustrer la médiation animale. La dernière partie fait lien entre l'autisme et la thérapie assistée par l'animale.

2-2-1 Histoire et définition

« L'animal a la capacité à encourager l'Homme à se dépasser à tous les âges de la vie. »
(Association Animal Câlin)

La relation Homme-Animal a évolué en fonction de la place de l'animal dans les sociétés et au travers des influences religieuses. Durant la préhistoire, cette relation était purement alimentaire. A l'Antiquité, les animaux sont sacralisés dans de nombreuses croyances telles que dans le christianisme ou le judaïsme. Au Moyen-Âge, ils deviennent les collègues des Hommes, en aidant les citoyens au travail comme l'attelage des bœufs. A partir du 16^e siècle, l'évolution des pensées et les progrès de la science permettent de s'interroger sur l'animal, avec des hypothèses désormais considérées comme obsolètes. Descartes a par exemple comparé les animaux à des « machines », puisqu'il les considérait comme dénués de raison. Cela a créé diverses polémiques autour de la place des animaux. A partir du 19^e, ils sont intégrés à la sphère familiale, ils sont devenus des animaux de compagnie. Au 20^{ème} siècle et de nos jours la reconnaissance de l'animal comme auxiliaire de l'Homme a pris forme. De plus, en 1978, a eu lieu la Déclaration Universelle des Droits de l'animal. (Fédération

Française de Protection des Animaux, 1990). Ainsi, cela permet d'avoir une égalité des espèces face à la vie. (Fédération Française de Protection des Animaux, 1990).

Qu'est ce que la médiation animale ? Commençons par aborder son origine dans le domaine du soin.

En 1792 au York Retreat en Angleterre, William Tuke s'intéresse à améliorer la vie des autres. Ne comprenant pas certaines conditions de vie de personnes se retrouvant en hôpital psychiatrique, il se rapporte à la thérapie assistée par l'animal (Cano, 2017). Il propose alors aux malades mentaux de s'occuper des animaux et constate qu'ils arrivent plus facilement à se concentrer et à se responsabiliser.

Dans l'année 1867 à l'institut Bethel en Allemagne, une expérience auprès de patients atteints d'épilepsie et de troubles mentaux a été réalisée. Elle consistait à mettre en contact des patients avec des animaux tels que les chevaux ou les chiens.

Par la suite, les animaux ont été utilisés dans des centres de convalescence pour les blessés de guerre afin d'apporter une autre vision et d'autres pensées plus positives.

En 1950, le psychologue américain pour enfants Boris Levinson a été le fondateur de la thérapie assistée par l'animal. Lors d'une consultation avec un jeune enfant autiste, son chien Jingles était présent. Intéressé par la conversation, Jingles se rapproche de l'enfant (Cano, 2017). Une interaction a lieu et le jeune TSA se met à le caresser en souriant. En partant, le garçon se retourne et demande s'il reverra Jingles les prochaines fois. Monsieur Levinson continua alors l'expérience et constata une amélioration sur le comportement et l'état de santé du jeune autiste. De là, une nouvelle approche a été créée (Levinson, 1962).

Erika Friedmann, en 1980, publie le premier article scientifique parlant de la médiation animale « Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit ». Par la suite, de nombreux ouvrages bibliographiques dans ce domaine sont recensés.

Cette thérapie peut être présentée sous plusieurs noms : la médiation animale, la zoothérapie ou la thérapie assistée par l'animal (Cano, 2017). Tous ces termes ont la même signification qui est une intervention à l'aide d'un animal qui a un but thérapeutique (Cano, 2017). À ne pas confondre avec l'Activités Assistées par l'Animal (AAA) qui est à des buts ludiques, éducatifs, pédagogiques et sociaux. Mais la AAA n'a pas de but thérapeutique (Cano, 2017).

Selon l'éthologue François Beiger (2011), fondateur et directeur de l'Institut Français en Zoothérapie, la médiation animale est « *une médiation qui se pratique en individuel ou en*

petit groupe à l'aide d'un animal familier, consciencieusement sélectionné et éduqué, sous la responsabilité d'un professionnel, appelé "le zoothérapeute" dans l'environnement immédiat de personnes chez qui l'on cherche à éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer leur potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif».

Cette médiation est mise en place auprès de personnes âgées dépendantes, d'enfants ou d'adultes handicapés et fragilisés, de malades hospitalisés et d'enfants dans le cadre de projets de classe ou de loisir (De Villers et Servais, 2016). La zoothérapie peut être pratiquée avec différents animaux tel qu'un cheval, un chien, un chat, des rongeurs ou des animaux de la ferme, et à différents endroits comme dans une institution, au centre équestre, à domicile ou au cabinet du thérapeute (Beiger, 2008).

2-2-2 Principes et objectifs

La médiation animale est une thérapie qui a évolué au fil des années. Elle est utilisée par divers professionnels de santé et est de plus en plus présente dans certains pays. Afin de mieux l'appréhender, nous exposons dans cette partie ses principes et ses objectifs qui peuvent être mis en place auprès des patients.

➤ Principes

La médiation animale amène l'animal à devenir le médiateur de la séance (Marseille, 2017 ; Chetrit-Thourot, 2012). L'animal va faciliter la communication et l'interaction entre le soignant et le soigné (Servais, 2007). Ainsi, elle permet au thérapeute d'être le lien entre le patient et l'animal. Comme vu précédemment l'animal a toujours été présent dans la vie de l'homme. Savoir qu'un chien familier est présent chez nous diminue l'angoisse (Marseille, 2017). Pour les familles ayant un ou plusieurs enfants, l'animal devient une source d'affection et d'éducation (Grandgeorge, 2010). Cela permet à l'enfant de se questionner et de voir que l'animal a ses propres pulsions et réactions. Selon François Beiger « *L'animal a donc beaucoup de présence dans la vie de l'enfant. Il devient source de contenance, d'émotions, de stimulations.* ». Travailler avec un animal en présence d'un enfant peut stimuler les sens et l'éveil de ce dernier. Il a un atout que les hommes ne possèdent pas qui lui permet de communiquer avec les êtres humains, de détecter leurs difficultés et leurs troubles et de leur donner confiance en eux (Chetrit-Thourot, Seguillon, Boursier, 2012). Il devient alors un

stimulus et un anxiolytique qui va pousser l'homme à un épanouissement et à développer des compétences (Grandgeorge, 2010).

➤ Objectifs et déroulement d'une séance

La zoothérapie a donc pour principe d'aider les personnes fragilisées ou dans le besoin à avoir une nouvelle estime de soi, de ne pas être jugées, de se confronter à soi ou parfois de s'isoler d'autrui afin d'être en sécurité (Beiger, 2008). Par la suite, il est important de mettre en place des objectifs thérapeutiques avec ses patients. La TAA permet de travailler sur divers objectifs cognitifs, moteurs, sensoriels et sur l'estime de soi (Grandgeorge, 2015).

Mais avant cela, un cadre thérapeutique doit être mis en place. Il est centré sur le patient afin d'effectuer au mieux la séance et de prendre en compte ses demandes et ses attentes (Beiger, 2011). La séance doit se dérouler dans un environnement précis et bien structuré. La durée de la séance doit être définie à l'avance ; par exemple la durée d'une séance avec un chien doit être d'une heure avec à la suite une heure de pause. On doit faire le choix de réaliser la séance en travail de groupe ou individuel et choisir si on le fait en groupe fermé ou ouvert. Pour finir, les animaux restent des êtres vivants, il ne faut donc pas les sur-exploiter et respecter leur physiologie et leur rythme biologique (Fédération Française de Protection des Animaux, 1990).

Le déroulé d'une séance de cette thérapie est différente d'un intervenant à l'autre. Elle peut durer entre 30 minutes et une heure selon l'animal et le nombre de patients présents. Afin que la séance se déroule au mieux, il est important de mettre en place une relation triangulaire entre le patient, l'animal et le thérapeute (Grandgeorge, 2015). La présence d'un animal « *est essentielle pour la mise en place d'une rencontre thérapeutique* » selon Marseille (2012).

Suite à la mise en place d'un cadre thérapeutique et d'une alliance entre le patient, le chien et le thérapeute ; il est important de définir les objectifs thérapeutiques en médiation animale du patient. D'après Servais et De Villers (2016), les objectifs à poursuivre peuvent être fonctionnels, éducatifs, parfois occupationnels et ludiques. Cela dépend des cas cliniques, les objectifs peuvent être : cognitifs, moteurs, sensoriels, psychomoteurs, réduction du stress, amélioration de l'estime de soi et favoriser le développement de l'autonomie (Grandgeorge, 2015).

Un travail moteur peut être réalisé tel que le travail sur l'équilibre en promenant le chien par exemple, la locomotion, la motricité globale et fine (attraper des objets, brosser l'animal,

enlever des picots des poils...), un travail sur la coordination bi-manuelle et oculomotrice et sur le positionnement du patient.

Un travail sensoriel permet un éveil sensoriel tel que l'éveil des sensations tactiles (caresse, bave, textures croquettes), du visuel et des sensibilités profondes et superficielles.

Un travail cognitif permet la stimulation de la mémoire comme retenir le nom de l'animal, son âge et son poids. La médiation animale permet de travailler sur les fonctions cognitives : gnosies, praxies, langage (communication verbale ou non verbale), sur le schéma corporel et la latéralité. La stimulation de la créativité, de l'imaginaire et le renforcement des apprentissages peuvent faire partie d'un des objectifs thérapeutiques.

Enfin, la diminution du stress et l'amélioration de l'estime de soi sont importants et très souvent réalisés lors d'une séance de zoothérapie (Lehotkay, Orihuela-Flores, Deriaz, Carminati, 2012).

2-2-3 Limites

La zoothérapie connaît, comme toutes thérapies, des limites.

Le thérapeute pratiquant cette médiation doit prendre en compte les peurs, les craintes, la motivation et les allergies des participants (Mayes et al, 2013 ; Grandgeorge, 2015), ainsi qu'un possible désintérêt du patient envers l'animal (Grandgeorge, 2010). Un travail de préparation en amont doit être réalisé avant d'amorcer cette thérapie.

La motivation de chaque patient peut être un levier mais aussi un frein à la TAA. En effet, la motivation joue sur la participation lors d'une séance thérapeutique, selon Jacqueline Iguenane (2004) « *la motivation se manifeste par « l'envie de faire quelque chose ». Si l'activité qui se présente à l'individu l'intéresse, lui semble accessible, il va trouver des moyens pour la réaliser. Au contraire, si l'activité proposée est peu valorisante ou peu intéressante, l'individu sera peu ou pas motivé pour l'entreprendre.* ». Effectivement, la motivation va entraîner des actions volontaires comme caresser le chien, jouer avec lui, le regarder. Sans motivation le patient peut ne pas s'engager dans une activité (INSERM, 2015). De plus, les effets de la médiation animale ne sont pas immédiats, un travail à long terme doit être effectué et peut ne pas être bénéfique pour tous (Levinson, 1962). Il faut donc se montrer patient et optimiste.

Il est important de respecter le rythme biologique et l'état physiologique de l'animal qui pratique la TAA (Beiger, 2011). L'animal reste un être vivant, il faut le respecter et savoir l'écouter (Fédération Française de Protection des Animaux, 1990).

2-2-4 Cas de l'équithérapie

Suite à l'exposition de son histoire, de ses principes et de ses limites nous allons voir un cas qui exploite la médiation animale : l'équithérapie.

Le cheval est omniprésent dans notre société et l'était déjà dans le passé. Il aidait les hommes à voyager et à transporter des marchandises, il était indispensable en temps de guerre afin de combattre les ennemis. On le retrouve aussi dans des loisirs et de nombreux spectacles.

« *Le cheval est un être plein de qualités qui est intelligent et d'une grande amitié, et est défini comme un symbole de valorisation sociale* » (Pérez, 2013). Cet animal est illustré dans les contes ou dessins animés pour enfants. Il est représenté comme grand, noble et fort. Il est vu comme un être puissant et respectable et peut évoquer la peur par sa grandeur ou l'affection et la tendresse par son charisme et sa beauté. (Pérez, 2013)

Ainsi, le cheval peut être un bon médiateur à la thérapie « *grâce à l'image qu'il véhicule, aux sentiments qu'il déclenche, à sa présence imposante* » (Pérez, 2013).

L'équithérapie est définie par la Société française d'équithérapie comme étant « *un soin psychique médiatisé par le cheval et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle* ». L'appellation de cette thérapie de soin peut être différente selon les pays francophones. En France, on appelle la thérapie assistée par le cheval l'équithérapie ou la thérapie avec le cheval. L'appellation « hippothérapie » est utilisée dans d'autres pays francophones tel que la Belgique. Cependant, même si les termes employés pour désigner cette thérapie sont différents ; ils signifient que « *le cheval est utilisé thérapeutiquement face à des pathologies psychiques, physiques ou sensorielles* » (Pérez, 2013). Selon Mermet (2012), cette thérapie propose « *des réaménagements des fonctions psychiques et physiologiques [...] et par le contact avec le cheval, l'enfant pourra ressentir son corps autrement* ».

L'équithérapie peut être pratiquée par des professionnels possédant une formation à cette thérapie ou exerçant dans les milieux médico-sociaux. L'approche est différente d'un intervenant à l'autre. En effet, un psychomotricien n'utilisera pas les mêmes moyens qu'un éducateur spécialisé ou qu'un ergothérapeute. De plus, c'est une thérapie centrée sur le patient donc les objectifs divergeront entre chaque patient ; ainsi, l'approche sera différente.

Les séances d'équithérapie restent sur le même plan que les autres TAA qui sont d'imposer un cadre thérapeutique afin d'avoir un bon déroulement des séances et de définir en amont

des objectifs thérapeutiques sur lesquels ils vont pouvoir travailler (Pérez, 2013). Le cheval est un médiateur irréprochable pour travailler sur les relations à l'autre, le schéma corporel, l'équilibre, la coordination oculomotrice et les repères spatiaux-temporels. Ainsi, mettre en place des jeux avec le cheval, prendre du temps lors du pansage avant et après chaque séance et monter sur le cheval permettent de réaliser chaque objectif et d'entrer en interaction (Lorin de Reure, 2009). Le déroulé d'une séance d'équithérapie dépend des intervenants et des participants. Durant une séance la personne n'est pas obligée de monter sur le cheval, elle peut exercer de multiples autres exercices tels que le pansage, nourrir le cheval, faire des promenades à pied (Pérez, 2013). En effet, aller promener à pied à côté du cheval crée des échanges animal/humain particulièrement riches en termes de communication. De plus, la plupart du temps les participants ont peur de monter sur le cheval dès les premières séances, il faut donc respecter cette peur qui fait partie de la thérapie. Ainsi, *« pratiquer de l'équithérapie avec des personnes en situation de handicap apporte des bénéfices psychologiques dans la prise de confiance en soi, la diminution du stress, l'acquisition des habiletés sociales mais aussi des bénéfices physiologiques important »* (Pérez, 2013). Le développement de l'autonomie pour le soin personnel et le soin à l'autre sont acquis lors de cette thérapie. (Pérez, 2013)

2-2-5 Rôle de l'ergothérapeute dans ce processus

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui promeut l'autonomie au quotidien pour les personnes atteintes d'handicap. Dans le référentiel de compétences d'un ergothérapeute, nous retrouvons la compétence 4 *« Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aides techniques, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques »* (Bulletin Officiel Santé, 2016). Ainsi, préconiser une aide animalière comme un chien fait partie des missions de l'ergothérapeute (Ackermann, 2016).

Son rôle peut aller au-delà de la préconisation d'une aide animale. D'après Ackermann, (2016) *« le chien peut s'avérer être un véritable partenaire de l'ergothérapeute pour atteindre les objectifs de rééducation, réadaptation ou réinsertion mis en place en début de prise en soin »*.

Plusieurs activités peuvent être réalisées à l'aide d'un animal comme le brosser, lui donner à manger, s'occuper de lui. Toutes ces activités peuvent être transférées dans le quotidien du

patient qui participe à la médiation animale. L'ergothérapeute accompagne son patient avec l'animal afin de faciliter l'intégration sensorielle, le langage, les compétences sensorielles et les compétences motrices (Sams, Fortney, Willenbring, 2006). Un processus d'apprentissage est alors effectué afin d'aboutir à la réalisation des divers objectifs vus au préalable avec le patient.

2-2-6 Médiation animale et Autisme

Comme vu précédemment, la médiation animale peut être pratiquée auprès d'une population diversifiée. Cette pratique peut varier d'une personne à l'autre en fonction de l'âge et de la pathologie. Dans cette partie, nous faisons le lien entre la médiation animale et les enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme.

Plusieurs recherches scientifiques ont été menées afin de définir les impacts positifs de la thérapie assistée par l'animal sur des enfants atteints d'autisme.

L'objectif de la recherche de Sánchez, Castro, Herrera, Juárez. (2014) était de déterminer si l'équithérapie conduit à une amélioration des attitudes sociales chez les TSA. Pour cela, ils ont réalisé une expérience sur huit enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme. Ils ont utilisé la technique ELISA qui est de prélever des échantillons de salive afin de déterminer le taux de cortisol, d'ocytocine et de progestérone avant et après une séance de TAA. Cette méthode permet d'analyser les variations hormonales chez les sujets autistes.

Les auteurs nous définissent l'ocytocine comme étant une hormone qui peut être liée au comportement sexuel, aux conduites maternelles et paternelles, qui peut avoir un rôle sur l'affectif, le plaisir, la tendresse et le toucher. Cette hormone est aussi liée à l'établissement de relation sociale et de confiance. La progestérone est une hormone qui fait partie de la base neuroendocrine de l'attachement social, elle est donc liée à l'insertion sociale. Le cortisol est appelé « l'hormone du stress », elle joue un rôle à la réponse au stress. La progestérone ainsi que le cortisol sont étroitement liés avec le niveau d'ocytocine chez une personne.

Les résultats montrent que le taux de cortisol diminue après une séance d'équithérapie et que le taux de progestérone augmente. Néanmoins, le nombre de participants et leurs sexes peuvent être perçus comme des limites à cette recherche. Cependant, les résultats sont significatifs pour ses huit participants.

Cette étude montre que la thérapie assistée par des chevaux réduit le niveau de stress dans l'organisme car le taux de cortisol diminue. Il y a une amélioration des canaux émotionnels chez ces enfants TSA liée à l'augmentation de progestérone. De plus, aux vues des résultats et compte tenu de la corrélation hormonale, le niveau d'ocytocine augmente après la TAA.

Ainsi, le contact avec le cheval va créer des canaux émotionnels qui vont avoir des bénéfices sur l'amélioration des attitudes sociales chez les enfants TSA.

Une étude réalisée par des chercheurs japonais, montre que lorsqu'un chien et son maître se regardent, leurs niveaux d'ocytocine, l'hormone de l'amour, de la confiance et du plaisir, augmentent nettement dans leur cerveau et permettent alors de renforcer leurs liens. *« Ces résultats confirment l'existence d'un phénomène auto-entretenu positif conduit par l'ocytocine dans les relations homme-chien, similaire à celle des relations mère-enfant. L'interaction homme-chien à travers le regard a entraîné des effets sociaux gratifiants du fait de la libération d'ocytocine chez l'homme et le chien et a suivi l'approfondissement des relations mutuelles. »* (Nagasawa, et al, 2015). De plus, Evan MacLean et Brian Hare, des chercheurs à l'Université Duke en Caroline du Nord, citent les bienfaits de la présence de chiens auprès de personnes autistes. Des traitements expérimentaux avec l'ocytocine sont actuellement utilisés auprès de cette population.

Une étude menée par F. Martin et J. Farnum (2009) permet d'évaluer quantitativement les effets de l'interaction chien / enfant TSA. Pour cela, ils ont choisi une population d'enfants de 3 à 13 ans pour participer à 45 séances donc 15 séances pour chaque condition. Les conditions sont : la présence d'un thérapeute et d'un « jouet non social » : une balle, la présence du thérapeute et d'un chien en peluche puis la présence du thérapeute et d'un chien vivant. Ces différentes conditions permettront de voir si les enfants interagissent mieux auprès d'un chien vivant et de vérifier le lien entre animal/humain.

Les résultats montrent que les enfants sont plus enjoués, qu'ils répondent aux questions du thérapeute, qu'ils sont beaucoup plus concentrés et qu'ils ont une meilleure conscience de leur environnement social en présence d'un chien vivant. Ainsi, la TAA a des effets positifs et des bénéfices sur le comportement des enfants autistes et sur leurs interactions sociales. La médiation animale pourrait donc être une forme de thérapie appropriée pour cette population.

Dans les articles étudiés, les auteurs mettent en évidence que la thérapie assistée par l'animal a permis une diminution significative des troubles du comportement sur leurs participants. Ils finissent par les effets positifs que peut procurer un animal (source de stimulation sensorielle, motivationnelle et socialisante et l'augmentation de la production d'ocytocine).

D'autres articles démontrent que la TAA permet de travailler sur plusieurs objectifs : au

niveau moteur, sensoriel, cognitif, sur l'amélioration de l'estime de soi et diminution du stress et les sources de motivation qui peuvent exister (Sams, Fortney, Willenbring, 2006). D'autres recherches existent sur les apports positifs de la TAA sur des enfants atteints du trouble du spectre de l'autisme. En effet, les auteurs Viau, Arsenault-Lapierre, Fecteau, Champagne, Walker, Lupien en 2010 ont montré que la présence d'un chien d'assistance faisait diminuer le taux de cortisol et les troubles du comportement chez les enfants TSA. Pour autant, il ne faut pas oublier que parfois la relation « ne fonctionne pas » entre l'animal et l'enfant autiste (Grandgeorge, 2015). Il existe aussi des cas où « *la présence d'un animal n'est pas source de bénéfices : de la peur des animaux* » (Mayes et al, 2013), « *aux gestes non adaptés des enfants* » (Bergstrom, Tarbox, Gutshall, 2010) ou « *encore un manque d'intérêt pour l'animal en général* » (Grandgeorge, 2010). Néanmoins, ces recherches démontrent les bienfaits de la médiation animale sur le comportement des enfants TSA et sur leurs interactions sociales (Sams, Fortney, Willenbring, 2006 ; Grandgeorge, 2015 ; Chetrit-Thourot, Seguillon, Boursier, 2012).

2-2- 7 Synthèse sur la médiation animale

En résumé, nous avons vu que la médiation animale a évolué au fil des années et est utilisée auprès d'une population diversifiée. Elle s'appuie sur des connaissances en neurosciences, et des principes qui permettent de travailler sur des objectifs définis au préalable avec le patient. Cependant, cette thérapie connaît des limites qui doivent être connues par les professionnels la pratiquant. Les recherches sur l'intervention de la médiation animale auprès d'enfants TSA montrent les bénéfices que cette thérapie leur apporte.

3- Problématisation

3-1 Problématique

Selon la définition de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'ergothérapie permet de « *maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* ». Les ergothérapeutes aident les personnes en situation de handicap à trouver des solutions dans les activités signifiantes et significatives pour elles.

Les enfants TSA rencontrent des difficultés dans leur quotidien notamment, dans les interactions sociales, la participation sociale et la communication. Les ergothérapeutes vont donc proposer un accompagnement personnalisé auprès de ces personnes. La prise en soin en ergothérapie auprès de cette population est recommandée par l'HAS. Les objectifs sont de favoriser le développement dans différents domaines dans lesquels les TSA ont des difficultés. De plus, l'HAS recommande de co-construire un projet thérapeutique avec les parents des patients TSA.

Suite à mes diverses recherches bibliographiques, sitographiques et avec les différents entretiens que j'ai effectué avec mon référent méthodologique et mon référent terrain, ma vision de la situation a changé. Ma question de départ a vite évolué pour se tourner vers une problématique plus ciblée sur la pratique de la médiation animale en ergothérapie. De plus, il me semblait important dans mon mémoire d'aborder l'aspect de la performance occupationnelle auprès d'enfants atteints de TSA.

La performance occupationnelle est « *ce qui est en train d'être fait par une personne ou ce dans quoi elle s'engage* » (Gardien, 2016). Elle renvoie à l'idée d'interaction entre la personne, l'environnement et l'occupation d'après le modèle PEOP. Afin d'effectuer une performance, les fonctions exécutives telles que l'organisation et la planification sont appliquées (Chapparo & Ranka, 1997). En outre, la pratique de l'ergothérapie, selon Sylvie Meyer (2013) s'inclue « *entre la forme occupationnelle et le passage à l'acte* ». Nicolas Gardien (2016) énonce que « *la performance est centrale en ergothérapie car elle est un moyen d'action sur la forme de l'activité (exemple : l'environnement) et sur les habiletés de la personne (exemple : son endurance)* ».

Ainsi, ma problématique de recherche est la suivante :

« Quelles stratégies d'intervention l'ergothérapeute utilise-t-il lors d'une séance de zoothérapie pour accéder à une performance occupationnelle d'un enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme ? »

3-2 Hypothèses de réponse

D'après les données établies dans la partie théorique, mes hypothèses de réponse permettront de rechercher à savoir si :

L'ergothérapeute utilise différentes stratégies d'intervention lors d'une séance de zoothérapie afin de faciliter la performance occupationnelle d'un enfant atteint de Trouble du Spectre de l'Autisme. En effet, l'ergothérapeute met en place plusieurs activités en Thérapie Assistée par l'Animal afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques établis en début de prise en soin. Son but est de transférer la connaissance vue avec l'animal sur les activités du quotidien. Pour cela, il va utiliser le transfert des apprentissages.

Et nous chercherons à savoir, si l'ergothérapeute s'appuie sur le modèle conceptuel Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) afin de baser son intervention. Ce modèle permet à l'ergothérapeute de cibler la problématique occupationnelle et d'en faire un objectif prioritaire d'intervention. Il est basé sur l'approche « top-down » et est constitué de trois phases : la phase d'évaluation, la phase d'intervention et la phase de réévaluation. Mes recherches me permettront de vérifier ou non l'utilisation de ce modèle conceptuel pour faciliter la performance occupationnelle en zoothérapie auprès d'enfants atteints de TSA. De plus, lors de leurs séances les ergothérapeutes vont utiliser l'approche CO-OP.

Ces hypothèses seront étudiées à l'aide d'une enquête auprès d'ergothérapeutes pratiquant la médiation animale au travers de différents entretiens.

4- Recherche

Afin de valider ou de réfuter ces hypothèses de réponse, j'ai effectué une enquête de terrain à l'aide de la méthode décrite ci-dessous. Cette recherche permet une démarche qualitative. Elle a été choisie afin de recueillir les expériences, les représentations et les ressentis des différents ergothérapeutes vis-à-vis de la problématique. Tout d'abord la méthodologie de recherche utilisée sera décrite, puis les résultats seront analysés et discutés

4-1 Méthode de recherche

Dans cette section, nous parlerons des bases conceptuelles concernant le transfert d'un apprentissage au travers de la théorie de l'apprentissage et de divers auteurs. Puis nous aborderons le modèle conceptuel OTIPM. Nous finirons par aborder la méthodologie utilisée pour aboutir à un entretien à faire passer aux ergothérapeutes pratiquant la médiation animale.

4-1-1 Bases conceptuelles concernant le transfert d'un apprentissage

Il est important de poser les bases conceptuelles concernant le transfert d'un apprentissage afin d'expliquer mes hypothèses de réponse.

Le transfert d'un apprentissage permet de transférer et de généraliser des connaissances acquises par l'apprentissage. Pour Presseau (2000), le transfert est défini comme étant « *le processus par lequel des connaissances construites dans un contexte particulier sont reprises dans un nouveau contexte, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, pour développer de nouvelles compétences ou pour accomplir de nouvelles tâches* ».

Polatajko (2004) définit « *le transfert d'un apprentissage comme la possibilité qu'une compétence apprise influence l'apprentissage d'une autre compétence* » (Rouault, 2012).

Pour effectuer un apprentissage et transférer nos connaissances, nous pouvons nous appuyer sur les théories de l'apprentissage ; il en existe quatre. En effet, pour pouvoir transférer un apprentissage, il faut savoir l'apprendre avant.

La théorie behavioriste proclame que les changements des comportements se font au travers de l'apprentissage dans un environnement et en présence de deux stimuli (Frenay, Bédard, 2011). D'après Skinner (1953) représentant behavioriste, cette théorie cible ce qui est

observable et met l'accent sur les liens entre stimulus-réponses-conséquences. Elle s'appuie sur quatre aspects : la rétroaction : à l'aide de récompenses, le modelage : imitation de l'intervenant, l'indigage et l'estompage qui va être l'idée de laisser faire. Lors de l'estompage il y a généralisation et transfert des acquis.

La théorie cognitive met en évidence qu'il faut utiliser les fonctions cognitives pour apprendre. L'apprentissage met en jeu des processus cognitifs et mentaux, tels que la mémorisation, l'attention et l'utilisation des connaissances. La place importante des facteurs cognitifs dans l'apprentissage peuvent influencer le comportement et l'environnement de l'apprenant. Pour Bandura (1980), *« les humains ne répondent pas seulement à des stimuli, ils les interprètent. Selon ces théories cognitivistes, l'environnement social a une place importante »*.

Le constructivisme de Jean Piaget (1964) est basé sur la construction de la connaissance. La théorie de l'apprentissage, selon Piaget, est *« l'idée que la connaissance est élaborée par l'apprenant en mettant en place des activités mentales »*. Face à un obstacle, pour retrouver un équilibre, il faut assimiler les éléments et s'accommoder à cette nouvelle situation (Frenay, Bédard, 2011). En réfléchissant sur nos expériences nous construisons nos propres opinions et vision du monde dans lequel nous vivons. Pour Piaget, on ne peut apprendre que des choses nouvelles lorsqu'on est confronté à un obstacle et que nous ressentons un conflit cognitif. De plus, cette théorie met en avant que les activités et les capacités cognitives de chacun permettent une compréhension et une appréhension des réalités qui nous entourent. Apprendre permet de retrouver un équilibre avec une majoration de la connaissance. Ainsi, apprendre c'est construire des schèmes opératoires (ANNEXE II).

Pour finir, le socio constructivisme se base sur le principe que les savoirs se construisent par l'interaction sociale entre pairs. Vygotsky (1932) s'intéresse au développement des apprentissages chez les enfants. Il élabore la zone proximale de développement qui permet de créer des tâches entre ce que l'apprenant est capable de faire seul et entre la compétence faite avec un pair. L'apprentissage se construit à l'aide des interactions avec nos pairs. De plus, les enfants apprennent mieux et plus vite lorsqu'ils sont émotionnellement investis (Vygotsky, 1978). J. Bruner (1983) parle de l'étayage avec six fonctions au sein de l'apprentissage : *« l'enrôlement (motivation), la réduction des degrés de liberté, le maintien de l'orientation, la signalisation des caractéristiques déterminantes, le contrôle de la frustration (il faut laisser faire l'apprenant même si ça lui coûte) et la démonstration pour clôturer la séance »* (Cardin, 2016). Ainsi, selon la théorie de l'apprentissage socio constructiviste on n'apprend pas seul.

4-1-2 L'approche « Top-down » et le modèle conceptuel : OTIPM

Dans la deuxième partie de mes hypothèses de réponse, nous retrouvons l'approche « Top-down », le modèle conceptuel Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) et l'approche CO-OP; il est donc important de les définir.

L'OTIPM est le modèle du processus d'intervention en ergothérapie et est une méthode centrée sur le patient en tant qu'individu occupationnel, ciblant son bien-être en tant qu'équilibre occupationnel et utilisant l'occupation pour évaluer et intervenir. C'est un modèle utilisé par les ergothérapeutes afin de cibler la problématique occupationnelle et en faire un objectif prioritaire pour leur intervention.

Le déroulement de l'OTIPM se fait en 6 étapes. Tout d'abord avec l'entretien afin de situer le contexte, la constellation, les ressources et les limites et de mettre en évidence les priorités du patient. Ensuite, le thérapeute va évaluer et observer les performances occupationnelles du patient afin de définir les tâches problématiques et ressources. La 3ème étape permet de mettre en place des objectifs occupationnels. Le thérapeute va donc pouvoir faire l'interprétation des problèmes occupationnels. Par la suite, l'ergothérapeute va alors pouvoir choisir entre quatre types d'interventions : adaptative, éducative, acquisitionnelle et récupératrice. L'intervention adaptative permet de « *planifier et mettre en œuvre une occupation adaptative pour compenser des habiletés occupationnelles.* » (Fisher, 2009), l'intervention éducative permet de « *planifier et mettre en œuvre le programme d'éducation ciblant les tâches de la vie quotidienne.* » (Fisher, 2009), l'acquisitionnelle de « *planifier et mettre en œuvre une occupation d'acquisition pour regagner / développer des habiletés occupationnels.* » (Fisher, 2009) et la récupératrice va permettre de « *planifier et mettre en œuvre une occupation pour récupérer / développer les facteurs personnelles et les fonctions de l'organismes.* » (Fisher, 2009). La dernière étape de l'OTIPM est la réévaluation.

Ce modèle est basé sur une approche dite « Top-Down ». C'est une approche ascendante et est orientée sur l'activité. Elle va permettre l'acquisition, en partant de l'activité, des habiletés de base tels que l'équilibre, la manipulation, la stabilisation de l'épaule. Elle est la conséquence d'une interaction entre personne, la tâche et l'environnement.

L'approche CO-OP est basée sur l'intervention « Top-Down ». Elle permet au patient d'être utilisateur de stratégies afin d'acquérir des habiletés pour une activité choisie (Annexe III). Par la suite, grâce aux stratégies mises en place, le patient généralise ses habiletés acquises

donc peut faire la même tâche mais dans un contexte différent. Et arrive à les transférer dans une autre tâche similaire. Par exemple, si un enfant veut faire du vélo, il va trouver lui-même des stratégies pour réaliser l'activité « faire du vélo », ensuite il va le généraliser donc faire du vélo dans sa rue et pour finir, il va arriver à faire du vélo sur les routes ou sur les chemins de campagne.

4-1-3 Méthodologie de l'entretien

Afin de réfuter ou valider mon hypothèse de réponse, j'ai choisi de faire passer un entretien à des ergothérapeutes pratiquant la médiation animale. Ainsi, cette méthode de recherche est qualitative et va permettre de donner un accès direct à la personne, ses ressentis, ses représentations, ses idées et ses expériences lorsqu'elle pratique la médiation animale.

L'entretien sera semi-directif afin de laisser la parole à l'interlocuteur ; les questions sont relativement ouvertes mais resteront guidées. De plus, ce type d'entretien peut m'apporter des éléments auxquels je n'avais pas pensé. Cela permet à la personne interrogée de s'exprimer sur ce qu'elle pense sans induire ses réponses. Toutefois, l'orientation des questions permet de recentrer la personne si le fil de sa pensée diverge. Ainsi, je vais pouvoir obtenir des informations essentielles et utiles. J'ai donc élaboré un guide d'entretien avec les thèmes et les points clés (Annexes IV).

Ma problématique porte sur la médiation animale auprès d'enfants TSA en ergothérapie, j'ai effectué mes entretiens auprès de trois ergothérapeutes pratiquant la médiation animale avec des enfants atteints d'autisme. L'entretien dure entre 45 à 60 minutes, il est réalisé par téléphone ou suite à une rencontre sur le lieu d'exercice de l'ergothérapeute.

4-2 Analyse des données et discussion

Dans cette dernière section nous parlerons de l'analyse des entretiens réalisés auprès d'ergothérapeutes pratiquant la médiation animale avec des enfants TSA. Puis, nous finirons par une discussion sur les résultats qui sont ressortis des entretiens.

4-2-1 Analyse des entretiens

Les trois entretiens, effectués auprès d'ergothérapeutes qui exercent la médiation animale avec un chien et avec des enfants atteints d'autisme, sont analysés grâce aux matrices réalisées sur la médiation animale et sur la théorie de l'apprentissage (Annexes V et VI). Les matrices sont composées de critères et d'indicateurs qui sont issus de théories ou de concepts d'auteurs précédemment cités dans ce mémoire. J'ai choisi de retenir les critères qui m'ont paru les plus pertinents pour l'analyse des entretiens. Chaque critère des deux matrices a été analysé. Nous commencerons par les critères de la matrice « La médiation animale », puis par ceux de la matrice « La théorie de l'apprentissage » et nous finirons par les limites rencontrées lors de ces entretiens.

➤ La médiation animale

La matrice « La médiation animale » présente sept critères. Les indicateurs établis pour chaque critère m'ont permis de mettre en évidence les arguments relatifs à ces critères durant l'analyse des entretiens.

Pour le premier critère « la motivation », il a été dit que le chien induit naturellement la réponse sans avoir besoin d'une verbalisation de l'adulte. Le chien va susciter de la motivation car il est le médiateur de la thérapie. De plus, il peut y avoir d'autres activités liées au chien sans être avec le chien mais le patient sera enjoué à l'idée de faire une activité autour du chien. Pour certains enfants présentant des TSA, il est difficile de susciter une certaine motivation lorsqu'ils font des séances « classiques » d'ergothérapie en cabinet donc peut être que la médiation animale pourrait les aider à éprouver de la motivation. De plus, la médiation animale est une prise en soin atypique. L'idée que l'animal peut susciter un intérêt important pour le patient est ressorti plusieurs fois durant les trois entretiens. Cet intérêt peut amener l'enfant présentant des TSA à plus se concentrer, à être plus motivé pour la TAA et à être plus impliqué dans sa prise en soin. L'utilisation de la TAA pour permettre l'investissement de l'enfant dans les séances a été citée par les trois ergothérapeutes mais aussi que les enfants présentant des TSA venaient surtout en séance pour voir le chien. Il en ressort aussi que le chien est un facilitateur dans la prise en charge et qu'il donne de l'énergie au patient, de la motivation et de la force pour la séance.

Pour le critère « participation active », il en ressort que les patients savent plus ou moins s'adapter au comportement du chien et qu'au moment où ils s'occupent du chien on peut les

valoriser et ils deviennent alors actifs dans leurs prises en soin. Le patient est actif car il travaille lors de la TAA par exemple en brossant le chien, en lui brossant les dents, en lui lançant la balle et en lui donnant des croquettes. De plus, les trois ergothérapeutes ont souligné le fait que le patient, grâce au chien, va avoir envie de venir aux séances et de faire des choses et donc que le patient est plus investi et il portera un intérêt dans sa prise en soin. L'animal permet de faciliter l'accès à ses objectifs, de donner de l'énergie et de la force à chaque patient lors de la séance.

Le troisième critère que j'ai choisi est l'interaction. Pour Mme A (Annexe VII), le chien induit naturellement la réponse de la personne TSA, il n'y a pas besoin de verbalisation de l'adulte. De plus, les patients arrivent à plus ou moins s'adapter au comportement du chien. Les idées qui ressortent le plus dans les trois entretiens sont que le chien est un médiateur qui va faciliter les interactions et que lors de la TAA l'interaction est directe avec le chien et que les enfants TSA arrivent à avoir un contact visuel avec lui. Parfois, les ergothérapeutes ont eu des réponses de la part de leurs patients auxquelles elles ne pensaient pas avoir comme des gestes, des mouvements ou des praxies. Durant les séances de médiation animale l'attention des enfants est ciblée sur le chien et ils rentrent en relation avec lui en le cherchant du regard. Pour Mme C (Annexe IX), le chien va créer des interactions sociales avec le patient et va faciliter le relationnel.

Pour le critère « bien être et plaisir », dans tous les entretiens l'idée que la TAA a des bienfaits positifs sur la personne est ressortie. Les notions de bien-être, de plaisir, d'augmentation de l'estime de soi, d'échange et de sérénité sont observées par les trois ergothérapeutes. Mme B (Annexe VIII) et Mme C mettent en avant que le chien apporte un moment d'apaisement, de sérénité pour la personne. Mme C rajoute que la personne se sent utile et que parfois pour certaines personnes leurs troubles du comportement vont diminuer. L'idée que l'attraction des enfants TSA pour les chiens va permettre de les canaliser. Ainsi, pour les trois ergothérapeutes la médiation animale apporte beaucoup de choses positives et un bien-être pour le patient.

Dans la « dimension contextuelle », le fait de poser un cadre thérapeutique lors des séances de médiation animale ressort beaucoup. Ce cadre va permettre d'organiser la séance et les objectifs thérapeutiques. Pour Mme A, un professionnel de l'institution, où elle travaille, doit l'accompagner pour poser un cadre en lien avec la structure. Pour elle, le lieu où elle pratique la médiation animale doit être fermé pour ne pas qu'il y ait de distraction pour la personne mais aussi pour le chien. Pour Mme B et Mme C, le lieu peut être ouvert pour que les patients qui déambulent puissent sortir sans problème et revenir quand ils le veulent. Mais pour les trois ergothérapeutes il faut avoir un lieu dédié à la séance et être au calme. Mme C, par

exemple, a installé une tente dans sa salle pour que les enfants puissent s'isoler s'ils en ont besoin. L'espace peut être plus ou moins grand en fonction de ce qui est accessible et que ce qu'on veut faire avec les patients. Mme C laisse l'enfant choisir son positionnement vis à vis du chien. Au niveau de la dimension temporelle, Mme A dit que ses patients sont plus disponibles cognitivement le matin. Mme B et Mme C n'accordent pas d'importance à la dimension temporelle : pour elles, il n'y pas de différence pour les enfants TSA.

La dimension sociale est souvent évoquée dans les lectures dédiées à la médiation animale, d'où sa sélection comme critère de la matrice « La médiation animale ». Pour ce critère, il en ressort dans les trois entretiens l'idée que l'activité va tourner autour du chien et que grâce à cela les ergothérapeutes vont pouvoir organiser l'activité autour de ce dernier. De plus, l'idée que le chien est utilisé comme médiateur pour atteindre les objectifs ressort au travers les entretiens. De plus, pour les trois ergothérapeutes la TAA permet le développement de l'autonomie de la personne et de travailler autour de diverses activités de la vie quotidienne. Pour Mme C, l'animal facilite la relation et permet aux enfants TSA de chercher le chien du regard, d'entrer en relation et ainsi élargir son environnement social.

Le dernier critère de cette matrice est la « satisfaction ». Dans les entretiens, il en ressort que l'animal ne va pas porter de jugement, il va mettre en confiance le patient et il va lui procurer du plaisir. De plus, il y a une interaction directe entre le soigné et l'animal, Mme C nous dit : *« je vois dans le regard des enfants TSA qu'il y a un intérêt pour l'animal et que ça leur fait plaisir d'être là avec ma chienne »*. Les trois ergothérapeutes ressentent l'envie des patients de venir aux séances pour voir le chien mais aussi pour faire des activités thérapeutiques. Toutes trois s'accordent sur le fait que la médiation animale va être une médiation facilitatrice pour les patients et que l'animal va fournir de l'énergie, de la force et de l'envie aux patients.

➤ La théorie de l'apprentissage

La matrice « La théorie de l'apprentissage » possède elle aussi sept critères. Là encore, grâce aux indicateurs, le lien entre les critères et les paroles rapportées des ergothérapeutes a été fait plus facilement. On analyse les critères un par un.

Le premier critère retenu est l'enrôlement et l'engagement. La relation qui va se créer avec l'animal va permettre de travailler sur les objectifs thérapeutiques ainsi le chien sera le médiateur de la séance. Pour Mme B et C, le chien va susciter l'intérêt du patient ce qui va lui permettre d'apprendre et de réaliser les activités plus facilement. De plus, l'idée que le patient est plus motivé et plus concentré grâce à l'intérêt qu'il porte au chien est ressorti de

nombreuses fois. Pour Mme B, c'est beaucoup plus facile d'apprendre quand on est motivé et en se faisant plaisir. Mme C met en avant que le lien qui va se créer à l'aide du chien va favoriser l'investissement de l'enfant dans sa prise en soin ; elle va aussi laisser l'enfant libre de dire comment il voit les choses pendant la séance.

Dans les écrits sur la théorie de l'apprentissage la « participation » est un enjeu majeur, il ressort à travers le fait que la personne participe à l'apprentissage. Pour ce critère, l'idée que le patient est acteur de son projet de soin et qu'il suscite un intérêt pour l'animal est ressortie dans les trois entretiens. Ainsi, ces deux éléments vont permettre au patient d'avoir l'envie de venir à chaque séance et de réaliser des activités significatives. Pour Mme A, l'adulte n'a pas besoin d'avoir une verbalisation pour que le patient participe à l'activité. Cependant, pour que le patient ait les mêmes résultats hors séance de médiation animale, dans les activités qu'il réalise lors de la TAA un rappel de l'activité lié au chien ainsi qu'un rappel de la séance de zoothérapie sont nécessaires. Pour Mme A, grâce à l'animal, elle a des réponses venant du patient auxquelles elle ne s'attendait pas comme un geste tels une caresse ou un mouvement affectif vis à vis de l'animal. Pour Mme C, durant la médiation animale même si le patient se trompe ce n'est pas grave ; il va continuer ce qu'il fait et recommencer jusqu'à ce qu'il y arrive. D'ailleurs, pour Mme C la TAA apporte un bénéfice pour l'implication du patient dans sa prise en soin et par rapport au regard qu'il porte sur celle-ci.

L'ergothérapeute utilise l'animal afin que la personne interagisse avec l'intervenant et ses pairs. Les propos rapportés à ce sujet permettent d'analyser le critère d'interaction indispensable lors d'un apprentissage. Pour les trois ergothérapeutes, l'interaction est directe avec le chien, il y a un échange réciproque. En effet, lorsque le patient veut envoyer la balle au chien il faut qu'il le regarde afin d'obtenir un échange réciproque. Le chien permet la création d'interactions sociales ce qui va faciliter la relation entre l'intervenant, le chien et le patient. De plus, l'enfant peut avoir le même type d'échange qu'il a avec le chien avec ses pairs. Mme C place son chien comme une personne tierce, quand les patients arrivent dans sa salle ils doivent dire bonjour au chien et quand ils repartent ils doivent lui dire au revoir. Ainsi, cela permet aux patients d'entrer en interaction avec l'animal durant toute la séance.

L'estompage fait partie intégrante des étapes de l'apprentissage, on l'identifie au travers du fait que la personne arrive à accomplir seule ses tâches, généralise et transfère ses acquis. Pour Mme A, il peut y avoir une relation de proximité qui va se créer avec l'enfant lors de la médiation animale qui va permettre le transfert d'acquis. Grâce à la thérapie assistée par l'animal, le patient va arriver à réaliser des activités seul, il va pouvoir généraliser ce qu'il a appris dans un autre contexte et finir par transférer ces apprentissages.

Mme C donne un exemple *« si l'enfant veut faire ses lacets, en médiation animale il va d'abord apprendre à faire ses lacets sur le chien (...) puis il va apprendre sur lui même avec ses chaussures à lui, qui sont les mêmes qu'il a à la maison et donc il va pouvoir reproduire à la maison. »*. Ainsi, les idées que le transfert d'apprentissage est tout à fait possible grâce à la zoothérapie et que l'animal est un soutien aux apprentissages sont ressorties.

En s'intéressant au critère « dimension contextuelle », on constate que les ergothérapeutes pratiquant la zoothérapie organisent les activités avec un cadre thérapeutique, qu'il faut un lieu dédié à ces séances là et qu'il faut des évaluations pour mettre en place des objectifs thérapeutiques. Pour Mme A, les séances de zoothérapie sont plus appropriées le matin mais pour Mme B et Mme C il n'y a pas de préférence entre le matin ou l'après-midi. Mme A organise parfois des activités décentrées du chien mais il peut être à côté sans qu'on s'occupe de lui. Pour Mme C il est important de connaître les comportements des participants pour ne pas mettre en danger ni les autres personnes présentes ni l'animal, il faut mettre en place un contexte cadré et sain. De plus, il faut communiquer avec les écoles des enfants pour qu'ils puissent reproduire ce qu'ils apprennent dans un autre environnement.

Au niveau de la dimension sociale travaillée durant l'apprentissage, les entretiens mettent en avant l'idée que le chien met en place la relation et qu'il va faciliter les objectifs et le relationnel. Pour Mme A, on va prendre soin de l'animal en s'occupant de lui et on va donc être centré sur le chien. Il se peut qu'un enfant arrive à avoir les mêmes types d'échanges qu'il a avec le chien avec d'autres enfants ou adultes. Pour Mme B il est important de créer un schéma de confiance au sein du groupe formé par les participants à la TAA. De plus, l'animal va amener un intérêt psycho-sociale très important et faciliter la relation entre l'intervenant et le patient. Mme C rajoute que parfois les patients de type agressif peuvent prendre conscience qu'ils peuvent faire peur à l'autre.

Le dernier critère retenu pour l'analyse sur la théorie de l'apprentissage est « dynamique de changement ». Il en ressort que la médiation animale est très variée en terme d'objectifs thérapeutiques. Pour Mme A, il y a une reconnaissance provenant du chien qui est assez immédiate, cela va permettre aux patients de reproduire ce qu'il a fait. Mme A met en place d'autres activités liées au chien mais en étant un peu plus décentrées de ce dernier tels que des puzzles avec la photo du chien. Elle évoque aussi le fait que les patients utilisent la planification lors de la médiation animale afin d'effectuer une activité. De plus, pour elle, la zoothérapie permet dans certaines populations de s'ouvrir sur d'autres choses. Pour Mme B le fait qu'il y ait un attrait pour le chien va ancrer plus facilement les informations. Par ailleurs, lors de la TAA le patient va enregistrer beaucoup plus facilement les informations car il est

dans un moment ludique et de plaisir avec le chien. Pour finir, Mme C explique que le patient va pouvoir apprendre sur le chien et va finir par apprendre sur lui même.

Toutes trois s'accordent sur le fait que lors d'une séance de médiation animale, les patients mettent en place des processus cognitifs afin d'aboutir à un apprentissage.

➤ Les limites évoquées lors des entretiens

Lors des entretiens passés, certaines limites rencontrées en zoothérapie sont ressorties. Pour commencer, le choix de l'animal est important, le chien est un animal qui doit être dressé ; il faut donc prendre du temps pour le dressage néanmoins ce n'est pas toujours possible. Le fait d'avoir un chien trop bien éduqué et qui se laisse faire sans rétorquer est perçu comme une limite à la TAA. Pratiquer la zoothérapie avec seulement un chien peut être une limite car cela ne touche que les patients qui aiment les chiens, qui ne sont ni allergiques, ni phobiques à cet animal. Il faut aussi faire preuve de beaucoup de vigilance avec les personnes au comportement agressif car cela peut devenir dangereux pour l'animal s'ils n'arrivent pas à se contrôler et qu'ils tapent l'animal. Pour finir, la zoothérapie à domicile peut être une limite car les personnes n'ont plus de cadre bien défini de la séance car ils sont chez eux.

4-2-2 Discussion

La discussion de ce mémoire de recherche va permettre de mettre en lien la partie théorique, mes hypothèses de réponse et l'analyse des entretiens.

Rappelons que pour l'analyse des entretiens je me suis appuyée sur la matrice que j'ai créé à l'aide des recherches bibliographiques. Cela nous permettra de faire des corrélations entre auteurs, hypothèses de réponse et ergothérapeutes qui pratiquent la médiation animale.

Au niveau de la motivation, les écrits sur la TAA évoquent le fait que cette thérapie facilite l'action de la personne grâce à l'animal. Dans les analyses des entretiens, cette notion de motivation est ressortie plusieurs fois. Au niveau bibliographique, l'enrôlement est important au sein d'un apprentissage (Bruner, 1983). Puisque, la médiation animale permet au patient de favoriser la motivation, lors de la TAA alors le processus d'apprentissage pourra être entrepris.

Dans la théorie de l'apprentissage, on constate que d'après certains auteurs tels que Vygotsky (1932) et Piaget (1964) la participation est importante pour apprendre. L'analyse des entretiens montre que les patients des trois ergothérapeutes ont une participation active. En

effet, le patient est actif car il travaille lors de la TAA par exemple en brossant le chien, en lui brossant les dents, en lui lançant la balle ou encore en lui donnant des croquettes. De plus, les écrits sur la TAA démontrent que les patients pratiquant cette médiation participent à l'activité sans se sentir obligés de la faire et qu'ils vont beaucoup plus questionner l'intervenant qu'en temps normal.

Pour apprendre, selon les auteurs cités auparavant, il est important d'interagir avec son intervenant et ses pairs. Les écrits sur la médiation animale mettent en évidence que la thérapie assistée par l'animal permet une interaction entre animal/soigné, entre le soignant/soigné et entre soignant/animal. C'est donc une relation triangulaire qui s'installe lors de la TAA. L'analyse des entretiens met en avant que lors des séances de TAA les enfants TSA interagissent énormément avec l'animal et l'intervenant. La relation est plus simple et cela permet alors aux thérapeutes d'amener l'enfant où il souhaite en terme d'apprentissage.

Dans les recherches bibliographiques concernant la médiation animale, les notions de bien-être, de plaisir et d'augmentation d'estime de soi sont omniprésentes. Par ailleurs, les articles de Sánchez et al (2014) et de Nagasawa et al (2015) démontrent que la TAA permet l'augmentation de l'Ocytocine qui est l'hormone de l'amour, de la confiance et du plaisir. Les trois ergothérapeutes interviewées ont évoqué les bienfaits de la TAA sur les enfants TSA tels que le plaisir, l'apaisement, la diminution du stress et le bien être. Si le patient ressent du plaisir ou de la joie lors d'une séance de médiation animale en ergothérapie alors il voudra revenir. Ainsi, un processus d'apprentissage pourra être mis en place tout en prenant du plaisir. En effet, le plaisir amène à la motivation, à la participation, à l'interaction et à une dynamique de changement.

Lors de l'entretien avec Mme A, elle cite : « *Le chien a une reconnaissance aussi par rapport au fait qu'on s'occupe de lui. Il a une reconnaissance qui est assez immédiate* » donc si le chien a une reconnaissance envers l'enfant TSA et que cela lui procure du plaisir alors, il va mettre en place des stratégies et il va construire des schèmes opératoires pour pouvoir recréer ce qu'il fait au chien pour ressentir cette sensation positive. De plus, dans les écrits et les entretiens, il en ressort que la TAA permet de mettre en place différents objectifs thérapeutiques en fonction des besoins et des attentes du patient. Cela signifie que les enfants TSA, grâce aux divers objectifs qu'ils auront à réaliser durant la TAA, pourront mettre en place des stratégies pour réaliser ces objectifs et donc créer une dynamique de changement. Pour la théorie de Piaget, apprendre c'est construire des schèmes opératoires. La TAA va permettre la construction de ces schèmes.

Ce qui est important dans la médiation animale et lors d'un apprentissage c'est de laisser une place importante à la dimension contextuelle. Un lieu est dédié à la médiation animale, selon les entretiens et les écrits, il peut être ouvert ou fermé mais aussi sécurisé et sain. En effet, il faut que la personne s'y sente bien et qu'elle puisse apprendre dans ce lieu destiné à cela. Dans la théorie du constructivisme, la personne doit être confrontée à un obstacle pour apprendre et il faut qu'elle arrive à s'adapter à un contexte différent. Pour cela, les ergothérapeutes peuvent changer d'endroits comme aller se balader ou changer de salle. Madame C explique qu'il faut avoir : « beaucoup de communication avec l'école, les parents pour expliquer comment tout s'est passé et comment reproduire les choses dans un autre environnement. ». Par ailleurs, à la fois, dans les écrits sur la médiation animale et lors de l'analyse des entretiens, on constate qu'il est important de bien poser un cadre thérapeutique pour le bon déroulé de la séance. Ce cadre permet d'effectuer des évaluations et de mettre en place des interventions. Ce cadre permet aux ergothérapeutes de suivre les 6 étapes du modèle conceptuel OTIPM qui sont l'entretien, l'évaluation/observation des performances occupationnelles, mettre en place les objectifs occupationnels, l'interprétation des problèmes occupationnels, de mettre en œuvre un plan d'intervention et de finir par la réévaluation.

Dans de nombreux écrits cités auparavant sur la thérapie assistée par l'animal, la dimension sociale est un critère présent. Pour eux, la personne qui pratique la TAA arrive à mieux s'adapter en société et arrive à développer son autonomie. Pour apprendre, selon de nombreux auteurs dont Vygotsky (1932) et Bruner (1983), l'apprenant s'appuie sur l'intervenant. Il effectue ses apprentissages avec ses pairs et laisse une place importante à son environnement social. L'analyse des entretiens fait ressortir que pendant la TAA le chien est le médiateur de la séance et qu'il va permettre d'établir une relation dite triangulaire entre lui, le soigné et le soignant. Le chien est au cœur du processus, il va faciliter la relation et donc élargir l'environnement sociale de l'enfant TSA. Ainsi, si l'enfant TSA laisse une place à la dimension sociale, à l'aide de l'animal, il pourra s'appuyer sur son intervenant et ses pairs pour apprendre.

Selon mes hypothèses de réponse, l'ergothérapeute utilise le transfert d'apprentissage pour accéder à une performance occupationnelle. Ainsi, nous constatons dans les trois entretiens que la notion d'Estompage est présente. Les trois ergothérapeutes ont donné des exemples sur leur pratique en médiation animale qui rappellent le transfert des apprentissages. Elles ont le même procédé, en effet, elles partent de l'activité, ici l'activité autour ou avec le chien, pour arriver aux habiletés souhaitées du patient. Elles utilisent donc l'approche « Top-down » en médiation animale. Par exemple, Mme C nous cite « *si l'enfant veut faire ses lacets, en médiation animale il va d'abord apprendre à faire ses lacets sur le chien (...) puis il va*

apprendre sur lui même avec ses chaussures à lui, qui sont les mêmes qu'il a à la maison et donc il va pouvoir reproduire à la maison. ». Cet exemple démontre l'approche CO-OP qui se base sur une approche top-down.

De ce fait, dans la théorie de l'apprentissage, il est évoqué que suite à un apprentissage la personne généralise, transfère ses acquis et arrive à faire seule. Les ergothérapeutes ont expliqué que grâce à la TAA, les enfants TSA arrivent à généraliser, transférer et donc arrivent à réaliser seuls les activités.

De plus, dans mes hypothèses de réponse, je propose l'hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute utiliserait le modèle conceptuel OTIPM qui est basé sur l'approche « Top-down » ce qui va permettre d'accéder à la performance occupationnelle de la personne. Si la personne atteinte d'autisme arrive à faire seule, à apprendre en étant motivée, en participant et en transférant ses acquis alors elle va pouvoir accéder à une performance occupationnelle dans sa vie quotidienne.

Ainsi, à l'aide du cadre théorique de ce mémoire et des analyses des entretiens, nous avons pu discuter sur cette recherche et mettre en évidence des points clefs que l'on retrouve dans la médiation animale et dans la théorie de l'apprentissage. Des liens sont apparus entre le cadre théorique, l'hypothèse de réponse et l'analyse.

CONCLUSION

Grâce aux recherches effectuées sur le trouble du spectre de l'autisme, sur la médiation animale et sur la théorie des apprentissages et grâce à la réalisation de trois entretiens auprès d'ergothérapeutes pratiquant la médiation animale avec des enfants TSA, j'ai pu répondre à ma problématique : « Quelles stratégies d'intervention l'ergothérapeute utilise-t-il lors d'une séance de zoothérapie pour accéder à une performance occupationnelle d'un enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme ? »

Tout d'abord, j'ai dû réaliser un cadre théorique afin d'avoir de plus amples connaissances sur l'autisme, sur la médiation animale, sur le transfert des apprentissages et sur la théorie des apprentissages. J'ai ensuite émis des hypothèses de réponse à ma problématique et j'ai analysé les entretiens que j'ai effectués. Des corrélations entre la théorie, les hypothèses et l'analyse ont été trouvées et expliquées.

Au fur et à mesure de la discussion, nous constatons que pendant la médiation animale les axes principaux pour apprendre sont présents tels que l'enrôlement, la participation, l'interaction, le transfert des acquis, la dynamique de changement, la dimension contextuelle et sociale. Ainsi, l'ergothérapeute, grâce au transfert des acquis, va permettre à l'enfant TSA d'accéder à une performance occupationnelle. Le thérapeute va s'appuyer sur l'intervention basée sur l'OTIPM qui est une approche « Top-down ». Cela va donc partir de l'activité, ici autour de l'animal, pour permettre aux patients d'acquérir les habiletés souhaitées tels que la participation, la concentration, l'implication dans la thérapie, l'équilibre, le tonus postural.. Qui sont considérés comme des performances occupationnelles. Pour ce fait, les ergothérapeutes pratiquant la médiation animale utilisent l'approche CO-OP, ils vont choisir avec le patient une activité significative et vont permettre au patient d'être utilisateur de stratégie. Cela permet d'acquérir des habiletés, de les généraliser et de pouvoir les transférer sur d'autres activités.

La thérapie assistée par l'animal permet d'accéder à la performance occupationnelle de l'enfant TSA par le biais de l'approche « Top-down ». Il me paraît donc intéressant et pertinent de travailler en binôme avec des animaux dans ma future pratique professionnelle. Afin de poursuivre mes recherches, je me suis posée la question de la place donnée aux animaux comme ouverture au monde pour les personnes atteintes d'autisme.

Annexes

Mes routines du matin inspirées de la TEACCH

LA ROUTINE DU MATIN

1 A 7h15 : Je me réveille		5 A 8h00 : Je fait mon lit et je range mon pyjama	
2 Je vais aux toilettes		6 Je m'habille	
3 Je prend mon petit déjeuner		7 A 8h15 : Je fais ma toilette (Je me brosse les dents, me lave le visage, et me coiffe)	
4 Je débarrasse mon bol		8 A 8h30 : Je pars pour l'école	

ETAT D'EQUILIBRE

ETAT DE DESEQUILIBRE

ETAT D'EQUILIBRE MAJORE

SUJET EN ACTION

OBSTACLE

SCHEMES = canevas ou raccourcis cognitifs



ASSIMILATION= Assimile les données du problème

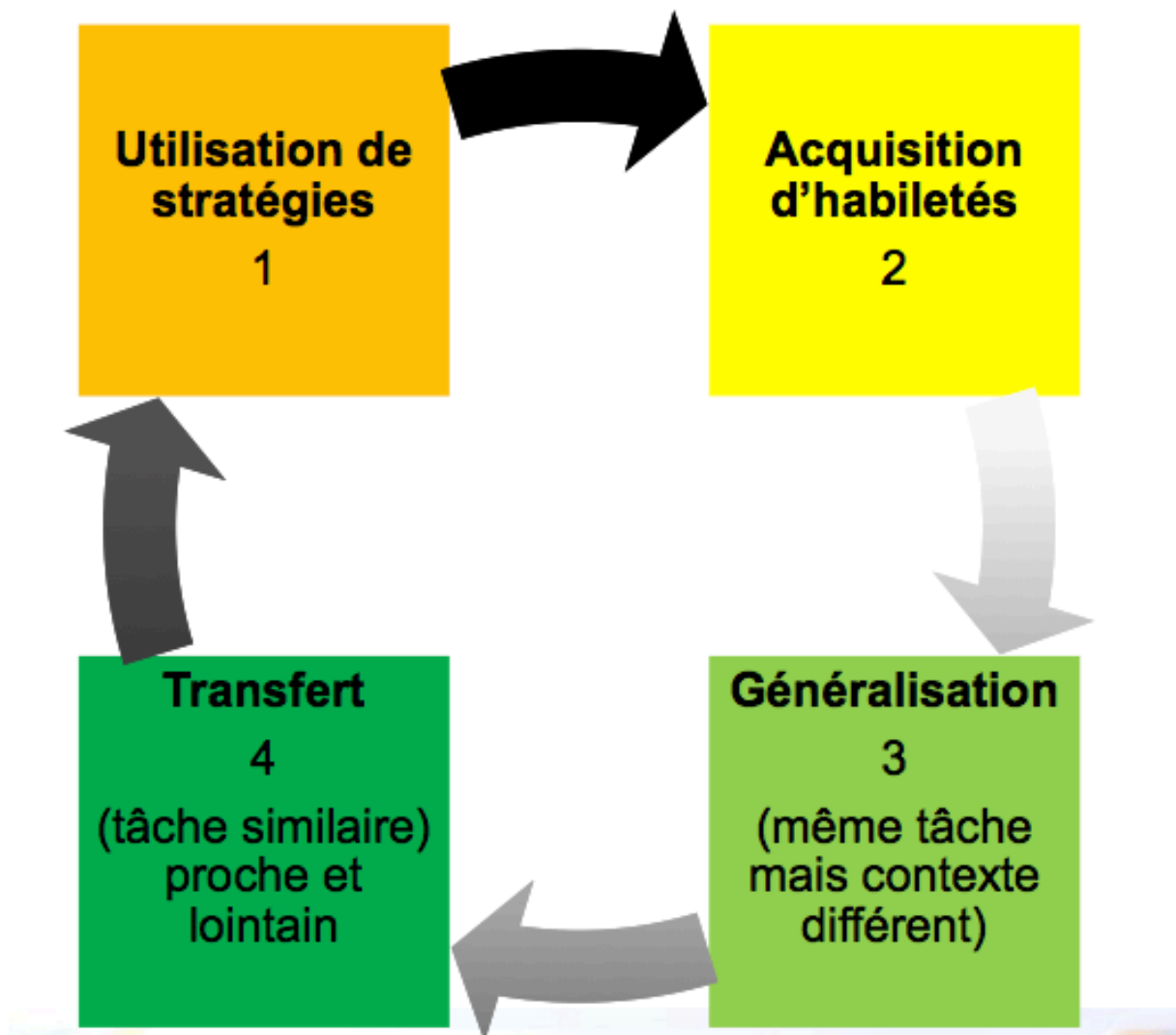
+ **ACCOMMODATION**= mise en place d'actions de résolution de problème



REFLEXIVITE

Annexe II

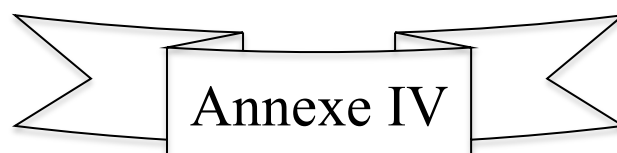
L'approche CO-OP



Guide d'entretien pour les ergothérapeutes pratiquant la médiation animale auprès d'enfants TSA

Préambule: Bonjour, je m'appelle Pauline BORNOT. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous afin de vous poser des questions sous forme d'entretien pour m'aider sur l'avancée de mon mémoire de fin d'année. Ce mémoire porte sur la médiation animale en ergothérapie.

- 1- Pouvez –vous vous présenter et me présenter la structure dans laquelle vous travailler ?
- 2- Avec quel animal travaillez vous ? Pourquoi avoir choisi la zoothérapie plutôt que d'autres interventions ?
- 3- Qui est présent durant la séance ? (ergothérapeute, parents, groupes de pairs ?)
- 4- Quels sont les facteurs environnementaux à prendre en compte pour vous ?
- 5- Existe-il une dimension temporelle (moment de la journée, rythme, saison..) ?
- 6- Que peut susciter l'animal auprès de la personne TSA ?
- 7- Le patient éprouve t-il une émotion particulière lors de la séance de zoothérapie, si oui laquelle ou lesquelles ?
- 8- L'ergothérapeute a t-il un rôle dans cette thérapie ? Si oui, de quelle façon / quels processus ?
- 9- Quelle place l'ergothérapeute donne-t-il à l'animal dans une séance de médiation ? Avec quels objectifs thérapeutiques ?
- 10- Les apprentissages effectués en zoothérapie peuvent-ils être transformés / transférés en performances occupationnelles ? Si oui, quels sont les types de transferts ?
- 11- Quels bénéfices apportent la zoothérapie que vous pratiquez auprès de personnes TSA ?
- 12- Rencontrez vous des limites ou inconvénients ? Si oui, quels sont – ils ?
- 13- Comment pourriez vous faire évoluer la zoothérapie dans votre pratique professionnelle



Théorie / Concept : (Selon : Beiger, 2011 ; Farnum, Martin, 2002 ; Grandgeorge, 2015 ; Levinson, 1962 ; Martin, 2002, Nagasawa et al, 2015 ; Pérez, 2013 ; Sánchez et al, 2014 ; Servais, 2007)

LA MÉDIATION ANIMALE : Variable

Critères	Indicateurs : l'ergothérapeute utilise l'animal pour faire en sorte que :	Questions	Auteurs
Motivation	- la personne soit motivée - la personne se sente plus enjouée	6, 11	(Levinson, 1962 ; Farnum, Martin, 2002 ; Beiger, 2011 ; Grandgeorge, 2015)
Participation active	- la personne participe à l'activité proposée - la personne pose des questions à son intervenant	6	(Farnum, Martin, 2002 ; Beiger, 2011 ; Pérez, 2013 ; Grandgeorge, 2015)
Interaction	- la personne interagisse avec l'animal - la personne interagisse avec l'intervenant	6	(Levinson, 1962 ; Farnum, Martin, 2002 ; Servais, 2007 ; Beiger, 2011 ; Pérez, 2013)
Bien être et plaisir	- la personne se sente bien après la séance - la personne prenne du plaisir à réaliser l'activité - la personne améliore son estime de soi au fur et à mesure des occupations - la personne se sente moins stressée	6, 7, 11	(Levinson, 1962 ; Beiger, 2011 ; Pérez, 2013 ; Sánchez et al, 2014 ; Grandgeorge, 2015 ; Nagasawa et al, 2015)
Dimension contextuelle	- la personne s'adapte à un contexte différent - la personne se sente mieux dans l'environnement donné	4, 5	(Beiger, 2011)
Dimension sociale	- la personne s'adapte en société - la personne développe son autonomie	3, 4, 11	(Farnum, Martin, 2002 ; Beiger, 2011 ; Pérez, 2013 ; Sánchez et al, 2014 ; Nagasawa et al, 2015)
Satisfaction	- la personne soit satisfaite des activités qu'elle réalise - la personne veuille revenir à chaque séance	6, 7, 11	(Levinson, 1962 ; Beiger, 2011 ; Pérez, 2013)

Théorie / Concept : (Selon : Bandura, 1980 ; Bruner, 1983 ; Piaget, 1964 ; Polatajko, 2004 ; Presseau, 2000 ; Skinner, 1953 ; Vygotsky, 1932)

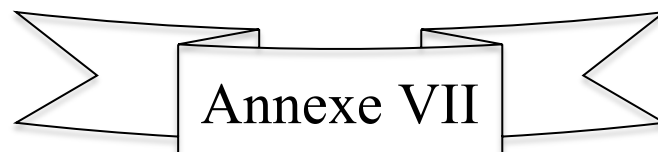
LA THÉORIE DE L'APPRENTISSAGE: Variable

Critères	Indicateurs : l'ergothérapeute utilise l'animal pour faire en sorte que :	Questions	Auteurs
Enrôlement / engagement	- la personne soit motivée pour apprendre - la personne s'engage pour apprendre	6, 9	(Vygotsky, 1932 ; Bruner, 1983)
Participation	- la personne participe à l'apprentissage	2, 6, 9	(Polatajko, 2004 ; Bandura, 1980 ; Bruner, 1983 ; Piaget, 1964 ; Presseau, 2000 ; Skinner, 1953 ; Vygotsky, 1932)
Interaction	- la personne interagisse avec l'intervenant - la personne interagisse avec ses pairs	3, 6	(Vygotsky, 1932 ; Bruner, 1983)
Estompage	- la personne arrive à faire seule - la personne généralise - la personne transfère les acquis	8, 9, 10	(Polatajko, 2004 ; Skinner, 1953)
Dimension contextuelle	- la personne apprenne dans un environnement donné - la personne soit confrontée à un obstacle - la personne s'adapte à un contexte différent	4, 5	(Presseau, 2000 ; Skinner, 1953 ; Piaget, 1964)
Dimension sociale	- la personne s'appuie sur l'intervenant pour apprendre - la personne imite l'intervenant - la personne laisse une place importante à l'environnement social - la personne effectue son apprentissage avec ses pairs	3, 4, 8	(Skinner, 1953 ; Bandura, 1980 ; Bruner, 1983 ; Vygotsky, 1932 ; Polatajko, 2004)
Dynamique de changement	- la personne mette en place des stratégies - la personne construise des schèmes opératoires	8, 10	(Piaget, 1964 ; Bandura, 1980)

Annexe VII : Retranscription des entretiens

Entretien avec Madame A

- P : Bonjour, je m'appelle Pauline BORNOT. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous afin de vous poser des questions sous forme d'entretien pour m'aider sur l'avancée de mon mémoire de fin d'année. Ce mémoire porte sur la médiation animale en ergothérapie.
- Mme A : OK très bien, il n'y a pas de soucis.
- P : Pouvez vous vous présenter et me présenter les structures dans lesquelles vous travaillez ?
- Mme A : Essentiellement en médiation animale ?
- P : Oui.
- Mme A : Au niveau de la thérapie assistée par l'animale je travaille en collaboration avec l'Association Française de la Thérapie Assistée par l'Animal (AFTAA). Et j'interviens avec mon chien, on forme un binôme toujours le même. Chien qui est fourni par l'AFTAA et qui a été aussi éduqué par l'AFTAA au départ. Et cette structure nous permet de voir une collaboration avec d'autres intervenants ; on a une réunion une fois par mois. Et on peut avoir le matériel et tout ce qui est lié au dressage du chien via l'association. J'interviens dans plusieurs structures : des MAS, FAM ou maison de retraite. Tu veux les noms de mes structures ?
- P : Euh non, plutôt avec quelles populations dans ces structures ?
- Mme A : OK, euh avec des personnes handicapées moteurs, traumatisées crâniens ayant des troubles cognitifs et exécutifs, des personnes âgées essentiellement ayant des démences avancées. Avec des personnes déficientes mentales et des autistes.
- P : D'accord. Et les personnes autistes ont à peu près quels âges ?
- Mme A : Les autistes, j'ai pu travailler avec des enfants et là actuellement je travaille avec des jeunes adultes.
- P : D'accord.
- Mme A : J'ai pu faire les deux.
- P : Très bien, donc vous m'avez dit que vous travaillez avec un chien.
- Mme A : Oui.



- P : Et pourquoi avez vous choisi la zoothérapie, plutôt qu'une autre thérapie ?
- Mme A : Euh, parce que à un moment donné fin pourquoi déjà avoir choisi une spécificité par rapport à l'ergothérapie ? J'ai pu me retrouver dans cette vacation un peu bloquée par rapport à ce qu'on pouvait proposer de manière classique en ergothérapie. Notamment, la population des TC. Où on m'avait demandé d'intervenir avec des personnes qui étaient plutôt apathiques, avec des défauts de prise d'initiatives, avec des anosognosies. Euh et à un moment donné je me suis dis bah voilà ça suffit pas ce qu'on peut leur proposer nous en tant qu'ergothérapeute parce que rapidement dans une institution on peut tourner autour de quelque chose qui est récurant, régulier. Et auxquelles les personnes ne viennent plus forcément ou viennent avec un manque de motivation. Parce qu'ils ne voient pas l'intérêt de la prise en charge puisque déjà c'est compliqué de mettre en avant leurs troubles. Donc forcément l'intérêt de la prise en charge qui suit c'est compliqué. Donc, à l'opposé de certaines prises en charge de l'ergothérapie où pour le coup le patient est acteur et où on travaille sur des activités significatives. Cela reste compliqué avec certaines populations. Voilà et donc du coup, je me suis dis comment je pourrais travailler autrement ? Et c'est venu assez naturellement sur la zoothérapie et sur l'AFTAA car je connaissais déjà cette association via un autre ergothérapeute qui été installé. Et puis voilà, spécifiquement pourquoi le chien plutôt qu'un autre animal ? C'est plus compliqué, mais c'est plus évident de passer dans les structures avec un chien plutôt qu'avec un cheval (rire). Et après pourquoi pas les autres animaux ? Moi personnellement, ça me dis pas forcément d'avoir un autre animal parce que pour garder le cadre thérapeutique il faut bien que nous on organise les activités avec un cadre thérapeutique. Et le chien répond plus ou moins (rire) on va dire aux ordres et c'est plus évident d'organiser une activité. C'est plus compliqué de le faire avec un animal que l'on n'a pas dressé comme un lapin.
- P : Oui c'est sûr.
- Mme A : Je trouve ça plus compliqué pour être garant d'un cadre thérapeutique et d'une activité qu'on organise en fonction de nos objectifs thérapeutiques.
- P : C'est exactement ça.
- Mme A : Donc voilà (rire).
- P : D'accord. Qui est présent durant les séances de médiation animale ?

- Mme A : Alors, nous ce qu'on propose dans le cadre de l'AFTAA c'est d'avoir quelqu'un de la structure qui nous accompagne. On demande même à chaque fois que quelqu'un puisse nous accompagner. Au final, c'est rare d'avoir des structures qui libèrent quelqu'un au moment de ce temps là. Parce que c'est déjà un temps pendant une heure on prend déjà des résidents et généralement les soignants ont besoin de faire autre chose. Donc j'ai quelques structures où c'est le cas, mais il y a d'autres structures où il n'y a personne. Sinon ce sont généralement des aides soignantes, des éducateurs ou des AMP. Après je sais que mes collègues ont dans des structures des ergothérapeutes qui viennent ou des psychomotriciens ou psychologues en fonctions des objectifs thérapeutiques qui ont été construit derrière. Et l'investissement de la structure.
- P : Est ce qu'il se peut qu'il y est des parents ou de la famille, des amis ?
- Mme A : Euh, généralement non. Moi j'interviens en institutions, donc il y a un cadre. Après ça peut être possible. Si il y a une famille présente, moi je peux leur proposer de venir mais on n'est pas sur quelque chose qui est régulier.
- P : OK. Quels sont les facteurs environnementaux en prendre en compte pour vous lors de la TAA ?
- Mme A : Dans la structure ?
- P : Oui dans la structure.
- Mme A : Bah le lieu dans lequel on intervient du coup. Parce que en zoothérapie avec le chien c'est important d'avoir un lieu fermé qui soit dédié à ces séances là. Autant pour l'animal que pour le résident. Pour avoir une référence d'un cadre thérapeutique aussi. Parce que au niveau attentionnel on peut comprendre que pour le chien ça peut être compliqué avec les nombreux passages. Mais aussi pour le résident. Dans tous les cas, c'est compliqué pour les deux. Donc il faut pouvoir avoir un lieu. Euh au niveau de l'environnement et sur la préparation de la séance, normalement, on est censé avoir un temps de préparation ou de coordination avec la personne référente du projet dans les structures. Mais ce n'est pas toujours évident d'avoir un retour de comment vont les résidents puisqu'on vient une fois par semaine. Voilà, c'est toujours bien d'avoir un petit échange de 5 minutes pour savoir comment vont les résidents et ce qui se passe. Bon là, je l'ai plus ou moins, ça dépend des structures.
- P : D'accord, oui ça dépend des structures.

- Mme A : Ça dépend, dans la majorité des structures on arrive à avoir ce temps là avant la séance. Pour savoir comment vont les résidents ou si il y a quelque chose de particulier à savoir comme une mauvaise nuit ou un traitement qui n'est pas très bon en ce moment. Donc voilà, les personnes qui vont faire des hallucinations il faut qu'on soit au courant.
- P : D'accord, est ce que il existe une dimension temporelle pour vous ? Le matin, l'après midi ? Pour pratiquer la médiation animale.
- Mme A : Bah, ça dépend de l'organisation des structures enfaite. Ca peut paraître plus compliqué d'organiser le matin dans les structures. Puisque généralement ils ont les soins, ils ont le fait de se lever, la douche et tout les soins. Bah au final, moi dans les structures auxquelles j'interviens le matin, je trouve ça pas mal. Parce que les résidents sont plus ouverts à ce genre de thérapie et ils sont un peu plus éveillés. Alors que sur le début d'après midi on est plus sur des temps de sieste ou ça peut être compliqué. Il y a déjà le temps de la journée qui est passé par là. Donc en terme d'organisation pour la structure le matin c'est compliqué mais je pense qu'en terme de bénéfice pour le résident de manière générale je trouve ça pas mal de faire la médiation animale le matin plutôt que sur les après midis.
- P : Et pour les personnes TSA, est ce que vous pensez pareil ? Que c'est mieux le matin ?
- Mme A : Pour les personnes TSA, je n'ai pas d'avis particulier sur la question.
- P : D'accord, pour vous que peut susciter l'animal auprès de la personne TSA ?
- Mme A : Déjà, le chien on est sur un animal qui ne va pas porter de jugement, un regard particulier. Donc même si on peut penser que la personne TSA ont des problématiques de relations sociales, ici, on peut dire qu'il y a encore moins de valeur de jugement de la part du chien. Et du coup, je pense que ça facilite aussi les choses et on n'est pas dans une relation typique dans laquelle on peut essayer de les faire rentrer dans une relation sociale. Ça tourne beaucoup autour de la relation sociale. Bah la avec le chien les choses se font de manière plus naturelle que par rapport à une thérapie plus comportementale. Parce que le chien induit naturellement la réponse de la personne TSA, il n'y a pas besoin d'avoir une verbalisation de l'adulte. Tout cela malgré le fait qu'ils ont des difficultés de ce côté là. Au final, ils savent plus ou moins s'adapter au comportement du chien.
- P : D'accord, oui.

- Mme A : Il y a quand même quelque chose de naturelle qui se fait à force d'une prise en charge. Ils arrivent à s'adapter au comportement du chien. Et la relation de proximité pourrait être compliqué pour certains mais elle ne l'est pas du tout avec l'animal. C'est quelque chose qui peut être assez étonnant. Parce que pour le coup ils n'ont pas les appréhensions ou les préjugés qu'on peut avoir nous par rapport à l'animal et où il peut y avoir une relation de proximité qui va se créer assez rapide.
- P : D'accord, est ce que le patient éprouve t-il une émotion particulière lors de la séance de zoothérapie ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?
- Mme A : Bah de toute façon, nous sur la séance de zoothérapie le but premier c'est que la personne prenne du plaisir et c'est à travers ce plaisir et à travers cette relation qui se crée avec l'animal qu'on va pouvoir travailler nos objectifs thérapeutiques.
- P : D'accord. Donc il ressentirait du plaisir, du bien être.
- Mme A : Bah généralement, on est sur les premiers objectifs de manière globale sur chaque des personnes ça va être un moment de bien être de plaisir, l'estime de soi rapidement parce qu'à partir du moment où on s'occupe du chien on peut valoriser le patient et le résident. Le chien a une reconnaissance aussi par rapport au fait qu'on s'occupe de lui. Il a une reconnaissance qui est assez immédiate donc d'emblé je pense que le plaisir, l'estime de soi et le bien être est forcément ressenti par le patient.
- P : Oui. D'accord, l'ergothérapeute a t-il un rôle dans cette thérapie ? Si oui, de quelle façon et par quel processus ?
- Mme A : Alors, bah l'ergothérapeute a le même rôle que dans le reste de ce qu'il peut faire comme la mise en place de projet de soin. (rire) C'est exactement pareil, il utilise juste son chien comme médiateur. Donc la démarche de l'ergothérapeute peut avoir des questionnements pour mettre en place des objectifs thérapeutiques, des évaluations pour mettre en place les objectifs ça reste la même façon. Sauf que là, l'activité va tourner autour du chien. Et avec le chien on va organiser l'activité et on va l'utiliser comme médiateur pour atteindre nos objectifs.
- P : D'accord, quelle place l'ergothérapeute donne t-il à l'animal dans une séance de médiation animale ? Et avec quels objectifs thérapeutiques ?
- Mme A : Bah après, la place de l'animal est généralement centrale en fonction des populations qu'on peut avoir ou des objectifs thérapeutiques qu'on peut avoir. On a plusieurs types d'ateliers qu'on peut faire où on travaille directement sur le chien en le brossant, lui brosser les dents, en lui lançant la balle, lui donnant des croquettes. Cela en étant en interaction direct avec le chien parce qu'on prend soin de l'animal voilà en

s'occupant de lui, on va être plutôt centré sur le chien. Donc après, il va y avoir d'autres activités où on va être un peu plus décentré parce qu'on peut très bien imaginer de travailler tout ce qui est visio-spatiale avec des puzzles liés au chien. Voilà ça peut être vraiment pleins de choses, comme travailler à côté avec les différents cris d'animaux sur la tablette. Donc il y a pleins d'activités où on n'est pas en direct avec le chien, il peut être à côté et du coup on travaille en lien avec mais le chien va être un peu plus spectateur à ce moment là. Parce que sur un temps de séance, si la séance dure une heure ça fait long aussi donc il faut alterner les activités que l'on propose dans une séance. Je pense que c'est bien autant que pour l'animal et pour les résidents.

- P : D'accord. OK.
- Mme A : Et après les objectifs thérapeutiques sont très variables. On peut être sur des objectifs qui vont être plus au niveau moteur en terme : de maintien du tonus du tronc, favoriser le tonus du tronc, mobilisation des membres supérieurs. Voilà, alors on sera sur une préservation sur la personne âgée et maintenir ou développer chez les autres populations donc les TSA. On peut travailler sur la prévention des chutes, travailler l'équilibre mais après on peut travailler autant la mémoire que la planification ou la prise d'initiative. C'est très varié en terme d'objectifs que l'on peut avoir.
- P : C'est vrai, les apprentissages effectués en zoothérapie peuvent-ils être transformés ou transferts en performance occupationnelle ?
- Mme A : Alors je pense que oui. Ça peut être par exemple quelqu'un avec qui on va travailler avec le chien le tonus du tronc et le fait de pouvoir se baisser jusqu'en bas lorsqu'on brosse le chien quand il est à côté de nous assis sur une chaise. Quelqu'un qui est en fauteuil roulant, on se baisse jusqu'en bas pour broser le chien jusqu'au patte. On peut très bien transférer ça, cet objectif là car la personne a des problèmes au niveau de la toilette et qu'elle n'arrive pas aller se laver jusqu'aux talons quand elle est en fauteuil. Et donc la personne y arrive avec le chien, elle n'a pas peur de se baisser pour aller lui broser les pattes. Mais par contre, lorsqu'elle se douche elle, elle n'est pas capable de la faire et a peur. Donc par exemple c'est quelque chose de typique, où on pourrait dans un premier temps travailler avec le chien et ensuite dire à la personne : bon bah voilà, on va faire une séance où vous me montrez comment vous pouvez vous laver le bas du corps et vous penchez de la même façon que vous vous penchez lorsque vous êtes entrain de broser le chien.
- P : Oui, d'accord.

- Mme A : Euh, après, je n'ai pas eu l'occasion de le mettre en route mais j'ai eu des discussions avec des parents et avec la psychiatre d'un jeune qui ne prenait pas du tout soin de lui en terme d'hygiène et qui n'était pas du tout organisé dans sa chambre. Donc on pourrait très bien travailler autour de l'hygiène du chien, autour de « qu'est ce qu'un chien a besoin ? » et de l'hygiène de l'animal pour qu'ensuite arriver à la personne progressivement. En disant : voilà le chien il a besoin que quelqu'un s'occupe de lui pour avoir une bonne hygiène et nous on a besoin de chose pour avoir une bonne hygiène et être propre. Et on pourrait bien transférer comme ça aussi.
- P : Oui, bien sûr.
- Mme A : Et pareil en terme de planification, on peut très bien imaginer d'avoir une organisation particulière qu'on ferait avec l'animal et bah voilà au bout d'un moment ce sont les mêmes compétences que la personne a besoin pour qu'elle puisse s'organiser ou pour faire une recette de cuisine où n'importe quoi. Fin on pourrait très bien imaginer un parallèle entre les compétences et que nous après on puisse les verbaliser à la personne pour qu'elle puisse le transférer.
- P : D'accord. Et est ce que pour les personnes TSA c'est compliqué de pouvoir faire ce transfert ou pas ?
- Mme A : Bah après le transfert pour les personnes TSA je pense qu'il faut qu'il soit accompagner d'indication visuelle ou indication lié à l'activité en faite. Qu'il puisse y avoir dans un premier temps un rappel de l'activité lié au chien et un rappel de la séance de zoothérapie pour qu'on puisse obtenir les mêmes résultats dans d'autres types d'activités. Parce que je pense dans un premier temps que de passer de l'un à l'autre on n'y arrivera pas forcément.
- P : Oui, d'accord je vois.
- Mme A : Mais après, il y a des choses qui se font naturellement. J'ai pu avoir des enfants TSA qui n'étaient pas du tout dans la réciprocité à l'autre ou dans le jeu avec l'autre. Et qui en jouant avec mon chien et en envoyant la balle à mon chien, ils commençaient à avoir du contact visuel avec le chien. Car il faut bien le regarder en lui envoyant la balle, il faut qu'il y est un échange réciproque. Et voilà, et on a un enfant qui à côté va pouvoir avoir le même type d'échange avec d'autres enfants ou d'autres adultes. Comme pouvoir leur renvoyer la balle et l'envoyer en faisant attention à l'autre. Alors c'est compliqué de dire que c'est que par la zoothérapie car il y a pleins de prise en charge à côté. Mais, la zoothérapie permet dans certaines populations d'ouvrir sur autres choses. Après avec les TSA typiquement, sur une des prises en charge je vais

une fois par semaine dans la structure. On était sur une personne TSA qui partait en courant dès qu'il voyait un chien et qui maintenant ne court plus et qui maintenant peut même se laisser approcher par d'autre chien. Et la dernière fois, une éducatrice m'a dit qu'il avait fait un détour pour passer près d'un chien, alors que c'est quelqu'un qui n'a pas eu de séance de TAA. Parce que c'était trop violent et il n'en a pas eu en tant que tel. Du coup, moi je ne voulais pas le forcer et de voir que passer à côté de lui ou de le frôler avec le chien ça suffisait aussi.

- P : D'accord.
- Mme A : Donc voilà, je pense que des fois il y a des choses qui sont surprenantes et que le transfert est tout à fait possible grâce à la zoothérapie.
- P : Très bien. Quels bénéfices apportent la zoothérapie que vous pratiquez auprès des personnes TSA ?
- Mme A : Bah, le bénéfice je pense que c'est d'avoir un instant... Enfaite, la zoothérapie permet je trouve de pouvoir se poser et le fait qu'on est peut être un tiers dans les séances qu'on met en place avec le chien ça nous oblige à plus nous poser sur ce temps là. Et nous en tant que thérapeute, on s'adapte peut être plus facilement au temps de réponse des personnes TSA je pense. Parce que, il faut être posé et posé aussi par rapport à l'animal et je pense que je prends plus le temps et c'est plus bénéfique pour les patients TSA. Et je suis pas sûre que dans une autre prise en charge ça aurait été si simple que ça de dire : « bah j'attends tant de temps la réponse ». Parce que je pense qu'on aurait pu croire que la réponse du résident ne pouvait pas exister. Alors que via l'animal bah on se pose plus et du coup on a des réponses que parfois on ne pensait pas attendre de la part du patient avec un geste, un mouvement, des praxies qui peuvent être correctes auprès du chien. Mais cela prend du temps.
- P : Oui, ce n'est pas immédiat, d'accord. Est ce que vous rencontrez des limites ou des inconvénients ?
- Mme A : Bah après oui, il y a des limites. Le chien demande quand même une présence importante et que du coup par rapport à une organisation d'ergothérapeute en libéral ça demande de retravailler avec le chien certaines choses, si on veut pouvoir progresser dans ce qu'on propose à nos patients. Et du coup, on peut se retrouver limité parce qu'il faut aussi avoir un temps de travail avec le chien à côté des séances. Et ça, ça peut être un peu compliqué ! Ça dépend de l'emploi du temps que l'on a à côté et la vie que l'on a. (rire) Et comme en équithérapie ils

le font obligatoirement parce que l'organisation d'un centre équestre fait que le cheval est monté par d'autres personnes, il y a du dressage qui est continu.

- P : D'accord.
- Mme A : L'animal continue à avoir des temps de dressage. Alors que là on intervient avec notre chien donc si on ne travaille pas avec notre chien à côté sur certaines choses dont on aurait besoin, cela peut devenir compliqué.
- P : Oui, d'accord. Est ce que vous voyez d'autres limites ou pas ?
- Mme A : Euh non pas tellement. Non.
- P : D'accord. Alors, comment pouvez vous faire évoluer la zoothérapie dans votre pratique professionnelle ?
- Mme A : Là on intervient en structure parce que l'AFTAA n'intervient généralement qu'en structure. Moi, j'aimerais bien pouvoir intervenir en cabinet aussi et que je puisse être aussi garante du projet. Et en cabinet libéral pouvoir diversifier, du coup, le type de prise en charge que l'on peut avoir. Ou bien le type de population que l'on peut avoir.
- P : Oui, je vois.
- Mme A : Ça serait intéressant.
- P : Oui, et pourquoi ?
- Mme A : Bah parce que du coup c'est vrai qu'en cabinet il peut y avoir une limite dans ce qu'on disait tout à l'heure dans la motivation, du pourquoi les séances. Et là, j'ai essentiellement des enfants et je suis essentiellement en pédiatrie, la majorité on travaille sur des activités significatives qui le sont pour eux. Et ce sont eux les acteurs de ce qu'on met en place et il y en a certains en fonctions des troubles et notamment des TSA ça pourrait être un peu compliqué de susciter une certaine motivation. Et il peut y avoir un décalage qui se fait entre des objectifs qui étaient verbalisés au départ et au final, la consistance des séances peut être compliqué. Donc c'est vrai que arriver avec un autre type de médiation je pense que ça peut être intéressant. Et on pourrait faire avancer les choses peut être plus vite.
- P : D'accord, oui. OK, est ce que vous voulez rajouter quelque chose ?

- Mme A : Non, sur une intervention de médiation animale, il y a un marqueur, le marqueur temporel qui est forcément plus important que n'importe quel autre. De fait, quand on a une prise en charge un peu atypique une fois par semaine sans le vouloir ils savent quand on vient. Même si ils n'ont pas de repère temporel et qu'ils sont incapables de dire quel jour on est. Cependant, ils savent si dans la semaine je suis venue avec mon chien ou non. Donc, parce qu'on est une intervenante extérieure déjà c'est un gros facteur dans une structure. Et l'animal permet encore plus de se souvenir, car on n'est pas simplement sur de la notion de temps on est sur la notion de plaisir, sur la notion d'échange, sur de l'émotion et ce qui se passe avec le chien. Et ça, ça s'imprègne tout seul. L'organisation et la structure des séances et ce qui se passe en séance font que tout s'intègre naturellement.
- P : D'accord.
- Mme A : Je pense que c'est valable aussi si quelqu'un va vers l'extérieur pour aller en équithérapie je pense que c'est pareil.
- P : Oui. Avez vous d'autres choses à rajouter ?
- Mme A : Non c'est bon.
- P : OK bah merci beaucoup à vous. On a fini notre entretien. Merci de m'avoir accordé ce temps d'échange.

Annexe VIII : Retranscription des entretiens

Entretien avec Madame B

- P : Allô, bonjour, je m'appelle Pauline BORNOT. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous afin de vous poser des questions sous forme d'entretien pour m'aider sur l'avancée de mon mémoire de fin d'année. Ce mémoire porte sur la médiation animale en ergothérapie.
- Mme B : Oui, il n'y a pas de soucis. Avec plaisir.
- P : Pouvez vous vous présenter et me présenter les structures dans lesquelles vous travaillez ?
- Mme B : Alors je suis Madame B, ergothérapeute depuis 2010. Actuellement, je travaille en statut auto-entrepreneur, je travaille un peu en libéral du coup. Et depuis pas longtemps j'ai repris le salariat deux jours par semaine, donc en 40 pourcent. Euh, j'ai travaillé avec mon chien mais je ne travaille plus actuellement avec l'Association Française de Thérapie Assistée par l'Animal. C'était quand j'étais en région parisienne, j'avais travaillé avec eux de 2012 jusqu'au décès de ma chienne en 2015. Je faisais du 60 pourcent.
- P : D'accord.
- Mme B : Depuis le décès de ma chienne j'avais arrêté. Et là, je commence à reprendre un peu dans un EHPAD où je travaille en salariat, principalement dans un PASA. Et je reprends un peu avec un nouveau chien, mon chien personnel, une activité de zoothérapie le vendredi après-midi. Et c'est tout juste entrain de se remettre en place.
- P : Ok et avec votre chien vous faite partie d'une association ou c'est le votre et vous le faite avec lui sans passer par une association ?
- Mme B : Non c'est moi en tant qu'une salariée qui amène son chien dans la structure.
- P : D'accord, ok. Donc vous travaillez avec un chien, pourquoi avoir choisi la zoothérapie plutôt que d'autres interventions ?
- Mme B : La zoothérapie parce que je le fais par passion des animaux. Dans ma vie c'est vrai que les animaux me touchent particulièrement. Et je constate leurs bienfaits au quotidien dans ma vie personnelle.
- P : Oui je vois.
- Mme B : Donc je me suis orientée naturellement vers ça, parce que je voulais conjuguer un petit peu ma vie professionnelle, ma vie personnelle et ma passion. Voilà.



- P : D'accord. Qui est présent durant la séance de zoothérapie ?
- Mme B : Qui est présent ? En tant que professionnel ?
- P : Est ce qu'il y a l'ergothérapeute, des amis du patient, de la famille ?
- Mme B : Alors c'est moi qui suis l'intervenante. En tout cas, l'intervenante principale. Et après, je prends trois ou quatre résidents maximum par séance. Ce sont des groupes fermés, on reste vraiment avec ces personnes là. Et je n'accueille personne d'autre extérieur pour essayer vraiment de créer un schéma de confiance au sein du groupe. Voilà pourquoi je privilégie le groupe fermé.
- P : Est ce que vous faites des séances individuelles ?
- Mme B : Pas actuellement parce que le PASA peut faire la cotation au niveau des sous, je ne sais plus trop comment ça s'appelle. Donc dans le PASA, l'individuel n'est pas pris en compte. On ne peut donc pas faire de prise en charge individuelle. Seulement des suivis de groupe. Mais je me balade quand même toute la journée avec mon chien même en dehors des séances dans l'EHPAD. Je vais dans les chambres pour certaines personnes qui ne veulent pas venir au groupe afin qu'ils puissent voir mon chien et profiter de lui. On va dire pas officiellement mais un peu individuellement, de temps en temps. Il n'y a pas de prise en charge officielle à ce moment là.
- P : D'accord, est ce qu'il existe des facteurs environnementaux à prendre en compte pour vous lors d'une séance de zoothérapie ?
- Mme B : Euh, c'est à dire ?
- P : Par rapport au lieu, est ce que c'est important pour les personnes, pour l'animal ? Ou l'espace où vous pratiquez la médiation animale ?
- Mme B : Bah, oui. Pour l'animal il faut éviter un peu tout ce qui est attractif. Si je suis dans une salle où il y a des personnes à côté, qui font des aller et venu ça ne va pas permettre au chien de se concentrer. Donc c'est vrai qu'il nous faut un lieu pour la séance qui est dédié à ça. Afin qu'on puisse être au calme. Donc où il n'y a pas d'éléments de distraction. Pour les personnes comme pour le chien, parce que c'est la même problématique au niveau attentionnel pour le chien que pour les patients. Après l'espace peut être plus au moins grand, ça dépend ce qu'on veut faire. Si on veut faire des jeux comme travailler l'équilibre, des jeux de coordination, manuelle... Il nous faut un peu de place pour pouvoir faire des lancer de balle pour le chien. Donc ma salle c'est vrai qu'elle est un peu petite par rapport à ça, mais bon on arrive quand même à se

débrouiller avec ce qu'on a. Après une pièce plus petite permet aussi pour les personnes d'avoir un aspect plutôt confiné et du coup plus rassurant aussi.

- P : Oui, d'accord. Est ce que il existe une dimension temporelle pour vous ? Est ce qu'il y a des moments préférés que d'autres ? Le matin, l'après midi ? Pour pratiquer la médiation animale.
- Mme B : Euh, c'est vrai que pour les patients qui ont des démences on constate que pour tout ce qui est atelier cognitif il faut mieux privilégier le matin. Car c'est là où leur capacité cognitive est mieux. L'après-midi il y a souvent un petit coup de fatigue et c'est un peu plus difficile d'aller leur demander des choses cognitives. Mais du coup pour l'atelier avec le chien, comme il y a l'intérêt du chien qui les porte, finalement, moi je fais ça l'après midi et ça convient très bien. Parce que, voilà, le chien apporte un moment d'apaisement. Donc en général ils sont assez disponibles et si j'ai envie de solliciter la mémoire ou plusieurs fonctions cognitives comme il y a le chien ça les stimule donc finalement on arrive à faire toutes sortes de choses et de travailler différents objectifs. Au final, avec le chien le matin ou l'après midi je ne vois pas trop de différence.
- P : OK, vous m'aviez dit par mail que vous aviez travaillé avec des personnes atteintes d'autisme. Que peut susciter l'animal auprès de ces personnes là ?
- Mme B : Alors moi je n'en ai pas actuellement mais j'en ai eu dans le passé. Alors on travaillait beaucoup sur le comportement et sur ceux qui ont tendance à déambuler. Là c'est vrai que l'animal permettait de les attirer, en générale j'avais des personnes qui déambuler mais qui tournaient autour du chien. Et du coup, elles ne sortaient pas de la salle. Cela permettait d'éviter la déambulation et le fait d'être un peu éparpillé. La médiation animale les canalisait au niveau du corps et de l'esprit. Et du coup, au niveau attentionnel aussi. C'est vrai que leur attention était ciblée sur le chien. Les personnes venaient et allaient autour du chien mais restaient quand même à côté de lui. Il y en a même qui sortaient de la salle et qui revenaient poser une main sur le chien. Donc il y avait quand même un dessin qui se faisait autour du chien, qui était le centre de l'attention. Après on a essayé de travailler, mais c'était un peu plus dur, sur les comportements agressifs pour ce qui avaient tendances à être envahissant envers les autres et qui pouvaient entrer dans les bulles des autres sans les respecter. La séance de zoothérapie leur permettait d'apprendre à respecter cette bulle là. Mais la problématique qu'on avait c'est que ma chienne était dressée pour se laisser faire et été

habituée à être touchée, à ce qu'on lui tire les poils etc. Donc, contrairement à un chien qui réagirait tout de suite en montrant les dents ou en montrant des signes pour dire non là tu vas trop loin. Là ma chienne avait des limites qui étaient un peu repoussées. Donc forcément pour raison de sécurité il fallait que ma chienne ne morde pas un résident donc elle était habituée à prendre sur elle (rire).

- P : (rire) Oui je vois.
- Mme B : Donc la problématique était justement que ces personnes là ne voyaient pas le moment où c'était trop. Donc c'est vrai que ça c'était un peu compliqué. Je pense avoir d'autres animaux un peu plus sauvages on va dire. Qui ont peut être un instinct sauvage naturel plus fort, ici, ça aiderait mieux. Là, avec le chien c'est vrai que c'est compliqué.
- P : Oui, c'est vrai. OK, est ce que la personne atteinte d'autisme éprouve-t-elle une émotion particulière lors de la séance ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?
- Mme B : Je pense qu'il y a de la joie quand même. C'est vrai qu'ils expriment peu leur émotion. Mais la joie c'est quelque chose qui ressortait le plus. Chez beaucoup on avait quand même des sourires. Voilà on voyait dans le regard qu'il y avait un intérêt pour l'animal et que ça leur faisaient plaisir d'être là. Rien que le fait, je pense, de rester à la séance et de rester une demi heure autour du chien ça prouvait qu'il y avait quand même un certain plaisir et un intérêt pour le chien. En tous cas, il n'y avait pas tellement de trouble du comportement, de colère ou de crise. On arrivait à avoir des séances calmes. Donc, je pense qu'une certaine sérénité aussi pouvait se dégager du fait d'être avec le chien.
- P : D'accord, est ce que l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans cette thérapie ? Si oui, de quelle façon et par quel processus ?
- Mme B : Ah bah oui ! (rire)
- P : (rire)
- Mme B : À la base ça reste l'ergothérapeute qui m'amène la séance et qui est le thérapeute. Le chien ou l'animal n'étant que le médiateur. C'est comme dans toute médiation, on va avoir une relation triangulaire. L'animal est simplement un lien entre nous et le patient. Et c'est nous qui menons notre séance comme on l'entend. Même si au final, on peut ne pas contrôler ce qui se passe dans la séance. Mais c'est nous qui menons la danse on va dire, sans que cela ne se voit. Voilà, on amène l'animal là où on veut qu'il aille, qui amenons le patient là où on souhaiterait qu'il aille en fonction de comment on va organiser notre séance. C'est nous qui ajustons aussi en fonction de ce qu'on voit, l'animal s'ajuste lui

même aussi vis à vis du comportement de la personne qui l'a en face. Nous, on est aussi là pour observer ce qui se joue et pour réajuster et pour modifier certaines choses qui ne nous conviennent pas. Et puis pour faire le point après, l'animal lui il vit l'instant T simplement. Et voilà, il vit l'instant et ne va pas forcément en tirer des choses. Alors que nous, après on a un regard de professionnel, c'est nous qui allons en discuter entre professionnels au niveau de la prise en charge globale.

- P : Oui, d'accord. Alors, du coup, quelle place l'ergothérapeute donne t-il à l'animal dans une séance de zoothérapie ? Et avec quels objectifs thérapeutiques ?
- Mme B : Bah l'animal il a une place presque centrale. Parce que c'est grâce à lui quand même que naissent les choses. L'animal est vraiment là pour susciter l'intérêt de la personne. Et donc pour l'amener à avoir envie de venir à la séance et de faire des choses, d'être dans l'action et dans la relation. Euh ça va amener vraiment un intérêt psycho-sociale très important. Fin moi, je trouve que les principaux bienfaits sont aux niveaux psycho-sociaux et comportementaux. C'est là que vraiment l'animal a plus d'intérêt que d'autres médiations du fait qu'il soit vivant et que voilà il y a tout de suite une relation qui va se créer. Donc, c'est quand même plus intéressant qu'une médiation non vivante. Euh, donc à ce niveau là les objectifs sont au niveau psychologique, le fait de se sentir utile, la zoothérapie valorise vraiment la personne. Les bienfaits qu'on observe le plus sont les apaisements, se sentir utile, se sentir bien, diminution des troubles du comportement, créer le lien social aussi avec les autres autour du chien parce que on se retrouve tous autour d'un animal dont on a envie de parler. En général, les gens ont beaucoup d'intérêt pour le chien et le patient peut se retrouver confronté avec quelqu'un en face qui a des points communs avec lui donc ça va créer du lien aussi. Après, à partir de l'animal, on peut tout faire et tout travailler donc ça peut être des objectifs moteurs, travailler vraiment la motricité globale, la motricité fine, en fonction de ce qu'on va leur proposer, en fonction de la place du chien, si on le met devant, à droite, à gauche d'eux. Là on peut les amener à travailler l'équilibre du tronc, l'équilibre debout. Les épaules, les bras, même les jambes ou les pieds. On peut vraiment tout inventer autour de l'animal. Donc cela peut être assez vaste. On peut travailler tout ce qui est cognitif aussi, avec des jeux questions-réponses autour du chien. Ça peut être travailler tout ce qui est sensibilité superficielle ou profonde en faisant des jeux les yeux bandés. Fin, c'est très vaste, on peut tout travailler, tous les objectifs qu'on peut imaginer peuvent être travaillé avec l'animal en fait.

- P : Oui je vois, d'accord. Euh, très bien. Les apprentissages effectués en zoothérapie peuvent ils être transformés ou transférés en performances occupationnelles ? Si oui, quels sont les types de transferts ?
- Mme B : Oui, on peut se baser avec l'animal pour tout ce qui est apprentissage. Je pense avec les enfants, par exemple, pour leur apprendre les apprentissages de base comme la latéralité, la gauche, la droite, au dessus, en dessous. En faisant des jeux justement avec le chien dans l'espace, en posant des questions à l'enfant en lui demandant où est le chien, en mettant le chien sous une table, sur une chaise. Juste en verbalisant la position du chien dans l'espace, le fait qu'il y est un attrait pour le chien ça va ancrer encore plus l'information. C'est plus facile d'apprendre quand il y a un intérêt et quand c'est ludique. Avec le chien du coup, on apporte autre chose ou peut passer par le côté tactile, visuel, émotif donc l'information se retiendra plus facilement. On peut apprendre les chiffres par exemple et les couleurs avec les jouets du chien en demandant le nombre de balle et la couleur. La médiation animale peut vraiment être un soutien aux apprentissages qui peuvent se transférer dans le quotidien après. Euh, c'est à ça que je pense principalement.
- P : Oui.
- Mme B : Euh, je regarde si j'en vois d'autres. Oui, on peut jouer avec tous les jouets du chien et apprendre autour de lui. En disant, il préfère le truc carré de couleur rouge. Donc voilà, indirectement le patient ne voit pas qu'on est en pleine leçon d'apprentissage. Mais au final, il va plus se concentrer pour obtenir une réponse parce que il y a un intérêt pour le chien.
- P : OK, donc on part du chien pour arriver vers une activité vers un apprentissage ?
- Mme B : Exactement, c'est ça. L'enfant se cible sur le fait que l'adulte veut obtenir une réponse, il va chercher la bonne réponse et donc avoir un stress qu'on lui demande quelque chose. Alors qu'avec la médiation animale même si le patient se trompe, finalement il s'en fiche et nous on va corriger derrière. Mais son cerveau va enregistrer beaucoup plus facilement les informations parce qu'on est dans un moment ludique, de plaisir avec le chien. Donc c'est beaucoup plus facile d'apprendre quand on est motivé et en se faisant plaisir.
- P : Oui c'est sur ! OK, donc la question suivante. Quels bénéfices apportent la médiation animale auprès des personnes TSA ?

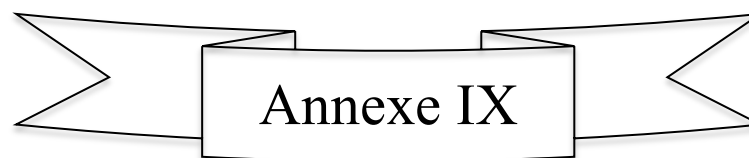
- Mme B : Pour les personnes autistes c'est vraiment le côté, fin moi ce qui me paraissait le plus flagrant, c'est l'entrée en relation avec l'animal. Au niveau du regard c'est vrai que les personnes autistes fuient souvent le regard. Sauf quand elles voient le chien, elles vont vraiment entrer en relation. Avec l'animal, elle cherchait vraiment se regard, elle cherchait toujours le regard du chien. Et je trouvais que c'était intéressant au niveau relationnel et côté attentionnel. Comme je disais tout à l'heure pour ceux qui déambulaient, moi en séance je pouvais laisser la porte ouverte, ils ne sortaient pas de la salle. Ils étaient comme attirés par le chien et donc ça les canalisait. Je pense aussi que dans leur corps ça les apaisait aussi et ça les recentrait aussi. Cela me paraît le plus flagrant pour les jeunes autistes que j'ai eu.
- P : OK. Est ce que vous rencontrez des limites ou des inconvénients à la zoothérapie ?
- Mme B : Oui, il y a certaines limites. Comme je disais tout à l'heure, le fait d'avoir un chien trop bien éduqué et qui ne réagit pas, peut être une limite. Car on a forcément au niveau du trouble du comportement, ceux qui sont agressifs peuvent se calmer un peu mais ceux qui testent les limites, si ils testent avec un chien trop bien éduqué ça ne va pas marcher car le chien ne va pas rétorquer. C'est la seule limite que j'avais avec ma chienne. C'est vrai que là on arrivait pas forcément à répondre aux objectifs. Après, non je n'ai pas trop de limites ou d'inconvénients. Franchement, c'est que du positif cette médiation.
- P : Oui, je vois très bien. Donc dernière question : comment pouvez vous faire évoluer la zoothérapie dans votre pratique professionnelle ?
- Mme B : Si je pouvais multiplier les types d'animaux que je pourrais amener, pour moi ça serait quelque chose qui me plairait. Fin un autre animal que le chien. Ah si bah la limite peut être c'est qu'en travaillant qu'avec le chien on touche que les personnes qui apprécient le chien ou qui ont un intérêt pour le chien. Et il y a des gens qui apprécient les animaux mais pas forcément les chiens et donc pour qui d'autres types d'animaux seraient intéressants. Donc, si je pouvais avoir un panel d'animaux différents à offrir (rire).
- P : (rire). Oui je comprends.
- Mme B : Comme ça je pourrais vraiment réfléchir à des choses plus individualisées et plus personnelles pour chaque patient.
- P : D'accord, OK. Pour avoir différents objectifs thérapeutiques, pour ouvrir à tout le monde ?

- Mme B : Oui voilà, pour ouvrir et répondre à tout le monde.
- P : OK, est ce que vous voyez autres choses à rajouter ? Ou des questions ?
- Mme B : Comme ça tout de suite, non. Ça va (rire).
- P : Bon très bien. Nous avons fini notre entretien. Merci de m'avoir accordé du temps afin de répondre à mes questions. C'est très gentil.
- Mme B : Avec plaisir, j'espère vous avoir aider.
- P : Oui, merci beaucoup et bonne journée à vous.

Annexe IX : Retranscription des entretiens

Entretien avec Madame C

- P : Allô, bonjour, je m'appelle Pauline BORNOT. Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Toulouse. J'aimerais prendre un temps avec vous afin de vous poser des questions sous forme d'entretien pour m'aider sur l'avancée de mon mémoire de fin d'étude. Ce mémoire porte sur la médiation animale en ergothérapie.
- Mme C : Bonjour, oui bien sûr. Je vous écoute.
- P : Est ce que vous pouvez vous présenter et me présenter les structures dans lesquelles vous travaillez ?
- Mme C : Oui, alors à l'heure actuelle je travaille dans un EHPAD, je travaille dans un hôpital de jour de pédopsychiatrie dans une unité spécialisée TSA. Je travaille en libéral dans mon cabinet et je donne des formations dans différents organismes de formations. Euh, voilà. Et, je fais des visites à domicile actuellement et des interventions dans des structures pour des aménagements d'environnement ou aménagement de poste de travail.
- P : D'accord, super. Avec quel animal travaillez-vous ? Et pourquoi avoir choisi la médiation animale plutôt que d'autres interventions ?
- Mme C : Donc, je travaille avec ma chienne qui est un berger australien. En fait, ce qui s'est passé, euh alors je vais vous raconter un peu mon parcours pour savoir comment j'en suis arrivée là.
- P : Oui bien sûr !
- Mme C : Donc moi j'ai passé mon BAC et après je voulais travailler avec les animaux, mais je ne savais pas ce que je voulais faire. Donc j'ai fais un BAC professionnel dans le milieu conduite et gestion dans l'élevage canin et félin.
- P : D'accord.
- Mme C : Et du coup, j'ai fais beaucoup de stages dans à peu près tous les domaines animaliers. Donc élevage, éducation, école de chien guide d'aveugle, bref. Mais sauf que je ne trouvais pas vraiment ce que je cherchais. Et à chaque fois on faisait travailler la relation avec l'animal mais ce n'était pas vraiment ça que je voulais. Et j'ai été en colloque en Suisse sur la médiation animale. Fin j'ai fais mon stage en école de chien guide d'aveugle, j'ai rencontré une personne qui faisait de la zoothérapie. Je me suis dis mais c'est hyper chouette, c'est ça que je veux faire (rire) ! Donc, du coup j'ai été assistante vétérinaire et j'ai été en colloque en Suisse. Tout ça pour me renseigner plus sur la médiation



animale. Et j'ai vu une dame qui m'a dit que si je voulais faire de la zoothérapie, il faut être soit ergothérapeute soit psychologue c'est ce qu'elle m'a conseillé. J'ai dit bon OK. Je suis rentrée en France, j'ai appelé l'hôpital et je leur ai demandé ce que c'était l'ergothérapie. Ils m'ont dit de venir pour découvrir ce que c'était. Et la dame m'avait dit que psychologue, le problème c'est que vous ne trouverez pas de boulot. Et donc du coup j'ai passé les concours d'ergothérapie et je suis rentrée à l'école. Et en parallèle, j'ai fait une formation de médiation animale à l'Institut Français de Zoothérapie. Parce que les compétences sur les animaux et sur les pathologies je les avais mais je voulais faire un pont entre les deux.

- P : D'accord.
- Mme C : Donc voilà. Et après j'ai commencé à temps plein en libéral et du coup j'ai amené ma chienne avec moi en cabinet. Qui n'a pas été choisi pour ça, mais c'est un berger australien, elle est hyper sociable, c'est vraiment un nounours. Donc elle collait parfaitement avec les enfants auprès desquels je travaillais. Voilà et suite à ça j'ai travaillé en maison de retraite. La directrice de la maison de retraite voyait ma chienne dans la voiture et me demandait de la sortir de ne pas la laisser dans la voiture. Et après, quand j'ai postulé à d'autres maisons de retraite, je leur ai dit par contre moi je travaille avec ma chienne. Donc, maintenant ma chienne est assez âgée, elle vient avec moi partout, elle ne travaille plus trop. Elle fait surtout acte de présence. Par exemple, quand je l'amène en maison de retraite, elle vit avec les résidents, ils lui ouvrent la porte, ils s'occupent beaucoup d'elle. Mais je ne fais pas de séance de médiation animale avec eux. Par contre au cabinet, je l'utilise beaucoup pour favoriser le lien avec l'enfant car ça va beaucoup dans l'investissement de l'enfant dans sa prise en charge. Par rapport au fait de quand il vient, il vient voir le chien ce n'est pas pareil là ça fait moins médical. Ou moins je suis là pour ma séance de rééducation je suis obligé d'y aller. Et je m'en sers beaucoup pour tout ce qui est travaille des émotions, la projection et tout ça.
- P : OK.
- Mme C : Vue qu'elle est assez âgée on ne fait pas beaucoup de chose motrice. Elle dort et elle reçoit des câlins et à manger.
- P : Donc elle est contente (rire). Et en libéral, vous travaillez avec quelles populations ?
- Mme C : Enfants, trouble des apprentissages et autiste.

- P : OK, et durant une séance de médiation animale il y a qui de présent ? L'ergothérapeute, le patient mais est ce qu'il peut y avoir les proches ou autres ?
- Mme C : Il peut, si les parents me demandent à être présent moi ça me dérange pas. Mais en général, non je suis toute seule avec l'enfant et le chien.
- P : OK, alors quels sont les facteurs environnementaux pour vous à prendre en compte lors d'une séance de zoothérapie auprès des personnes TSA ?
- Mme C : Je ne sais pas si ça rentre dans votre question mais déjà bien connaître l'enfant. C'est à dire, est ce qu'il n'a pas d'allergie, de phobie ? Et si c'est un enfant TSA plus particulièrement, est ce qu'il a des troubles du comportement ? Si oui, lesquels ? Pour ne pas mettre en danger ni l'enfant, ni l'animal quoi. Ce qui est important c'est d'avoir une porte de sortie car si on voit que l'enfant part en crise il faut qu'on puisse sortir le chien de la pièce facilement. Pour ne mettre personne en danger. Pas être obligé de garder le chien avec un enfant en crise, on ne sait jamais. Cela demande quand même pas mal de surveillance et d'attention.
- P : D'accord, et la salle dans laquelle vous exercez la zoothérapie, comment est-elle ?
- Mme C : Elle est assez grande. Mais avant mon bureau était tout petit. Après ça, ça dépend plus du chien. Si le chien est capable de rester dans un espace pas trop grand sans faire le fou, ça ne sera pas un problème. Après, moi ce que j'ai dans ma salle, c'est une tente où l'enfant peut aller s'isoler si il a besoin. Je trouve ça pratique parce que du coup, il peut de lui même quand il veut aller dans la tente. Et cela signifie que là c'est un peu trop pour lui et qu'il a besoin d'être tranquille et s'isoler. Concernant l'environnement après bien sûr il faut penser à mettre une gamelle d'eau pour le chien et un endroit où il puisse se reposer. Voilà.
- P : Est ce qu'il existe une dimension temporelle pour vous avec les personnes TSA?
- Mme C : Non, pour moi il n'y a pas de notion de ça. Après il faut personnaliser, c'est propre à la personne. Il y a des enfants qui sont plus aptes le matin et d'autres l'après midi. C'est plus à adapter en fonction de la personne mais il n'y a pas de généralité. Fin moi, je n'en ai pas observé en tout cas.

- P : Oui je vois, OK. Que peut susciter l'animal auprès de la personne TSA pour vous ?
- Mme C : Moi je trouve que ça permet de canaliser c'est à dire que les personnes, dont je m'occupe avec l'animal ne se permettent pas de faire des choses. Ils sont peut être moins violent, plus doux parce qu'ils ne veulent pas blesser l'animal. Parce que moi je peux me prendre des coups, ils peuvent m'insulter ou des choses comme ça mais avec l'animal ils font plus attention. Ils ne veulent pas lui faire du mal, j'ai l'impression. Après, ça dépend des enfants. C'est assez fluctuant mais quelque soit l'enfant, cela va susciter l'intérêt. Si l'enfant n'a pas peur de l'animal de manière générale, les enfants TSA avaient un intérêt pour le chien. Et du coup il y avait une motivation à venir, une motivation à faire les activités et à rentrer en relation avec l'animal. Le plus intéressant c'est qu'il y a un intérêt pour l'animal et donc ils font des efforts pour l'animal, pour lui parler, de créer des interactions sociales.
- P : D'accord, est ce que le patient TSA éprouve t-il une émotion particulière lors de la séance de zoothérapie ?
- Mme C : Alors moi les enfants TSA que j'ai, je ne les ai pas vue sans ma chienne. Mais quand elle n'est pas là, dès qu'ils arrivent ils me disent : mais elle est où Vega ? Elle est là ? Donc je pense qu'elle suscite un certain plaisir, un sentiment plutôt agréable. Soit d'excitation, d'apaisement, de canalisation. Mais c'est plutôt positif ce qu'ils ressentent. Parce que quand elle n'est pas là, ils ont l'air un peu triste et inquiet. Je pense que quand elle est là, ça leur fait l'effet inverse. Après ils sont contents quand elle est là.
- P : Est ce que vous en voyez d'autres ?
- Mme C : Là comme ça non.
- P : D'accord, très bien. Est ce que l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans cette thérapie ? Si oui, de quelle façon et par quel processus ?
- Mme C : Moi personnellement, je trouve que l'ergothérapeute n'a pas plus sa place de... Fin je pense que tous les thérapeutes peuvent utiliser la médiation animale ; pas plus l'ergothérapeute qu'un autre. Et au même titre que n'importe quels professionnels, la médiation animale c'est un outil qui va faciliter la relation, qui va faciliter les choses. Donc quels que soient les objectifs de travail, l'animal facilite l'accès à ces objectifs et va faciliter le relationnel, l'implication du patient dans sa prise en charge. Et du coup, voilà c'est pareil pour tout le monde donc pas plus l'ergothérapeute que les autres professionnels. Mais je trouve que la zoothérapie c'est un facilitateur pour

tout ce qu'on travaille, on accède aux choses beaucoup plus vite. Après je trouve que pour l'ergothérapie c'est intéressant parce que on est très accès sur la vie quotidienne. Un chien c'est vivant et c'est quelque chose que l'on peut avoir dans une famille et ça permet de travailler beaucoup de chose qu'on retrouve dans la vie quotidienne.

- P : D'accord, du coup quelle place donne l'ergothérapeute à l'animal dans la séance et avec quels objectifs thérapeutiques ?
- Mme C : Les objectifs thérapeutiques sont les mêmes que des objectifs d'ergothérapeute. J'utilise le chien pour les faciliter mais il n'y a pas d'objectifs de médiation animale pour moi. La zoothérapie c'est pas une thérapie pour moi c'est un médiateur qui facilite la profession initiale. Pour moi, il n'y a pas de zoothérapeute. Il y a un ergothérapeute spécialisé en médiation animale ou psychomotricien ou autre. Donc du coup, les objectifs ne sont pas propres à la médiation animale. Après, cela peut faciliter tous les objectifs que ce soit moteur, cognitif, etc.... On peut tout faire avec l'animal. Et donc, la place que je lui donne ça dépend des enfants. De manière générale, c'est l'enfant qui choisi son positionnement vis à vis de l'animal mais pour moi le chien c'est vraiment une troisième personne avec qui je fais la séance. Quand les patients arrivent dans la salle, il faut lui dire bonjour, lui dire au revoir quand on part. Ma chienne est présente au même titre que moi en fait. De plus, je laisse beaucoup l'enfant libre de me dire comment lui il voit les choses pendant la séance.
- P : Parfait, je note. Les apprentissages effectués en zoothérapie peuvent-ils être transformés ou transférés en performances occupationnelles ? Si oui, quels sont les types de transferts pour vous ?
- Mme C : Oui. Bah c'est exactement comme quand on travaille en séance classique d'ergothérapie. Par exemple, l'enfant veut faire ses lacets, en médiation animale il va d'abord apprendre à faire ses lacets sur le chien. Et ensuite il va l'apprendre sur lui et ensuite il va le faire à la maison. Que ce soit avec ou sans le chien la problématique est que la généralisation c'est compliqué surtout pour les personnes TSA. Donc l'idée c'est que les outils qu'on utilise en séance de zoothérapie soient les plus similaires à ceux utilisés à la maison et vis et versa. Donc c'est à dire qu'il va apprendre sur le chien puis il va apprendre sur lui même avec ses chaussures à lui, qui sont les mêmes qu'il a à la maison et donc il va pouvoir reproduire à la maison par exemple. Après l'idée c'est que les outils soient les

plus possibles similaires et cela pour faciliter la reproduction. Et après c'est beaucoup de communication avec l'école, les parents pour expliquer comment tout s'est passé et comment reproduire les choses dans un autre environnement.

- P : OK, est ce que vous voulez rajouter quelque chose par rapport à ça ?
- Mme C : Non non, c'est bon (rire).
- P : D'accord (rire). Quels bénéfices apportent la zoothérapie que vous pratiquez auprès de personnes TSA ?
- Mme C : Euh, moi je vois vraiment un bénéfice par rapport à l'implication de l'enfant et par rapport au regard qu'il a sur sa prise en charge. C'est à dire que moi j'ai eu un enfant, par exemple, qui un jour était malade et qui n'était pas aller à l'école de la journée mais par contre il est venu à sa séance d'ergothérapie. En effet, pour lui il ne pouvait pas ne pas venir car c'était le rendez vous avec le chien et que si il le voyait pas il n'allait pas le voir pendant deux semaines. Mais ce n'est pas pour autant que quand il est arrivé il lui a sauté dessus ou fait des câlins. Je ne sais pas comment l'expliquer mais les enfants ils viennent pour le chien et parce que les parents les forcent (rire). Mais ça fait plaisir aux enfants de venir voir le chien et quand ils sont là on dirait que le chien leur donne de l'énergie, de la motivation, une force pour faire la séance.
- P : Oui je vois, est ce que vous voyez d'autres bénéfices ?
- Mme C : Je trouve qu'ils sont beaucoup plus canalisés, qui sont plus motivés, intéressés et plus impliqués. Surtout que la relation avec moi est plus simple et facile. Le cadre est plus facile à poser aussi car on a le chien en support. Comme dire bah non là tu ne peux pas faire ça car tu sais que le chien ça lui fait peur etc. Quand ils savent qu'il peut y avoir des répercussions sur le chien, ils prennent conscience qu'ils peuvent faire peur à l'autre. Du coup, voilà c'est plus facile de poser un cadre thérapeutique.
- P : D'accord, OK. Donc ensuite, est ce que vous rencontrez des limites ou des inconvénients à la zoothérapie ?
- Mme C : Oui, tous les gens qui ont peur ou qui sont allergiques. J'ai une petite patiente qui est allergique, dès qu'elle touche le chien il faut qu'elle aille se laver les mains. C'est contraignant mais après ça n'empêche pas que elle, elle adore être avec ma chienne. Donc j'ai

continué de travailler avec elle et ma chienne car même si elle y est allergique, pour elle c'est tellement agréable que ça serait dommage d'arrêter.

- P : D'accord, est ce que vous voyez d'autres limites ?
- Mme C : Après les troubles du comportement de certains patients peuvent être une limite. Comme les personnes ayant des comportements trop agressifs et qui ne sont pas capables de se contrôler. En soit, je n'ai jamais eu d'enfants avec ça mais j'ai déjà eu des grosses crises mais après ils se calment et on peut refaire venir le chien dans la séance. Mais après les différents troubles du comportements peuvent être une limite car si le patient est trop dangereux, moi je dois faire sortir le chien de la pièce et éviter le danger.
- P : Oui, d'accord. Donc, pour la dernière question c'est comment pourriez-vous faire évoluer la zoothérapie dans votre pratique professionnelle ?
- Mme C : Moi personnellement ?
- P : Oui, vous personnellement.
- Mme C : Bah, une évolution possible ça serait d'avoir plus d'animaux et de pouvoir permettre de travailler d'autres choses. Par exemple, si j'avais un cheval je pourrais travailler pleins d'autres choses intéressantes qu'on ne peut pas faire avec un chien. Pour les enfants qui ont du mal à se canaliser le cheval pourrait permettre de travailler ça. Bien sûr, si on n'arrive pas à le travailler avec le chien. Donc l'évolution ça serait d'avoir d'autres animaux donc d'avoir un panel d'activités différentes et surtout qui correspondent aux besoins de chaque enfant. Donc être plus précis, fin je ne sais pas si je peux le dire, sur la sensibilité de l'enfant. Ou sinon d'avoir plusieurs chiens avec des caractères différents ça serait pas mal. Après...
- P : Après si vous ne voyez pas autres choses c'est bien ce que vous avez dit.
- Mme C : Après on pourrait aller au domicile avec l'animal. Mais pour les enfants TSA c'est compliqué. J'ai déjà eu des prises en charge à domicile et c'était difficile.

- P : Car ils ne veulent pas que vous rentrez chez eux ?
- Mme C : Bah déjà c'est compliqué pour rentrer avec un animal chez des gens car ça sali, ça met des poils partout. Et puis après l'enfant TSA, fin la fille dont je m'étais occupée, était chez elle et donc pour avoir accès à quelque chose c'était compliqué parce que c'était chez elle et ça ne représentait pas l'ergothérapie. Et du coup, il y avait un décalage et c'était compliqué.
- P : OK, je vois. Est ce que vous voyez autre chose ou non ?
- Mme C : Non.
- P : Est ce que vous avez des questions ?
- Mme C : Euh non je n'en vois pas.
- P : Bon d'accord alors. En tout cas merci beaucoup. C'est très gentil d'avoir pris du temps pour mon mémoire. Cela va beaucoup m'aider. C'était très intéressant.
- Mme C : Mais avec plaisir, en espérant vous avoir aidé. En tout, c'est bien que des étudiants en ergothérapie s'intéressent à la médiation animale.
- P : Oui, c'est vrai ! Merci beaucoup et passez une bonne journée.
- Mme C : A vous aussi. Au revoir.
- P : Au revoir.



« Bras dessus, patte dessous »

Annexe X

Références bibliographiques

Ouvrages traités :

American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.

Beiger, F. (2008). *L'enfant et la médiation animale*. Paris, France : Dunot.

Beiger, F., Jean, A. (2011). *Autisme et zoothérapie*. Paris, France : Dunot.

De Villers, B., Servais, V. (2016). *La médiation animale comme dispositif technique*. Dans C. Servais (dir.), *La médiation*. (81-103). Louvain-la-neuve, Belgique : De Boeck supérieur.

Grandin, T., Panek, R. (2013). *Dans le cerveau des autistes*. Paris, France : Odile Jacob.

Harrison, B., St-Charles, L. (2018). *L'autisme expliqué aux non-autistes*. Vanves, France : Marabout.

Margot-Cattin, I. (2017). *Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP)*. In M.-C. Morel-Bracq (Dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 63-72). Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Perez, R. (2013). *L'équithérapie dans l'accompagnement de l'enfant handicapé*. France : PiKtos.

Articles / Revues scientifiques traités :

Bergstrom, R., Tarbox, J., Gutshall, KA. (2010) Behavioral intervention for domestic pet mistreatment in a young child with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 218-221.

Cano Guillaume. (2017, septembre). Aperçu de la médiation animale en gériatrie. *Revue de l'Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie*, 2-7.

Case-Smith, J., Arbesman, M. (2008). Evidence-based review of intervention for autism used in or of relevance to occupational therapy. *The american Journal of OT*, 62(4), 16-29.

Chetrit-Thourot, F., Seguillon, D., Boursier, C. (2012). Médiation animale, parcours moteurs et enfants avec autisme : quels impacts sur les interactions sociales. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 2(58), 125-129. doi: 10.3917/nras.058.0125.

Frenay, M., Bédard, D. (2011). Chapitre 8. Le transfert des apprentissages. *Étienne Bourgeois et al., Apprendre et faire apprendre*, 125-137.

Friedmann, E., Katcher, A. H., Lynch, J. J., & Thomas, S. A. (1980). Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. *Public Health Reports*, 95(4), 307–312.

Goeb, J.-L., Mouren M.-C. (2005). The place of psychotropic drugs in the treatment of autism of children and adolescents. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(9), 791-801. doi :10.1016/j.amp.2005.09.001

Grandgeorge, M. (2015). Les apports de l'animal dans le développement des enfants aux troubles du spectre autistique. *Sens dessous*, 2(16), 17-26. doi : 0.3917/sdes.016.0017

Grandgeorge, M., Cardon, C., Auriacombe, M. (2015). Une situation d'intercompréhension plurielle: la médiation animale. *EME Editions*. 193-210.

Iguenane, J. (2004). MOTIVATION ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : Les clés de l'apprentissage du patient. *Nutritions & facteurs de risque*. 2, 27-30.

Kerzil, J. (2009). Constructivisme. Dans Boutinet, J-P. (dir.), *L'ABC de la VAE*. (ERES édition, 112-113). Toulouse : ERES.

Lehotkay, R., Orihuela-Flores, M., Deriaz, N., Carminati, G. (2012). La thérapie assistée par l'animal, description d'un cas clinique. *Psychothérapies*, 32(2), 115-123. doi: 10.3917/psys.122.0115.

Levinson, B-M. (1962). The dog as 'cotherapist'. *Mental Hygiene*, 46, 59-65.

Lorin de Reure, A. (2009). Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 275–286. Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961709000993>.

Marseille, P. (2017). La médiation animale : un support de création thérapeutique. *VST - Vie*

sociale et traitements, 4(136), 5-10. doi: 10.3917/vst.136.0005.

Martin, F., Farnum, J. (2002). Animal-Assisted Therapy fo Children with Pervasive Developmental Disorders. *Western Journal of Nursing Research*, 24(6), 657-670. doi:10.1177/019394502320555403.

Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Aggarwal, R., Baker, C., Mathapati, S., Molitoris, S., Mayes, R.D. (2013). Unusual fears in children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 151–158.

Mermet, L. (2012). Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *Le Journal des psychologues*, 10(303), 68-71. doi: 10.3917/jdp.303.0068.

Nagasawa, M., Mitsui, S., En, S., Ohtani, N., Ohta, M., Sakuma, Y., Onaka, T., Mogi, K., Kikusui, T. (2014). Oxytocin-gaze positive loop and the coevolution of human-dog bonds. *Science*, 348(6232), 333-336.

NasoudiGharehBolagh, R., Zahednezhadb, H., VosoughiIlkhchi, S. (2013). The Effectiveness of Treatment- Education Methods in Children with Autism Disorders. *Elsevier Ltd*, 84, 1679-1683. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.07.013

Presseau, A. (2000). Analyse de l'efficacité d'interventions sur le transfert des apprentissages en mathématiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 515-544.

Révillot, J-M., Eymard, C. (2010). Processus d'altérité entre le personnel de santé et le malade dans la relation éducative en santé. *Recherches et éducations*. (3), 173-196.

Rogé, B. (2007). Le programme TEACCH, un cadre toujours actuel pour la mise en œuvre de l'approche éducative . *Le Bulletin scientifique de l'arapi*, 19, 9-13.

Sánchez, C., Castro, F., Herrera, S., Juárez, J., (2014). Hormonal changes analysis by effects of Horses Assisted Therapy in the autistic population. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 87 – 91. Repéré à: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.282>.

Sams, M. J., Fortney, E. V., Willenbring, S. (2006). Occupational therapy incorporating animals for children with autism: A pilot investigation. *American Occupational Therapy Association*, 60, 268–274.

Schopler, E., Mesibov, G B., Hearsy, K. (1995). Structured Teaching in the TEACCH

System. Dans E. Schopler et G B. Mesibov (dir;), *Learning and Cognition in Autism* (1e ed, p. 243-268). New-York, États-Unis : Springer-Verlag New York Inc.

Schopler, E., Mesibov, G., Baker, A. (1982). Evaluation of treatment for autistic children and their parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(3), 262-267.

Servais, V. (2007). La relation homme-animal. *Enfances & Psy*, 2(35), 46-57. doi : 10.3917/ep.035.0046.

Turgeon, M., Tremblay, E., Déry, N., Guay, H. (2014). Overview of the drugs used by children and adolescents diagnosed with autism spectrum disorder who are covered by the Quebec Public Prescription Drug Insurance Plan. *Elsevier*, 62(2), 119-126. doi : 10.1016/j.neurenf.2013.11.005.

Viau, R., Arsenault-Lapierre, G., Fecteau, S., Champagne, N., Walker, C-D., Lupien, S. (2010). Effect of service dogs on salivary cortisol secretion in autistic children. *Psychoneuroendocrinology*, N°35, 1187—1193. Repéré à <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030645301000048X>.

Wing, L., Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

Autres références traités :

Ackermann, K. (2016). *Patte dans la main : Le chien comme partenaire de l'ergothérapeute : lien avec le comportement de l'enfant*. (Mémoire, Institut Inter Régional de Formation en Ergothérapie de Mulhouse). Repéré à <https://www.anfe.fr/memoire-etudiants-ife?view=recherche&layout=info&id=71>

Autism Europe. (2017). *Les critères de diagnostic de l'autisme*. Repéré à <https://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/Les-crit%C3%A8res-de-diagnostic-de-l.pdf>

Autisme France. (2005). *Dossier de aue, Autisme 2005-2006. Nouveau regard, nouvelle impulsion*. Repéré à <http://www.autisme->

france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_21075_1.pdf

Baghdadli, A., Noyer, M., Aussilloux, C. (2007). *Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme*. Repéré à https://www.arretsurimages.net/media/pdf/rapport_evaluation_teacch.pdf

Cardin, Y. (2016). L'analyse de l'activité comme préalable à la conception d'un environnement virtuel de formation. Le cas d'une formation à la gestion d'incendies en milieu urbain chez les sapeurs-pompiers. (Thèse de doctorat, Université de Bretagne Occidentale). Repéré à https://www.enib.fr/~buche/data/encadrement/these_YC.pdf

Carlotti, M-A. (2013). *3ème plan autisme*. Repéré à <https://www.cnsa.fr/documentation/plan-autisme2013.pdf>

Centre de consultation psychologique et éducationnelle. (2019). *L'approche psychanalytique / psychodynamique*. Repéré à <https://www.ccpeweb.ca/services/adultes/psychotherapie/approches/psychanalytique/>

Fédération Française de Protection des Animaux. (1990). *Déclaration Universelle des droits de l'animal*. Repéré à <http://www.ffpanimale.fr/wp-content/uploads/2012/10/FFPA-D%C3%A9claration-Universelle-des-Droits-de-lAnimal.pdf>

Fisher, A-G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Ft. Collins CO: Tree Star Press.

Gardien, N. (2016). *L'utilisation de la vidéo avec les enfants atteints de TSA : un outil d'analyse de la performance occupationnelle, au service de l'accompagnement en ergothérapie*. (Mémoire, Institut de Formation en Ergothérapie IRFSS - Centre Val de Loire). Repéré à https://www.anfe.fr/components/com_gestionmemoire/files/GARDIEN%20Nicolas%20m%C3%A9moire%202016_b5eedd5d3eeb7d8b4de23dc89811b9d1.pdf

Grandgeorge, M. (2010). *Le lien à l'animal permet-il une récupération sociale et cognitive chez l'enfant avec autisme?* (Thèse de doctorat, Université de Rennes 2). Repéré à

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00683219/document>

Haute autorité de santé. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_recommandations.pdf

Haute autorité de santé. (2012). *Autisme et autres TED interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/synthese_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf

INSERM. (2015). Engagements, freins et motivations à la pratique d'une activité physique. *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*. (Collection Expertise collective), Repéré à : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/Chapitre_9.html

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2008). *PLAN AUTISME 2008-2010. Dossier de presse, Vendredi 16 mai Construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement (TED) et en particulier de l'autisme*. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_autisme_2008-2010.pdf

Rouault, L. (2012). *Les enfants atteints d'un trouble de l'acquisition de la coordination pourraient-ils bénéficier d'une approche top-down ?* (Mémoire, IFE de Bordeaux). Repéré à <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/ergo-Lucas-Rouault.pdf>

Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. (2018). *Autisme, changeons la donne !* Repéré à https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf

World Health Organization. (2019, 11 Février). ICD-11. Repéré à <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f437815624>

Autres références non traités :

Dupin, B. (2018). *Autiste, j'ai le droit de m'instruire*. Mayenne, France : Dunot.

Grandgeorge, M. (2015). Les relations Homme-Animal de compagnie, de la vie quotidienne à la médiation animale. *In Archives Contemporaines*. 219-243.

O'Haire, M., McKenzie, S., Beck, A., Slaughter, V. (2013). Social Behaviors Increase in Children with Autism in the Presence of Animals Compared to Toys. *PLoS ONE*, 8(2), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0057010.

Parlebas, P., Dugas, E. (2005). Les transferts d'apprentissage dans les activités physiques et sportives. *Carrefour de l'éducation*, 2(20), 27- 43.

Listes des abréviations

AAA	Activités Assistées par l'Animal
ABA	Applied Behavior Analysis
CAMPS	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CIM	Classification Internationale des Maladies
CRA	Centre Ressources Autisme
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
FAM	Foyer d'Accueil Spécialisé
HAS	Haute Autorité de Santé
IFZ	Institut Français de Zoothérapie
IME	Institut Médico Éducatif
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model
PEOP	Personne-Environnement-Occupation-Performance occupationnelle
PICO	Population-Intervention-Comparaison-Outcome
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
TAA	Thérapie Assistée par l'Animal
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children
TED	Trouble Envahissant du Développement
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme

Résumé :

Le trouble du spectre autistique (TSA) touche un enfant sur 150. Ce sujet d'actualité engendre des troubles de la communication sociales, ainsi que des comportements restreints et répétitifs. Le gouvernement, souhaite permettre une intervention plus précoce auprès des personnes atteintes de TSA. Pour ce faire, il a été mise en place un nouveau plan autisme en 2018 dans lequel il y a des moyens budgétaires conséquents ainsi que de nouveaux axes d'amélioration. Parmi les actions menées actuellement par les professionnels auprès des personnes TSA, la thérapie assistée par l'animal s'avère particulièrement efficace, selon les diverses études.

Cette thérapie peut être utilisée par l'ergothérapeute lors de ses séances avec des individus souffrant de TSA. Comment amène-t-il l'enfant TSA, avec la médiation animale, à une performance occupationnelle ? Quelles sont les théories de l'apprentissage utilisées ? Qu'en est-il de son processus d'intervention ?

L'enquête menée par le biais d'entretiens avec des ergothérapeutes qui pratiquent la médiation animale auprès d'enfants atteints de TSA a permis de répondre à ces questions. Le modèle d'intervention qui en est ressorti est l'Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). qui permet de cibler la problématique occupationnelle du patient et en faire un objectif prioritaire pour leur intervention. Les ergothérapeutes interrogés s'appuient sur ce modèle conceptuel pour baser leurs séances réalisées avec l'animal. De plus, l'approche dite Top-Down a été mise en avant. Celle-ci permettrait aux enfants présentant des troubles du spectre autistiques d'accéder à une performance occupationnelle lors d'une thérapie assistée par l'animal.

Mots clefs : ergothérapie, trouble du spectre de l'autisme, médiation animale, enfant, intervention, apprentissage

Abstract :

Autism Spectrum Disorders (ASD) affects one in 150 children. This hot topic causes troubles in communication plus narrow and repetitive behaviors. The government wants to have an earlier action regarding persons who were diagnosed with autism spectrum disorders. Thus, a new autism plan has been developed in 2018 with high budgetary resources and new areas of improvement. According to different studies, amongst the current actions done by health professionals regarding young persons affected by ASD, Animal-Assisted Therapy turns out to be especially efficient.

This therapy can be used by occupational therapists during therapeutic sessions with kids with ASDs. How does an occupational performance is established thanks to Animal-Assisted Therapy ? What are the learning theories used ? What about the intervention process ?

An investigation was conducted through interviews with occupational therapists who use this therapy with ASDs children in order to answer these questions. The Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) was highlighted during these interviews. This model targets the patient's occupational problematic and makes it a primary goal for his intervention. The interviewed occupational therapists base their sessions with animals with this conceptual model. Moreover, the "Top-down" approach is also underlined. This approach helps ASDs children to have an occupational performance during Animal-Assisted Therapy.

Keywords : occupational therapy, autism spectrum disorders, animal-assisted therapy, child, intervention, learning

