

Le cheval partenaire de l'ergothérapeute

Un pas vers l'autonomie de l'enfant autiste

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour le
Diplôme d'État d'Ergothérapie
Session juin 2013

MARTIN Tracy

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le

Signature :

*NOM, Prénom

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné ».

Je tiens à remercier, dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire de fin d'études :

Mon maître de mémoire, Gwenaëla Mille, pour l'aide qu'elle m'a apportée tout au long de cette année,

Jessica et Karène pour leurs conseils,

L'équipe de l'Institut-Médico-Educatif de Champigny-sur-Marne ainsi que Mme Molis, pour m'avoir accueilli en stage et m'avoir permis de réaliser mon enquête,

Ma famille et Thomas pour leurs relectures, leur soutien et leur patience.

*Le cheval, lui, n'est pas vécu
comme intrusif. Il ne parle pas,
n'observe pas, il n'exige rien.*

Claudine Pelletier-Milet

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie générale.....	2
A. Cadre conceptuel.....	4
I- L'autisme.....	4
1) Historique.....	4
2) Épidémiologie.....	5
3) Étiologie.....	5
4) Les différents courants de pensées.....	6
5) Définition et classification de l'autisme.....	7
6) Signes précurseurs diagnostiques	9
7) Sémiologie des signes cliniques.....	10
II- Ergothérapie et autisme.....	15
1) L'ergothérapie.....	15
2) Prise en charge ergothérapique auprès d'enfants autistes.....	21
3) Différence entre autonomie et indépendance ?.....	22
III- L'activité cheval.....	22
1) Relation homme/cheval et symbolique du cheval	22
2) Le cheval en tant que médiateur partenaire du thérapeute.....	23
3) De la relation d'objet à la relation thérapeutique.....	24
B. Cadre de recherche.....	26
I- Méthodologie de l'enquête.....	26
1) Objectif de l'enquête.....	26
2) Outils méthodologiques.....	26
3) Population concernée par l'enquête.....	27
4) Période de l'enquête et de sa mise en place.....	27
II- Résultats et analyse.....	28
1) Résultats bruts.....	28
2) Analyse des résultats.....	39
III- Discussion.....	47
1) Synthèse des résultats	47
2) Intérêts.....	50
3) Limites.....	50
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	52
Glossaire.....	56
Annexes.....	62

Introduction

L'autisme est un trouble envahissant du développement dont l'âge d'apparition débute avant 3 ans. Son diagnostic est posé en présence de la triade symptomatique composée de troubles de la communication, de troubles du comportement et de troubles des interactions sociales.

Dans la prise en charge d'enfants autistes, le rôle de l'ergothérapeute est de favoriser le lien entre la personne autiste et son environnement. Aussi, l'ergothérapeute propose, par l'activité, l'expérimentation nécessaire à cette rencontre. L'activité est utilisée comme médiation entre le patient et le thérapeute.

De nos jours, de nombreuses études mettent en exergue les effets positifs de la relation homme-animal. L'animal est en effet reconnu comme un tiers facilitant l'entrée en relation. Aussi, l'animal intervient de plus en plus en tant que médiateur thérapeutique.

Chaque animal possède des propriétés physiques et un caractère particulier. Le cheval, propose un contact doux, chaud et permet le portage. Contrairement au chien, il cherche le contact avec l'autre mais n'est pas intrusif.

L'enfant autiste éprouve des difficultés à établir des relations. De même, beaucoup d'entre eux sont sans cesse à la recherche de stimulations sensorielles leur permettant d'être moins angoissés. Le cheval, lui, est un médiateur vivant offrant une approche multisensorielle. Dans une prise en charge thérapeutique, le cheval n'est pas un thérapeute mais le partenaire du thérapeute.

Ce mémoire aura pour objectif de répondre à la problématique suivante : **En quoi l'activité cheval peut-elle être considérée comme moyen thérapeutique, en ergothérapie, dans la prise en charge d'enfants autistes ?**

Pour tenter d'y répondre de manière objective nous étudierons dans une première partie théorique les notions d'autisme et les troubles qui lui sont associés, le rôle de l'ergothérapeute auprès d'enfants autistes, l'utilisation du médiateur dans la pratique en ergothérapie et la place du cheval en tant que médiateur thérapeutique.

La seconde partie présentera les résultats et l'analyse de l'enquête établie. Celle-ci permettra de valider ou non l'hypothèse de recherche qui sera posée.

Méthodologie générale

Le choix de mon sujet de mémoire s'est affiné au fil de mes années de formation, de mes expériences de stage et de mes intérêts personnels. Mon choix s'est orienté plus particulièrement après un stage effectué dans un centre de rééducation pédiatrique.

En effet, au cours de ce stage, j'ai pu participer à l'activité cheval mise en place par la structure. L'ergothérapeute était une des encadrantes de cette activité qui lui permettait de travailler de nombreux objectifs fixés pour un enfant donné. La plupart des enfants présents à cette activité étaient infirmes moteur cérébraux* (IMC). L'activité était donc plus orientée sur le plan moteur. Il était recherché un meilleur équilibre, la stimulation de la coordination bi-manuelle et des préhensions fines et globales, etc. Au cours de cette activité cheval, j'ai remarqué qu'un des enfants du groupe n'interagissait pas avec les autres. Il était très calme, ne parlait pas et ne regardait pas les autres. Cet enfant était autiste. Aussi, je me suis questionnée quant à l'apport du médiateur cheval pour cet enfant. Je me suis également questionnée quant au rôle de l'ergothérapeute dans cette médiation. Que recherche l'ergothérapeute au travers de cette activité? L'activité cheval peut-elle être un moyen utilisé par un ergothérapeute ? Pourquoi proposer cette médiation à un enfant autiste ?

C'est au travers de ces divers questionnements que s'est porté le choix de mon sujet.

Pour formuler une problématique, il a fallu, tout d'abord, que je me renseigne davantage sur les troubles autistiques. C'est pourquoi, dès le mois de juillet, j'ai commencé à lire de nombreux ouvrages sur cette pathologie ainsi que sur l'ergothérapie auprès d'enfants autistes. J'ai, par la suite, lu quelques ouvrages sur la zoothérapie, l'équithérapie mais aussi sur le concept de médiation thérapeutique. Il fallait que je démontre, au cours de cet écrit, que l'activité cheval est une médiation thérapeutique pour ensuite pouvoir montrer ou non qu'elle peut être utilisée comme moyen en ergothérapie.

De ces diverses recherches, j'ai pu formulé la problématique suivante : **En quoi l'activité cheval peut-elle être considérée comme moyen thérapeutique, en ergothérapie, dans la prise en charge d'enfants autistes ?**

J'ai pu alors commencé à rédiger ma partie théorique. Au cours de l'avancée de mon mémoire je me suis rendue compte qu'il était indispensable que je trouve un terrain de stage accueillant des enfants atteints d'autisme. Non seulement pour avoir une vue plus large de cette pathologie mais également pour allier la théorie à la pratique. Il fallait que je vois plus de séances en ergothérapie, auprès d'enfants autistes, afin de voir si les objectifs ergothérapeutiques pouvaient ou non être travaillés en activité cheval.

L'ergothérapeute axe sa prise en charge sur deux grands objectifs. Il recherche l'autonomie et l'indépendance en fonction des capacités de la personne. C'est à partir de cette réflexion que j'ai formulé l'hypothèse suivante : **L'utilisation de l'activité cheval, dans une prise en charge ergothérapeutique, participe à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste.**

Au cours de cet écrit, je vais donc tenter de répondre à ma problématique en validant ou non mon hypothèse en suivant le cheminement présenté dans l'introduction.

A. Cadre conceptuel

I- L'autisme

1) Historique

Bien que le terme « autisme » fut créé en 1911 par le psychiatre suisse Eugen Bleuler, du grec *autos* signifiant « soi-même », il était auparavant utilisé pour nommer un des signes secondaires de la schizophrénie.*¹ Le terme autisme définissait alors une des stratégies de l'évitement de la réalité chez la personne schizophrène: « écartement et ignorance ».

Ce type de patients fut, jusqu'à la fin du XIXe siècle, considéré comme des « idiots ». C'est au XXe siècle, que le terme de « psychoses* infantiles » prit place. Mais ce n'est qu'en 1943, que le terme autisme fut véritablement utilisé grâce aux études effectuées par le pédopsychiatre américain Léo Kanner in « *Autistic disturbance of affective* ».

Léo Kanner fut le premier à décrire un « repli autistique ». Selon Kanner, les personnes autistes rejettent instantanément toutes stimulations extérieures, ce qui les différencient des personnes schizophrènes. De ce fait, il introduit le terme « autisme infantile précoce » afin de distinguer l'autisme de la « schizophrénie infantile ». De même, Kanner évoque différents symptômes de l'autisme : l'isolement (aloneness), le besoin d'immuabilité (sameness), une incapacité à interagir avec l'environnement, des stéréotypies* ainsi que des troubles du langage (mutisme, inversion pronominal, écholalie...). Selon lui, l'autisme a un caractère « inné » contrairement à la schizophrénie qui apparaît à l'âge adulte. En 1956, il reviendra sur cette hypothèse en fixant un âge limite d'apparition à trente mois.

Alors que Kanner définit le syndrome d'« autisme infantile précoce », en 1944 Hans Asperger en décrit un autre similaire. Ce psychiatre viennois va, en effet, décrire, in « *Les psychopathies autistiques pendant l'enfance* », un syndrome dont les symptômes sont proches de ceux mentionnés par Kanner. Selon Asperger, les patients qu'il étudie présentent un syndrome autistique néanmoins sans retard du développement cognitif* et du langage.

1 Tous les mots suivis du symbole * seront définis dans le glossaire

De nos jours, l'autisme n'est plus considéré comme une maladie mentale mais comme un handicap. L'organisation mondiale de la santé (OMS), définit le handicap selon trois dimensions : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Or, pour Laurent Motttron², l'autisme ne doit pas être considéré comme un handicap mais comme une différence.

2) Épidémiologie

Selon les données épidémiologiques référencées par la Haute Autorité de Santé (HAS), validées en janvier 2010, *in « état des connaissances de l'autisme et autres troubles envahissant du développement »*, l'autisme infantile représente deux cas pour 1000 personnes de moins de 20 ans. La population autistique est évaluée à plus de 100 000 personnes soit un enfant sur 166. Il existe également une prévalence masculine avec 4-5 cas masculins pour un cas féminin.

3) Étiologie

L'autisme est une notion complexe à définir de par la méconnaissance de la genèse des troubles. Différentes hypothèses sont mises en avant, notamment quant à la probabilité d'une anomalie chromosomique sur les gènes codant le développement du système nerveux central*, mettant ainsi en évidence un facteur génétique.

Cependant, dans le milieu médical, cette hypothèse fait débat. Certains pensent à une origine multifactorielle avec une interaction génétique, environnementale et neurologique.

L'origine de l'autisme a toujours suscité de nombreux questionnements. Aussi, en France, divers courants de pensées, quant à la cause de l'autisme et sa prise en charge, ont vu le jour.

2 MOTTTRON L., *L'autisme : une autre intelligence*, Pierre Mardaga, 2004, 37-44 p.

4) Les différents courants de pensées

4.1 Le courant psychanalytique

Dans les années 40, selon la théorie psychanalytique, l'origine de l'autisme serait psychogénétique. C'est à dire que les causes sont psychologiques. L'accent est donc mis sur le traitement psychique.

Bruno Bettlheim est sans aucun doute un des précepteurs les plus connu de cette théorie. Il désigne les mères d'enfants autistes comme froide et ayant des intentions destructrices. Il reprend également le terme de « mère réfrigérateur » de Kanner. La théorie de la « mère coupable » fut par la suite repris par de nombreux psychanalystes notamment par Anna Freud.

Pour d'autres psychanalystes, en somme, Mélanie Klein, Margaret Mahler, Donald Winnicott et Jacques Lacan, la mère établirait une relation symbiotique, fusionnelle avec son enfant. L'enfant ne ferait pas de distinction entre lui et sa mère empêchant alors l'accès au monde extérieur.

D'un côté comme de l'autre, la théorie psychanalytique désigne la mère comme coupable. Cette théorie est de nos jours controversée par le milieu médical. Cependant, il arrive parfois que certaines mères d'enfants autiste soient désignées comme « coupable » en France et certains pays européens.

4.2 Le courant comportementaliste

La théorie comportementale considère que l'autisme serait dû à une cause neurologique et génétique. Aussi, la psychologie comportementale va agir davantage sur le comportement pour le modifier que sur son origine.

Diverses méthodes de prise en charge, basées sur le comportement ont vu le jour. Dans les plus connues, la méthode ABA (Analyse Appliquée du Comportement), la méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children). Ces méthodes ont pour but d'agir directement sur le comportement et de développer les compétences de l'enfant.

La méthode ABA est une intervention intensive visant à obtenir la meilleure intégration dans la société par l'augmentation des comportements jugés adaptés. Ce programme a prouvé son efficacité mais est contraignant.

Le programme TEACCH est basé sur une organisation temporelle et spatiale de l'environnement afin de réduire les situations de handicap. Le travail s'élabore donc dans un cadre bien structuré. De ce fait, on peut remarquer que, lorsque l'enfant se trouve dans une situation non habituelle, il peut alors perdre toutes les capacités qu'il avait développées.

4.3 Le courant cognitiviste

Les théories cognitivistes recouvrent un champs vaste où le comportement est considéré comme le signe d'un processus psychologique. La théorie de l'esprit et la théorie de la cohérence centrale sont les principales théories cognitivistes que l'on peut rattacher à l'autisme.

Les personnes autistes ne seraient pas dotées de théorie de l'esprit. C'est-à-dire qu'il n'ont pas conscience des états mentaux des autres personnes. Nous développerons cette notion ultérieurement.

Le déficit de la cohérence centrale à pour conséquence, chez la personne autiste, une difficulté à traiter globalement une information. C'est pour cela que la personne autiste a tendance à se fixer sur les détails.

5) Définition et classification de l'autisme

Afin de définir l'autisme, il est nécessaire de s'appuyer sur les classifications existantes en psychiatrie et reconnues par le milieu médical.

Selon la Classification Internationale des Maladies 10e édition (CIM-10), validé en 1992, ainsi que le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4e version (DSM-IV), établi en 1994, les troubles autistiques sont considérés comme une sous-catégorie des troubles envahissants du développement (TED).

5.1 Les troubles envahissants de développement

Selon la haute autorité de santé (HAS), les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.

Aussi, le DSM-IV identifie les troubles envahissants du développement sous forme de catégories mentionnées ci-dessous :

- Trouble autistique (= autisme de Kanner)
- Syndrome de Rett
- Trouble désintégratif de l'enfance
- Syndrome d'Asperger
- Autres troubles envahissants du développement non spécifiés (et autisme atypique)

Afin de rester au cœur du sujet, nous préférons vous renvoyer à l'annexe 1 présentant les descriptions cliniques diagnostiques des troubles envahissants du développement.

5.2 L'autisme

Le DSM-IV et la CIM-10 définissent les troubles autistiques comme étant « *un développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale, de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts* ». ³

Pour poser le diagnostic de « troubles autistiques », nous devons donc nous référer au texte DSM-IV révisé publié en 2000.

3 *American Psychiatric Association – Mini DSM-IV-TR – Critères diagnostiques*, Paris [Washington], Masson [DC], 2004 [2000], 60-65 p.

Classification internationale des maladies – CIM 10, Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, quatrième édition, 36-40 p.

Le diagnostic s'appuie sur différents critères :

(A). Un total de six éléments ou plus provenant des trois domaines suivants, avec deux items au moins du premier domaine et un item des deux autres :

- altération qualitative des interactions sociales.
- altération qualitative dans la communication.
- comportements, intérêts et activités restreints, répétitifs et stéréotypés.

(B). Le retard ou le fonctionnement anormal se remarque avant l'âge de trois ans dans :

- les interactions sociales
- l'utilisation du langage dans la communication sociale ou dans le jeu sans symbolique ou imaginatif.

Un ou plusieurs de ces domaines doit être touché.

(C). Les perturbations ne sont dues ni au syndrome de Rett, ni au syndrome d'Asperger ou à un autre trouble désintégratif de l'enfance.

Ce diagnostic doit être posé à partir d'observations cliniques réalisées par un psychologue, un orthophoniste, un psychomotricien, etc.. ainsi qu'un entretien effectué avec les parents.

Afin d'optimiser la prise en charge, il est important que le diagnostic soit posé le plus tôt possible.

6) Signes précurseurs diagnostiques

Les signes évocateurs de troubles autistiques chez le jeune enfant, relevés par L'HAS, sont :

- une inquiétude des parents quant au retard de leurs enfants.
- un manque de participation dans les interactions sociales (par exemple l'échange du regard avec la mère ne se fait pas).
- au fur et à mesure du développement de l'enfant un retard global se manifestant dans le langage, par des troubles du comportement (exemple : stéréotypie), par un repli sur soi, un non-échange avec l'environnement, par une relation étrange du contact (touché et utilisation) avec les objets.

7) Sémiologie des signes cliniques

7.1 La triade autistique

7.1.1 Les troubles des interactions sociales

Lors de ces études, Kanner décrit ces troubles comme un isolement extrême (aloneness). L'enfant autiste ne semble pas être sensible au monde qui l'entoure, il ne semble ni voir ni entendre les stimuli extérieurs. Très tôt l'enfant refuse tout contact visuel et l'évite et ce également avec la mère. Il ne présente pas de dialogue tonique* ce qui implique une hypotonie* en cas de contact corporel avec la mère. L'enfant autiste n'interagit pas et évite tout contact (aussi bien corporel que visuel) avec autrui si ce contact est intrusif. De même, ces enfants ne jouent pas de façon symbolique. Ils ne font pas appel à l'imaginaire.

7.1.2 Les troubles de la communication

Les enfants autistes peuvent être soumis au mutisme ou avoir un langage « fracturé ». Ils ont donc un code de communication qui leur est propre mais qui n'est pas utilisable dans une relation d'échange. Ce langage « fracturé » est teinté d'anomalies du langage que nous développerons ultérieurement.

7.1.3 Les troubles du comportement

Certains enfants autistes ne supportent pas le moindre changement dans leur milieu de vie. Ils éprouvent un besoin d'immuabilité, de réassurance et de sécurité. Tout changement peut alors induire une crise clastique*, une crise d'angoisse ou encore une auto-mutilation. Ces réactions peuvent être parfois très violentes pour lui même et pour autrui.

Ces enfants sont également sujets à des stéréotypies et à des troubles sensoriels. Les stéréotypies peuvent être gestuelles (se balancer, tourner sur lui-même, manipuler un objet continuellement...) ou verbales. Le balancement a une fonction de réassurance. Ces stéréotypies ont pour but de contenir l'enfant autiste dans son monde sensoriel interne et de le protéger des sensations extérieures.

7.2 Autres troubles associés

7.2.1 Troubles sensoriels

Certaines personnes autistes sont hypersensibles ou hyposensibles aux stimuli extérieurs. En somme, il y a un trouble de la modulation des sens. Ils n'ont pas la capacité de s'en protéger. Il semblerait alors que le milieu interne des personnes autistes soit envahi par ces stimuli extérieurs ce qui a pour conséquence des réponses qui nous semblent inadaptées. Ils ressentent alors le besoin de se renfermer pour ne pas souffrir et se protéger du monde extérieur.

Les troubles sensoriels peuvent induire chez la personne autiste des autostimulations, c'est à dire la recherche de sensations (balancement, bruits, attirance pour certaines textures/lumière, rituels alimentaires...).

D'après plusieurs chercheurs, les autistes présentent des anomalies perceptives au niveau auditif et visuel. En effet, la personne autiste paraît indifférente aux bruits extérieurs et ne réagit pas à son nom. Cependant, elle réagit à certains bruits et semble y être hypersensible. Aussi, il semblerait que les autistes discriminent et mémorisent certaines propriétés physiques du son et ainsi y repèrent le moindre changement. Au niveau visuel, la personne autiste privilégie les détails plutôt que la vision globale.

Des troubles de l'équilibre (perturbation du système vestibulaire*) et de la proprioception* peuvent également être présents.

7.2.2 Troubles de la perception spatiale

La physiologiste Uta Frith a montré, dans ses études sur l'autisme, que ces enfants ne prennent pas en compte le contexte perceptif dans un ensemble structuré. Ils considèrent partiellement les formes. Les enfants autistes ont donc une perception spatiale « fragmentée » qui ne leur permet pas de vivre leur environnement de manière « cohérente » et sécurisante. Ils ont donc besoin d'un cadre pour mieux tolérer la frustration et les angoisses. Il faut également les laisser explorer l'environnement, dans un contexte de réassurance.

7.2.3 Troubles du langage

Les enfants autistes peuvent souffrir de nombreuses anomalies du langage :

- les écholalies (répétition systématique des derniers mots entendus)
- le mutisme
- l'inversion pronominale (incapacité à utiliser le « je » pour parler de lui même. Utilisation du « tu » ou du « il ».)
- une difficulté dans l'accès du oui
- idiosyncrasie (utilisation de mots /de phrases hors contexte, de néologisme)
- tendance à la soliloquie (discours, monologue, vocalises à haute voix qui n'a pas pour but d'être partagé)
- tendance à l'incongruité (paroles qui nous semblent déplacées)
- un ton amorphe (sans variabilité dans l'intonation)

Pour Michael Rutter, professeur de psychiatrie, ces troubles du langage sont dus à un trouble central de la perception et de la compréhension du langage (séquençage, abstraction, codage). Pour d'autres, ces troubles sont dus au manque d'interactions relationnelles.

Les enfants autistes ont une bonne capacité à mémoriser des mots ou phrases. Cependant, ils ne s'attachent pas à la symbolisation de ces mots et les utilisent donc souvent en dehors de leur contexte. De ce fait, parfois, le langage ne peut être utilisé dans un but de communication puisqu'il n'y a pas d'accès au symbolique.

7.2.4 Fonctionnement de la mémoire

Étant donné que les enfants autistes ont une perception spatiale « fragmentée », la mémorisation peut être elle aussi sélective avec une propension à s'attacher aux détails. Certains sujets autistes développent des capacités exceptionnelles de mémorisation dans des domaines particuliers. Ils peuvent ainsi dessiner dans le moindre détail une scène vue antérieurement ou encore interpréter une musique entendue une seule fois auparavant.

7.2.5 Troubles de l'attention

L'attention peut être à la fois difficile à capter et à détourner. C'est pourquoi il est important en thérapie d'utiliser un médiateur, qui capte l'attention de l'enfant autiste, afin de permettre l'interaction entre l'enfant et l'objet puis avec le thérapeute (relation triangulaire).

7.2.6 Troubles de la symbolisation

Les troubles de la symbolisation se retrouvent chez la personne autiste dans la difficulté à imiter un geste, une action ou encore d'accéder à un jeu symbolique tel que « faire semblant/pour de faux ». Les autistes portent un intérêt particulier à la manipulation d'objet (de préférence de texture dure) ainsi qu'à certaines formes d'objet. Ainsi, Claudine Pelletier-Milet in « *Poneys et chevaux au secours de l'autisme* » remarque, pour beaucoup d'enfants autistes, un attrait particulier vers de gros ballons de couleurs vives.

Les troubles d'accès à la symbolisation se retrouvent également dans l'impossibilité d'utiliser des termes abstraits, de comprendre l'humour et l'utilisation de mots à double signification en fonction de leur contexte.

7.2.7 Absence de « théorie de l'esprit »

Selon U.Frith et S.Baron-Cohen, les enfants autistes ne seraient pas dotés d'une « théorie de l'esprit ». Chez toute personne, la « théorie de l'esprit » est la capacité de se faire une idée de ce que pense l'autre d'après ses comportements ainsi que d'anticiper les comportements d'autrui. Cette « théorie de l'esprit » apparaît normalement vers l'âge de 4

ans et se développe à partir de deux types de représentations. Celle de premier ordre (représentation du monde) et celle de second ordre (représentation des états mentaux).

En l'absence de « théorie de l'esprit », les autistes éprouvent des difficultés à se faire une idée des sentiments* et émotions* de l'autre, et ne peuvent ni comprendre, ni appréhender le comportement d'autrui. Pour certains chercheurs cette incapacité serait à l'origine d'une incompréhension de l'environnement extérieur et a fortiori de l'isolement de la personne autiste.

7.2.8 Déficience intellectuelle

La plupart des enfants autistes présentent un quotient intellectuel global faible (inférieur à 55). Cependant, certains autistes ont un fonctionnement cognitif dit de haut niveau. Nous remarquons, en ce cas, que les interactions sociales peuvent être possibles.

7.2.9 Troubles moteurs

Ces troubles moteurs ne sont pas d'origine physiologique mais relève davantage du fait que l'enfant autiste n'a pas d'accès à l'apprentissage. Voici quelques exemples de troubles moteurs dont la personne autiste peut être sujette ;

- trouble de la coordination bi-manuelle et trouble de la dextérité
- difficultés avec les préhensions fines/globales
- trouble du tonus, mouvements stéréotypés
- troubles de la marche (sur la pointe des pieds)
- mimiques faciales pauvres

Face à la multiplicité des troubles, la prise en charge des personnes atteintes d'autisme se doit d'être complète et effectuée en pluridisciplinaire. Dans le cadre de ce mémoire nous nous intéresserons à la place de l'ergothérapie dans la prise en charge de l'autisme.

II- Ergothérapie et autisme

1) L'ergothérapie

1.1 Définition

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé »⁴. Aussi la pratique de l'ergothérapeute repose sur l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement. « L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. Ces activités, qu'elles soient à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs, favorisent l'entretien et l'amélioration des fonctions, et réduisent les limitations fonctionnelles. Elle développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettre aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie »⁵.

L'ergothérapeute utilise alors l'activité en tant que moyen thérapeutique permettant de répondre aux objectifs fixés dans le but d'accompagner la personne dans son projet de vie. L'activité s'inscrit dans un cadre thérapeutique structuré dans le temps et l'espace. Elle sert également de pilier à la relation thérapeutique.

Selon l'article 1er de l'arrêté du 5 juillet 2010, les ergothérapeutes sont habilités à effectuer des actes qui « peuvent contribuer aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail des fonctions déficitaires et des capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle »⁶.

4 http://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=64

5 *Référentiel d'activités*, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

6 *Référentiel d'activités*, Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

Comme nous l'avons vu précédemment, la personne autiste, de par la nature des symptômes auxquels elle est soumise, est dans l'incapacité d'établir une relation d'échange avec autrui. Elle n'interagit pas avec son environnement ce qui induit des situations de handicap au quotidien.

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010, les compétences de l'ergothérapeute sont donc bien en adéquation avec la prise en charge de patients atteints d'autisme.

1.2 Cadre thérapeutique

Pour que l'activité soit thérapeutique, il faut alors que l'ergothérapeute construise un espace potentiel qui est une « *aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* »⁷ où le patient sera alors acteur de son action. L'ergothérapeute fixe les règles du cadre thérapeutique (lieu, durée, matières, règles internes du groupe, respect des autres, distance thérapeutique...) inscrit dans la réalité où le patient pourra évoluer, expérimenter. Cet espace potentiel est également un support à la relation thérapeutique. De même, le thérapeute est garant du cadre. Afin de maintenir ce cadre thérapeutique, le thérapeute peut intervenir selon trois manières/concepts différents introduit par Winnicott : le handling, le holding et l'object-presenting (façon de présenter les objets).

Le holding est la capacité de « portage » du patient. Cette capacité de « prendre en charge » le patient est aussi bien physique que psychique. C'est en somme la manière d'être présent pour le patient. Pour un holding efficace le patient doit avoir confiance, doit se sentir en sécurité et doit être reconnu par le thérapeute « *tel qu'il est, avec ce qu'il a* »⁸. Le patient doit pouvoir s'appuyer sur celui-ci.

Le handling désigne la manière de manipuler, de traiter. Il permet au patient de prendre contact avec la réalité extérieure et de prendre conscience de son corps en tant qu'entité propre et d'en définir les limites afin de le différencier de l'environnement. Selon Isabelle Pibarot, le handling est « *tout ce qui permet à l'handicapé de rendre présent ce*

7 WINNICOTT D., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975 [1971], 30 p.

8 PIBAROT I, *Dynamique de l'ergothérapie*, Journal d'Ergothérapie, 1978, n°26.

qu'il avait oublié de son corps et de lui-même ou ce qu'il cherche à oublier »⁹.

1.3 Relation thérapeutique

La relation thérapeutique, en tant que moyen thérapeutique, est une dimension essentielle à la prise en charge d'un patient. Elle doit être basée sur une confiance mutuelle afin que le patient adhère au cadre thérapeutique.

Le thérapeute doit être attentif à la nature de la relation créée. En effet, elle se différencie des relations sociales « habituelles ». Pour cela, le thérapeute doit faire preuve d'empathie et doit établir une « distance thérapeutique ». Il doit également être conscient des notions de transferts* et de contre-transferts*.

« Pour exister, il faut être vu »¹⁰ en effet, le thérapeute a également un rôle de miroir dans la relation qu'il établit avec un patient. C'est-à-dire que le patient se voit, se construit à travers le regard, la parole et l'investissement du thérapeute et l'image que le thérapeute lui renvoie. Le thérapeute doit porter de l'intérêt pour le patient et être investi dans le projet thérapeutique. « Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de sa mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »¹¹.

En ergothérapie, la relation thérapeutique est médiatisée à travers un objet ou une activité qui va servir de support à la relation. Aussi, la relation prend une dimension triangulaire (patient-médiateur-thérapeute) dans l'espace potentiel créé.

1.4 Médiation thérapeutique

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'ergothérapeute propose au patient un espace potentiel (= aire intermédiaire/aire de repos) où le patient peut expérimenter. Cette aire d'expérience est structurée dans le temps et dans l'espace elle agit donc en

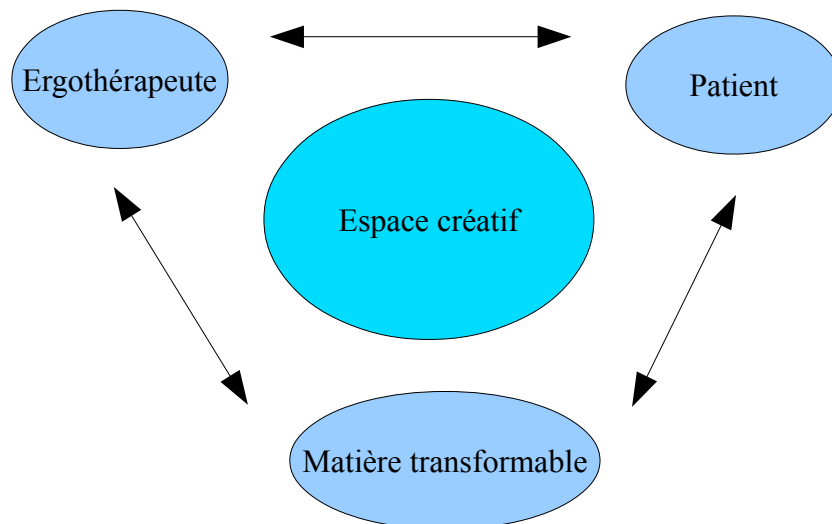
9 PIBAROT I, *Dynamique de l'ergothérapie*, Journal d'Ergothérapie, 1978, n°26.

10 *Ibid*

11 WINNICOTT D., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975 [1971], 205 p.

somme comme un « processus de défense ». Si cet espace est « *suffisamment bon* »¹² comme « *la mère suffisamment bonne* »¹³ alors, le patient peut entrer en relation avec sa propre réalité et celle de l'extérieur sans angoisse. « *Cette aire n'est pas contestée, car on ne lui demande rien d'autre sinon d'exister en tant que lieu de repos* »¹⁴.

Au sein de cet espace potentiel, il y a la relation triangulaire : (croquis 2 isabelle pibarot p 3)



La matière est ici reliée au concept « d'objet-potentiel » (=objet transitionnel) introduit par Winnicott. Selon Winnicott, l'objet transitionnel est un objet choisi et privilégié par l'enfant. Cet objet peut être aimé et parfois torturé. Il s'agit de la première distinction du « moi »* et du « non-moi »*. Cet objet va permettre à l'enfant de distinguer les objets internes des objets externes et ainsi de passer de la subjectivité à l'objectivité. Peu à peu cet objet privilégié va être désinvesti par l'enfant qui va découvrir d'autres relations via le jeu.

En ergothérapie, le médiateur sert d'objet transitionnel, au patient, permettant ainsi la mise en place de la relation entre le thérapeute et le patient. La médiation ne peut s'inscrire dans la triangulation relationnelle que si elle a un but thérapeutique avec des objectifs fixés.

12 PIBAROT I, *Dynamique de l'ergothérapie*, Journal d'Ergothérapie, 1978, n°26.

13 WINNICOTT D., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975 [1971], 42 p.

14 *Ibid.*, 30 p.

Le médiateur doit avoir une fonction symbolique comme l'objet transitionnel. Le symbole* est créé lors de la rencontre du patient (et de sa réalité interne) avec l'objet. Une activité est symbolique par le caractère vivant de l'objet. Le symbole de l'objet transitionnel permet de créer un lien entre la réalité interne et l'environnement. L'activité possède trois fonctions symboliques (niveau expressif, niveau signifiant, niveau relationnel). Le niveau expressif désigne la capacité d'extérioriser hors de soi des éléments de la réalité interne. Le niveau signifiant désigne la signification, le message, les sentiments qu'induit la création de l'objet. Enfin, le niveau relationnel désigne la construction intersubjective de l'objet par le transfert que le patient réalise sur le thérapeute.

L'ergothérapie est une thérapie par l'acte qui permet au travers de médiations l'accès à la symbolisation. La symbolisation permet le contact avec la réalité extérieure et donc avec l'environnement.

Nous avons donc pu voir que l'ergothérapeute utilise l'activité comme moyen thérapeutique. Cependant, celui-ci doit proposer une activité qui soit adaptée à la personne. Pour cela, il évalue les besoins de la personne et ses capacités en appuyant son travail sur un des différents modèles conceptuels existant.

1.5 Modèle conceptuel abordé

Le modèle conceptuel que nous aborderons, en lien avec la prise en charge d'enfants autistes en ergothérapie, est le modèle de Mosey¹⁵, créé par Ann Mosey, ergothérapeute américaine. Ce modèle repose sur 3 cadres de référence : analytique (relation d'objet), développemental et humaniste.

Selon Ann Mosey, les difficultés sont dues à « *un manque de capacités affectant l'organisation et la performance de l'activité, les interactions ou la capacité à identifier et satisfaire les besoins* ». Le modèle de Mosey est fondé sur l'utilisation de l'activité permettant l'accès aux apprentissages et aux interactions et ainsi le développement des capacités. L'activité, elle, contient 4 composantes (intégration sensorielle*, fonction cognitive, fonction psychologique, interaction sociale).

¹⁵ MOREL-BRACQ C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Marseille, ANFE-Solal, 2009, 149-153 p.

Afin que l'activité soit adaptée au niveau de la personne, le modèle de Mosey permet d'évaluer les capacités en 6 catégories :

- capacité perceptivo-motrice
- capacité cognitive
- capacité d'interaction duelle
- capacité d'interaction dans un groupe
- capacité à structurer son identité
- capacité d'identification sexuelle

Bien que ce modèle soit très peu connu en France, il a l'avantage d'être flexible et permet ainsi d'adapter la prise en charge ergothérapique sur plusieurs plans à travers l'activité. Il semble ainsi adapté dans la prise en charge d'enfants autistes. Il permet, en effet, de rechercher notamment l'intégration sensorielle et les interactions duelles et de groupe dans l'activité. Ces derniers points se retrouvant dans les troubles liés à l'autisme.

Dans la prise en charge d'enfants autistes, l'ergothérapeute propose une activité adaptée aux capacités de l'enfant. Il définit donc dans un premier temps ses objectifs de prise en charge avant de proposer une activité permettant d'y répondre.

2) Prise en charge ergothérapique auprès d'enfants autistes.

	Rappel des troubles liés à l'autisme	Objectifs ergothérapique dans la prise en charge d'autistes	
Plan cognitif	- Troubles de la perception spatiale - Troubles du langage - Troubles de l'attention et de la concentration - Trouble de la symbolisation - Niveau intellectuel (déficience ou non)	- Stimuler les fonctions supérieures (mémoire, attention, concentration, compréhension) - Permettre l'amélioration des capacités visuo-spatiales - Développer les capacités langagières de l'enfant - Permettre l'accès à la symbolisation	Favoriser l'autonomie (prises d'initiatives) Favoriser l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas...)
Plan relationnel	- Troubles des interactions sociales - Troubles de la communication - Troubles du comportement - Absence de théorie de l'esprit - Repli sur soi	- Instaurer une relation de confiance - Favoriser l'expression des sentiments et de l'imaginaire - Rechercher l'instauration d'une relation d'échange duelle et dans le groupe	
Plan moteur/sensoriel	- Troubles sensoriels (sens, proprioception, vestibulaire) - Troubles de la motricité fine et/ou globale	- Rééduquer les fonctions motrices fines et/ou globales - Améliorer les capacités graphiques et d'écriture - Favoriser l'intégration neurosensorielle et/ou la désensibilisation - Favoriser les apprentissages	

3) Différence entre autonomie et indépendance ?

L'autonomie et l'indépendance désignent toutes deux la capacité d'une personne de faire. Mais alors qu'elle est la différence ?

L'indépendance est la capacité de faire des choses. L'indépendance peut être acquise via la mise en place d'une aide technique ou d'une aide humaine afin de faciliter l'accès aux activités de la vie quotidienne (habillage, soins personnels, repas, déplacements...). L'indépendance se place donc dans une dimension physique de la capacité de faire.

L'autonomie est la capacité de vouloir faire quelque chose. Être autonome, c'est prendre des initiatives, c'est faire des choix mais également pouvoir exprimer ses sentiments. L'autonomie a donc une dimension psychique dans la capacité de faire.

Nous avons vu précédemment que l'ergothérapeute a pour objectif de développer l'autonomie et l'indépendance de l'enfant autiste. Ces deux grands objectifs étant déclinés en plusieurs sous-objectifs.

A présent, nous allons étudier les processus thérapeutiques mis en jeu au sein de l'activité cheval.

III- L'activité cheval

1) Relation homme/cheval et symbolique du cheval

Au travers des différents mythes et légendes, nous pouvons attribuer au cheval des fonctions symboliques très diverses. Originaire du monde ouranien ou chtonien il peut être bon comme mauvais. Il est retrouvé dans de nombreux récits de la mythologie et son image a teinté l'histoire de la préhistoire à nos jours. Différents rôles sont attribués au cheval, souvent de nature opposée étant parfois lunaire ou solaire, maléfique ou bénéfique. Animal rapide et dynamique, il peut donc également incarner les quatre éléments.

L'homme, au cours de l'histoire, a toujours été au contact du cheval étant tantôt utilisé comme monture tantôt comme moyen de traction, de transport. Selon Buffon « *La plus noble conquête que l'homme n'ait jamais faite est celle de ce fier et fougueux animal qui partage avec lui les fatigues de la guerre et la gloire des combats ; aussi intrépide que son maître, le cheval voit le péril et l'affronte.* »¹⁶. L'homme entretient donc depuis toujours une relation étroite avec le cheval qui symbolise son inconscient et son état psychologique interne. Ainsi, on retrouve cette relation entre l'homme et le cheval dans la figure du centaure. Mi-cheval, mi-homme, il incarne la perfection.

Pour Carl Gustav Jung, le cheval est un archétype de la mère parce qu'il « offre un contact doux et rythmique, et valorise son cavalier »¹⁷ comme une mère lorsqu'elle berce son enfant lors de la grossesse. Freud, quant à lui, lie le cheval à un symbole sexuel représentant la figure paternelle castratrice.

Le cheval a donc un symbolisme reconnu. De plus, c'est une entité vivante ce qui permet un travail de symbolisation d'autant plus concret que sur un objet à créer. Cependant, sa nature vivante/concrète ne suffit pas à introduire une dynamique de symbolisation. Le médiateur doit induire un rapport sensori-moteur qui privilégie un ou plusieurs types de sensorialité permettant ainsi un transfert spécifique puis de favoriser la symbolisation.

2) Le cheval en tant que médiateur partenaire du thérapeute

Nous avons pu voir précédemment que le cheval a une fonction symbolique reconnue. De plus, c'est un animal et donc un être vivant ce qui facilite d'autant plus l'accès à la symbolisation.

Les enfants autistes ne distinguent pas le « moi » du « non-moi ». Ils se protègent de l'extérieur. Il est donc difficile de créer un espace transitionnel il faut donc permettre l'enclenchement de processus transitionnels.

16 BUFFON., *Histoire naturelle*, Tome 16, p 179.

17 JUNG C G., *Franchet d'Espèrey*, 2007, p 156.

Ces enfants se coupent des stimuli sensoriels extérieurs pour ne pas souffrir. Il est donc important de leur permettre d'expérimenter diverses sensations dans un espace potentiel, garanti par le thérapeute, où ils seront en sécurité et pourront progresser sans angoisse. Ainsi cette expérimentation sensorielle permettra à l'enfant autiste de prendre contact avec l'environnement et ainsi de permettre l'élaboration de relation avec celui-ci.

Le cheval de par ses qualités physiques fait appel à diverses modalités sensorielles et peut donc, en plus des stimuli envoyés par l'extérieur, permettre l'expérimentation sensorielle nécessaire à l'enfant autiste pour entrer en lien avec l'environnement.

Rappelons qu'Isabelle Pibarot désigne l'objet médiateur comme une « matière transformable ». Il est bien évident que nous ne pouvons pas modeler, modifier la structure physique du cheval. Néanmoins, nous pouvons interagir avec lui. En effet, par le geste, le son, le corps, le cavalier peut agir sur le comportement du cheval et le guider selon son choix. Ce qui nous ramène à la définition de l'ergothérapie, une thérapie par l'acte, par l'agir où le patient est maître de son action.

Le cheval peut donc par ses diverses approches être considéré comme un objet médiateur faisant appel à la sensorialité où l'accès à la symbolisation est facilitée. Il peut être considéré comme objet médiateur mettant en exergue les différents troubles liés à l'autisme.

3) De la relation d'objet à la relation thérapeutique

La relation thérapeutique va s'établir selon deux étapes. Tout d'abord, une relation va s'instaurer entre l'enfant autiste et le médiateur/objet transitionnel (=le cheval). Cet objet va être considéré comme un objet partiel du thérapeute. Puis, une distinction entre l'objet et le thérapeute va s'élaborer. Cette distinction pourra se concrétiser grâce à l'expérimentation réalisée au sein de l'aire intermédiaire/aire d'expérience/espace potentiel. Pour soutenir le patient dans cet espace potentiel, le thérapeute peut alors utiliser le holding psychique (notion vue auparavant). Dans la médiation « activité cheval » nous pouvons même parler de double holding. D'une part celui effectué par le thérapeute et, d'autre part, celui réalisé par le cheval. En effet, nous pouvons comparer le portage du cheval comme un holding

physique qui soutient le patient et où les bercements, dus au balancement de la marche, ont une fonction de détente, de réassurance.

L'étude de la symptomatologie de l'autisme et de la place de l'ergothérapie dans la prise en charge d'enfants autistes, ainsi que l'explication des notions d'espace potentiel, d'objet transitionnel et de médiation nous permettent donc de poser l'hypothèse suivante :

L'utilisation de l'activité cheval, dans une prise en charge ergothérapique, participe à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste.

B. Cadre de recherche

I- Méthodologie de l'enquête

1) Objectif de l'enquête

L'ergothérapeute, par son champ de compétences, a une place au sein de la prise en charge d'enfants autistes. L'objectif principal de l'ergothérapeute étant de permettre à l'enfant autiste d'accéder à une certaine autonomie. Avec cette enquête, je cherche à répondre à l'hypothèse et donc que l'activité cheval peut être un moyen utilisé en ergothérapie pour favoriser l'autonomie de l'enfant autiste.

2) Outils méthodologiques

Le choix des outils méthodologiques nécessaires pour mener mon enquête a été difficile. Mon choix s'est tout d'abord dirigé vers l'élaboration d'un questionnaire. Au fur et à mesure de mes recherches et d'après les remarques des professeurs de méthodologie du mémoire, je me suis rendue compte qu'un questionnaire ne pourrait pas me permettre de répondre à mon hypothèse car je ne trouvais pas suffisamment de professionnels paramédicaux étant concernés à la fois par la prise en charge d'enfants autistes et par l'utilisation de l'activité cheval comme moyen thérapeutique. De même, il me fallait un nombre suffisant d'ergothérapeutes dans cet échantillon, la présence de ces critères étant encore une fois réduite. De ce fait, les résultats n'auraient pas pu être exploités en raison d'un nombre insuffisant de questionnaires.

Pour répondre à mon hypothèse, j'ai alors décidé d'élaborer une grille d'entretien composée de neuf questions ouvertes et semi-ouvertes (cf annexe II) ainsi qu'une grille d'observation (cf annexe VI). Les observations ont été réalisées au cours d'une activité cheval (4 observations).

3) Population concernée par l'enquête

Les entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes et d'une psychomotricienne* utilisant l'activité cheval dans la prise en charge d'enfants autistes. J'ai fait le choix d'interviewer des ergothérapeutes car ma problématique et mon hypothèse ont pour objectif de légitimer la place d'un ergothérapeute au sein de l'activité cheval proposée à des enfants autistes. En effet, cette activité est davantage reconnue dans le champ de la psychomotricité. C'est pourquoi, il m'a semblé intéressant d'avoir également le point de vue d'un(e) psychomotricien(ne) quant à la place de l'ergothérapie dans l'utilisation de cette activité.

Mes observations ont été réalisées auprès d'un enfant présentant une symptomatologie autistique au cours d'une activité cheval co-animée par une ergothérapeute, une psychomotricienne et une monitrice d'équitation.

4) Période de l'enquête et de sa mise en place

Mes grilles d'entretien et d'observation ont été construites au cours du mois de février.

Pour me permettre de les élaborer, j'ai tout d'abord procédé à un entretien exploratoire libre réalisé auprès d'une ergothérapeute travaillant au sein d'un établissement prenant en charge des enfants autistes. Cet entretien exploratoire m'a ainsi permis de prendre connaissance des objectifs ergothérapiques pouvant être mis en place dans la prise en charge d'enfants autistes. Les deux objectifs globaux d'un ergothérapeute étant de favoriser l'autonomie et l'indépendance de l'enfant autiste. Cet entretien m'a donc servi à élaborer ma partie « prise en charge ergothérapique d'enfants autistes » et mon hypothèse.

L'enquête a été effectuée au cours de mon stage du mois de mars au sein d'un institut médico-éducatif (IME).

II- Résultats et analyse

1) Résultats bruts

Par souci de clarté, les résultats bruts seront présentés sous forme de tableaux. Le premier tableau présenté correspond aux résultats des entretiens et le second, aux résultats des observations. Ces résultats seront ensuite analysés et confrontés aux apports théoriques et bibliographiques.

1.1 Résultats bruts des entretiens

Tableau récapitulatif des résultats bruts des entretiens

	Ergothérapeute	Psychomotricienne	Ergothérapeute - Equithérapeute
Formation	- Diplôme d'État d'ergothérapie (1986). Travaille depuis 20 ans avec des autistes. - Dans le cadre de la formation continue : autisme – Makaton* – psychose – méthode TEACH.	- Diplôme d'État de psychomotricité (2008) - Dans le cadre de la formation continue : Makaton – stimulation basale – famille comme allié thérapeutique – culture et handicap. - Mission humanitaire de trois mois au Vietnam.	- Diplôme d'État d'ergothérapie (2002) - Diplôme d'équithérapie (2008). Formation à la société française d'équithérapie (SFE) - Travaille en libéral (pratique toujours l'ergothérapie en majorité)
Objectifs principaux dans la prise en charge d'enfants autistes	- Attention. - Regard posé. - Compréhension des consignes. - Avoir les gestes de bases (prendre, poser, empiler, lâcher...) - Reconnaissance visuelle (similitudes). - Faire par imitation. - Éviter les angoisses. - Autonomie en fonction des capacités.	- Avoir un abord corporel - Ressentir un corps unifié - Donner de la contenance - Utiliser son corps de façon plus appropriée - Essayer de nouer une relation (travail relationnel) - Être présent - Prendre conscience de soi-même et de l'autre - Aller à la rencontre de l'environnement	- Travail des activités de la vie quotidienne - Graphisme - Motricité (fine, globale, coordination) - Favoriser les apprentissages - Autonomie dans la vie quotidienne - Travail au niveau de la communication - Travail du repérage dans l'espace
Avis sur l'utilisation de l'activité cheval auprès d'enfants autistes	- Bon moyen pour les faire réagir. - Obligation d'être attentif dessus. Il faut se maintenir. - Les sort de leurs stéréotypies. - Permet d'être présent, parti prenant de l'activité et dans l'action. - Contact, toucher, odeur du cheval qui facilite l'entrée en relation entre le cheval et l'enfant.	- Bon médiateur qui regroupe tous les objectifs - Donne beaucoup d'informations sensorielles et corporelles - Obligation d'être acteur et donc d'être présent - Permet la rencontre à l'autre - Moins compliqué de rentrer en contact avec un animal	- Donne un support de relation sur lequel on peut mettre des mots par rapport à ce qui se passe - Le poney n'est pas intrusif - Il n'est pas envahissant - Il ne regardera jamais en face - Il est respectueux - L'animal est un support multisensoriel - Il est chaud, doux, il va y avoir des odeurs et l'enfant autiste y est très sensible et c'est rassurant

	• Créer des liens. • Intéressant au niveau du regard. • Peuvent se révéler eux mêmes, expérimenter.	• Atténue l'angoisse d'être en relation avec un animal	• Il permet le portage
Activité cheval répond aux objectifs fixés	• Pas toujours. • Aurait voulu qu'ils soient plus autonomes. Petite autonomie. Trois à quatre mois avant les premiers résultats. • Ils sont présents mais ont besoin d'être guidés.	• Oui • Il y a des évolutions positives • Intéressés pas l'animal • Ça leur fait plaisir • Ils sont acteurs • Plus à l'aise à l'équitation qu'en individuel • Apporte des informations corporelles qui participe à l'unité corporelle	• Oui • Le fait de s'occuper d'un animal permet la prise d'autonomie • Permet de prendre conscience de l'altérité • Permet un transfert des acquis dans le quotidien • Permet de faire des liens • Permet de progresser dans son propre schéma corporel • Travail au niveau de la conscience corporelle, de la communication avec l'autre • Permet de créer une relation avec les autres et donc d'être plus autonome au quotidien • On peut travailler tout ce qui est repérage dans l'espace • Permet les prises d'initiatives • On peut travailler sur le plan moteur (motricité fine, globale, coordination bi-manuelle)
Approche spécifique à l'ergothérapeute dans cette activité	• Cherche la statique, le travail du tronc. • Que l'enfant soit présent, conscient des changements de position. • Sensation globale, ressenti corporel. • Autonomie en fonction des capacités. • Être à l'aise dans un environnement. • Comportement social adapté.	• Ergothérapie et psychomotricité cherche à créer du lien, du relationnel • Ergothérapie permet la réhabilitation dans le quotidien, réadapter l'environnement pour que la personne soit le plus autonome possible • En activité cheval : l'ergothérapeute est là pour positionner, ajuster la posture, permettre la manipulation des objets de monter sur la selle • Complémentaire de la psychomotricité	• Ergothérapie est plus à visée active et d'autonomie • Psychomotricité recherche l'aspect corporel, le ressenti émotionnel • Un ergothérapeute cherchera aussi à adapter l'activité au niveau des repérages ou des adaptation techniques (au niveau de la selle, au niveau du maintien des reins)

	Démarche dans l'ensemble de l'activité.	- Ergothérapeute veut qu'ils soient plus autonome - Chaque profession à son objectif et utilise de manière spécifique ce médiateur	
Évolution observée avec cette activité	- Ils ont tous évolué. - Ils ont appris à reconnaître leurs chevaux. - Ils ont pris leurs repères. - Ils ont moins besoin d'aide. - Ils ont pris plus d'assurance. - Évolution dans la relation avec le cheval mais pas entre enfants.	- Évolution notée au niveau du comportement - Ils sont plus présents - Ils sont plus en lien - Ils sont plus actifs - Résultats sur une longue durée	- Ça a eu un impact au niveau de l'autonomie en séance d'ergothérapie mais aussi dans la vie quotidienne - Est plus posé - Prend des initiatives dans la vie quotidienne (décide de mettre le couvert) - A permis de donner un repère dans l'espace temps (jour où il fait du cheval) - Résultats au bout de deux-trois ans
Différence d'évolution entre autiste avec participation à l'activité cheval et autiste sans participation à l'activité cheval	Non. Pas beaucoup de recul. Activité crée depuis 1 an.	- Ose beaucoup plus de choses - Ose aller vers d'autres objets - Travail pluridisciplinaire pas seulement par l'activité cheval	- Complicier à répondre car sont tous différents au démarrage - Sur un même patient nette évolution à partir du moment où il a bénéficié d'équithérapie
Effets constatés avec un autre médiateur	- Relâchement (avec Snoezelen*). - A cheval c'est plus tonique.	- Chaque médiateur est spécifique et a un but - Ce médiateur permet moins de demande et facilite l'interaction	- Le cheval est un médiateur qui est super adapté car il est multisensoriel et vivant - Le cheval recherche le contact mais respecte l'autre - Le cheval réagit à ce qui se passe et dans la vérité (fait la différence entre ce qui va lui être adressé et ce qui lui est pas adressé) - A l'avantage du portage que ne propose pas un autre médiateur - Ce n'est pas des perles qui vont faire prendre conscience à l'enfant qu'il est quelqu'un et qu'il y a un autre

			• L'enfant peut avoir une action sur son environnement et ainsi entrer en relation et prendre de l'autonomie, des initiatives
Activité favorise l'autonomie	• Oui. • Sur une longue durée. • Dans la continuité de ce qui est fait en équipe.		• Oui • A clairement des répercussions dans l'autonomie au quotidien

1.2 Résultats bruts des observations

Il est à noter que, au cours de ces 4 observations réalisées lors de l'activité cheval, les observations ont été réalisées de manière participative. Les patients et les encadrants présents à cette activité cheval ont toujours été les mêmes.

Tableau récapitulatif des résultats bruts des observations

		Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4
Caractéristiques de l'observation	Activité observée	Activité cheval	Activité cheval	Activité cheval	Activité cheval
	Lieu de l'observation	Centre équestre	Centre équestre	Centre équestre	Centre équestre
	Date de l'observation	01/03/13	08/03/13	22/03/13	29/03/13
	Heure et durée	De 14h00 à 15h00 (1h).	De 14h00 à 15h00 (1h).	De 14h00 à 15h00 (1h).	De 14h00 à 15h00 (1h).
	Nombre et profession des encadrants	3 encadrants : - une ergothérapeute - une psychomotricienne - une monitrice d'équitation	3 encadrants : - une ergothérapeute - une psychomotricienne - une monitrice d'équitation	3 encadrants : - une ergothérapeute - une psychomotricienne - une monitrice d'équitation	3 encadrants : - une ergothérapeute - une psychomotricienne - une monitrice d'équitation
Étapes observées		- Brosser le cheval (refuse de le faire) - Aller chercher le tapis/la selle/le mors (refuse de le faire) - Aller chercher sa bombe et la mettre (ne le fait pas mais accepte que l'ergothérapeute lui mette malgré quelques vocalises) - Amener le cheval jusqu'au manège (le fait seul et sans qu'on lui demande avec un certain empressement) - Monter sur le cheval chacun son tour (prend plaisir à être dessus et ne veut pas céder sa place) - Slalomer autour des plots (ne participe pas , se fait promener par la psychomotricienne)	- Brosser le cheval (refuse de le faire, le fait par sollicitation et se mord) - Aller chercher le tapis/la selle/le mors (refuse de le faire) - Aller chercher sa bombe et la mettre (demande de lui prendre et de lui mettre) - Amener le cheval jusqu'au manège (le fait seul avec sollicitation) - Monter sur le cheval chacun son tour (se dirige directement vers le marche-pied pour monter en premier sur le cheval) - Slalomer autour des plots (ne participe pas, se laisse promener et balaye du regard le manège) - Ramener le cheval à	- Brosser le cheval (refuse de le faire, le fait par sollicitation) - Aller chercher le tapis/la selle/le mors (refuse de le faire) - Aller chercher sa bombe et la mettre (se rend seul dans la sellerie mais me demande de lui prendre et de lui mettre) - Amener le cheval jusqu'au manège (le fait seul avec sollicitation) - Monter sur le cheval chacun son tour. Fait comprendre qu'il veut monter dessus et après ne veut plus monter (n'est pas passé en premier). Monte sans opposition mais n'a pas l'air présent.	- Brosser le cheval (refuse de le faire,le fais par sollicitation) - Aller chercher le tapis/la selle/le mors (refuse de le faire) - Aller chercher sa bombe et la mettre (va la chercher sans qu'on ne lui demande, me demande de lui attacher) -Slalomer entre les plots, s'arrêter entre deux bases, me frapper dans la main (il participe aux exercices proposés) - Ramener le cheval à l'écurie (descend du cheval et part en laissant le cheval dans le manège) - Enlever sa bombe et ranger le matériel (range seul sa

		- Se retourner sur sa selle (ne veut pas le faire, la psychomotricienne initie l'action, est content de l'avoir fait)	l'écurie (descend du cheval et part en laissant le cheval dans le manège)	- Slalomer autour des plots et récupérer un plot en bout de parcours (fait l'exercice demandé sous sollicitation, se fait promener)	bombe mais ne veut pas ranger le reste du matériel)
Réactions du patient pendant l'activité	Regard et mode d'observation	- Explore visuellement chaque box de l'écurie. - Regarde les pigeons qui volent au dessus de lui. - Regarde dans les yeux les encadrantes quand il veut quelque chose mais ne les regarde pas quand elles lui parlent. - Ne regarde pas les autres enfants. - Porte une attention particulière sur le marche pied bleu vif qui permet de monter sur le cheval.	- Explore visuellement chaque box de l'écurie. - Lorsqu'il est sur le cheval explore le manège mais ne regarde pas les autres. - Échanges de regard avec les encadrantes et moi lorsqu'il souhaite quelque chose. - Ne regarde pas les autres enfants - Repère immédiatement le marche-pied dans le manège pour monter sur le cheval.	- Ne fait pas attention aux travaux de la façade du centre équestre malgré le bruit. - Regarde un des ouvriers qui imite le hennissement du cheval. Semble surpris mais n'y prête pas grande attention. - Observe chaque box de l'écurie. - Quand l'ergothérapeute lui demande de brosser le cheval à un endroit indiqué, regarde ce que lui montre l'ergothérapeute puis brosses sans regarder. - Prend les rênes du cheval pour l'emmener dans le manège sans le regarder. - Quand on lui dit qu'il va monter sur le cheval, nous regarde et fait non de la tête. - Quand l'ergothérapeute lui explique comment enlever la selle, il regarde ce qu'elle fait.	- Observe les chevaux de chaque box - Je le suis dans ses explorations, il me montre du doigt chaque cheval - Lorsque je lui montre qu'il peut caresser le cheval sans crainte, caresse le cheval en le regardant - Ne regarde pas le cheval lorsqu'il le brosse - Repère tout de suite un marche-pied pour monter sur le cheval malgré le fait que l'on ne soit pas dans le manège habituel - L'ergothérapeute lui montre une glace situé sur un pan de mur du manège. Lui dit de faire coucou et de se regarder. N'y prête pas attention. - L'ergothérapeute retente l'expérience, en s'arrêtant devant, cette fois ci. Il se regarde, fait coucou et sourit.

					- Pendant que les autres sont à cheval, il regarde les pigeons voler dans le manège.
	Comportements	A la frustration : - hyperventilation - émet des vocalises - se bouche les oreilles - crache (une fois) sur le cheval (hétéro-agressivité) - frappe (une fois) le cheval (hétéro-agressivité) - fait signe qu'il va frapper l'ergothérapeute mais ne va pas au bout de son geste - se balance Face au plaisir : - sourit - gazouille	A la frustration : - hyperventilation - se bouche les oreilles - se mord la main (auto-agressivité)	A la frustration : - frappe un enfant du groupe (hétéro-agressivité) - hyperventilation - se mord la main (auto-agressivité) - tire violemment sur le mors du cheval pour le ramener à l'écurie	A la frustration : - frappe un enfant du groupe (hétéro-agressivité) quand le bus s'arrête (car le portail est fermé). Continue à le frapper jusqu'à ce que le bus redémarre. - hyperventilation - Frappe un enfant d'un groupe scolaire sans raison connue - Émet des vocalises - Se bouche les oreilles Face au plaisir : - sourit
	Relation à l'autre	- N'attend pas les autres quand sort du bus - Ne semble pas faire attention à ce que disent les encadrantes - Rejette la psychomotricienne lorsque celle-ci le prend par les épaules - Attire l'attention de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute quand veut quelque chose - Dans l'écurie ne reste pas avec le groupe et regarde les box	- Sollicite les encadrantes lorsqu'il souhaite quelque chose - Quand les encadrantes le sollicite, il semble agacé et se mord - Ne reste pas avec le groupe lors du pansage, reste seul à explorer les box de l'écurie - Aucun contact avec les autres enfants - N'attend pas les autres : quand descend du bus se rend directement à l'écurie et au retour part seul vers le bus	- Attire l'attention de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute quand veut quelque chose - N'attend pas les autres quand sort du bus mais se retourne pour voir s'ils suivent. - Pendant le brossage et l'installation des selles, refuse de rejoindre le groupe - Tape les autres enfants lorsqu'on lui refuse quelque chose (hétéro-agressivité)	- Face à l'attente dans le bus, frappe son voisin - Frappe sans raison apparente une petite fille d'un groupe scolaire - Attire l'attention de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute quand veut quelque chose - Me montre du doigt les chevaux de chaque box - Me donne la bombe pour que je lui mette

				- Pendant que les autres sont à cheval, marche seul dans le manège - N'attend pas les autres pour repartir et rejoindre le bus	- Pendant les exercices réalisés dans le manège, ne semble pas, dans un premier temps, attentif à ce que lui dit l'ergothérapeute - Pour descendre du cheval s'appuie sur l'ergothérapeute - Son cheval se fait dans un premier temps promené par l'ergothérapeute et par la suite par un autre patient. Ce changement ne le dérange pas - Je lui propose l'exercice suivant: me taper dans la main à chaque fois qu'il me croise. Il le fait sans violence, me regarde et sourit. - A la fin de la séance, partage un moment avec le groupe (regarde un bébé poney dans un des box) - Observe avec attention des maréchaux-ferrent qui ferrent quelques chevaux
	Relation à l'animal	- Est intéressé, le regarde - Caresse le museau des chevaux sans les regarder - Recule et sursaute lorsque le cheval bouge la tête - Quand est sur le cheval, se tient droit et sourit	- Observe les chevaux de chaque box - Est attiré par l'animal mais recule quand celui-ci s'approche - Ne regarde pas le cheval lorsqu'il le brosse - Demande à monter sur le cheval	- Observe longuement les chevaux de chaque box - Semble vouloir s'approcher et caresser le cheval mais recul lorsque celui-ci bouge - Brosse le cheval sans le regarder	- Observe longuement les chevaux de chaque box - Semble vouloir caresser le museau des chevaux mais recule quand celui-ci bouge

		- Quand est mécontent crache et frappe le cheval (hétéro-agressivité) - Tire violemment sur le mors du cheval (hétéro-agressivité) quand on lui demande de ramener le cheval à l'écurie	- Une fois sur le cheval semble plus détendu et ne demande plus à rentrer - Ne se préoccupe plus du cheval une fois qu'il est descendu de son dos	- Emmène le cheval dans le manège sans le regarder - Ne veut pas promener le cheval pour un autre enfant - Dit qu'il ne veut pas monter sur le cheval (non de la tête) mais monte dessus sans opposition - Se laisse promener, ne fait pas attention au cheval, semble dans sa bulle - Tire violemment sur la mâchoire du cheval pour le ramener à l'écurie (hétéro-agressivité) - Arrivé à l'écurie, il abandonne le cheval pour partir ranger sa bombe	- Il caresse le cheval (contact rapide) en le regardant quand je lui prouve auparavant qu'il n'a rien à craindre - Quand brosse le cheval ne regarde pas - Quand est sur le cheval à l'air d'y prendre un certain plaisir - Veut monter une deuxième fois sur le cheval - Lorsqu'on visite les écuries extérieures semble fasciné par l'exploration de ces nouveaux box
	Mode de communication utilisé (verbal/non-verbal)	- Quelques signes Makaton (partir, maison, manger) - Se fait comprendre avec son corps (non de la tête, oui, sourire, mécontentement, gazouillis)	- Quelques signes Makaton (partir, maison, manger) - Se fait comprendre avec son corps (non de la tête, mécontentement)	- Quelques signes Makaton (partir, maison, manger) - Se fait comprendre avec son corps (non de la tête, mécontentement)	- Se fait comprendre avec son corps (sourire, mécontentement, montre du doigt)
	Autonomie dans les exercices proposés, prises d'initiatives	- Prend sans sollicitation le cheval par les rênes pour l'emmener au manège - Prend le marche pied et le pose devant le cheval pour monter dessus - Sollicite l'adulte pour qu'on lui enlève sa bombe	- Se rend directement sur le marche-pied et demande à monter sur le cheval (avec des signes de la main) - Sollicite l'adulte pour qu'on lui mette et enlève la bombe	- En arrivant se dirige seul vers l'écurie - Quand ne veut plus brosse le cheval, va la ranger sans qu'on lui demande dans le seau à brosse - Monte sur le marche pied pour qu'on lui amène le cheval	- Quand ne veut plus brosse le cheval, va la ranger - Monte sur le marche pied qu'il a repéré seul pour monter sur le cheval - Interpelle les encadrantes pour demander à monter une seconde fois sur le cheval - Va ranger sa bombe sans sollicitation

				- A la fin de la séance, se rend sans sollicitation dans la sellerie pour ranger sa bombe puis par vers le bus - Monte dans le bus et s'attache	
	Apprentissage			- A pu desserrer la selle du cheval par imitation	
	Observation générale	- A beaucoup demandé à rentrer à cette séance. - Est beaucoup resté isolé. - Semble avoir éprouvé du plaisir à monter sur le cheval. - Hétéro-agressivité envers le cheval face à la frustration.	- Pendant cette séance a encore beaucoup demandé à rentrer. Ces demandes ont cessé lorsqu'il était sur le cheval. - Reste isolé du groupe pendant le pansage et passe beaucoup de temps à explorer les box - A montré de l'auto-agressivité à la frustration.	- Est resté moins seul à cette séance - A eu moins de stéréotypies (pas de balancement, ne s'est pas bouché les oreilles) - A été violent envers les autres (hétéro-agressivité) et envers lui même (auto-agressivité) à cette séance - Dès le départ a fait comprendre qu'il ne voulait pas participer à la séance et rentrer	- A pris part aux exercices proposés - Semble avoir éprouvé du plaisir à l'activité - N'a pas montré de signe d'auto-agressivité - N'a pas demandé à rentrer pendant la séance - Face aux situations imprévues (présence d'un groupe scolaire, portail fermé, changement de manège) a montré quelques signes d'hétéro-agressivité

2) Analyse des résultats

2.1 Analyse des entretiens

- Formation ?

Les trois personnes interviewées sont des professionnels du paramédical (une ergothérapeute, une psychomotricienne et une ergothérapeute-équithérapeute). Elles sont en contact de personnes autistes dans leur activité et propose le médiateur cheval dans leur prise en charge.

- Objectifs de prise en charge ?

Les ergothérapeutes ont fait part de nombreux objectifs ergothérapiques dans la prise en charge d'enfants autistes. Les deux ergothérapeutes estiment que l'ergothérapeute recherche l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et de favoriser les apprentissages (gestes de bases, attention, imitation, graphisme...).

La psychomotricienne, fixe ses objectifs autour du corps. La psychomotricité permet à l'enfant de se représenter son propre corps mais aussi d'interagir avec le monde qui l'entoure et donc avec l'autre.

- L'activité cheval comme moyen de prise en charge ?

Les trois interviewés considèrent que le cheval est un médiateur adapté pour les enfants autistes car il permet notamment une entrée en relation facilitée. Il semble plus facile de créer des liens avec un animal qu'un être humain.

L'ergothérapeute-équithérapeute et la psychomotricienne ajoutent que cette activité permet une approche multisensorielle permettant de créer un contexte de réassurance chez l'enfant autiste.

Pour l'ergothérapeute, cette activité permet d'expérimenter et d'être présent, actif car le cheval stimule l'attention de l'enfant autiste.

L'ergothérapeute-équithérapeute et la psychomotricienne pensent que cette activité est assez complète pour travailler les objectifs fixés dans la prise en charge d'enfants autistes.

L'ergothérapeute dit ne pas pouvoir travailler tous ses objectifs en activité cheval. Elle considère cependant ne pas avoir assez de recul dans cette activité. Elle rejoint l'ergothérapeute-équithérapeute quant à la possibilité de prendre des initiatives et de travailler l'autonomie au sein de l'activité cheval.

- Approche de l'ergothérapeute dans l'activité cheval ?

Pour ce qui est de l'utilisation de l'activité cheval en ergothérapie, les trois interviewés pensent que l'activité en ergothérapie sera orientée vers une recherche d'autonomie. En activité cheval, l'ergothérapeute travaille dans une globalité d'action. L'ergothérapeute-équithérapeute ajoute qu'elle souhaite, lors de cette activité, que l'enfant soit actif. Elle adapte alors l'activité ou l'environnement afin de permettre à l'enfant de prendre contact avec cet environnement. Ainsi l'enfant cherchera à agir sur cet environnement et prendra des initiatives.

Selon la psychomotricienne, les ergothérapeutes et les psychomotriciens utilisent cette activité pour rechercher la création d'un lien entre l'enfant autiste et son environnement (= l'autre. Qui peut être le cheval, une personne). Elle considère qu'un psychomotricien utilise l'aspect sensoriel de l'animal pour cela. Elle pense que les ergothérapeutes adaptent l'activité en fonction de l'enfant pour ainsi permettre l'interaction et l'autonomie.

- Une évolution ?

Les trois professionnels ont remarqué une évolution, sur le long terme (deux ans environ), des enfants autistes lors de l'activité cheval proposée. Cette évolution se note notamment par la mise en place d'interactions (qui se limitent seulement au cheval pour l'ergothérapeute).

Les ergothérapeutes ont pu remarquer que l'activité cheval a permis aux enfants de mieux se repérer dans le temps et l'espace. L'ergothérapeute-équithérapeute a observé un

impact sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et des prises d'initiatives en activité cheval et en séance individuelle d'ergothérapie.

Aucune des interviewées ne peut dire si c'est cette activité qui provoque cette évolution. Il faudrait comparer un groupe d'enfants sans activité cheval avec un groupe avec activité cheval. Ce qui leur semble impossible, car chaque enfant autiste est différent. Cependant en comparant les réactions entre un même enfant, avant et après l'utilisation de ce médiateur, les trois professionnels ont remarqué des changements. La psychomotricienne nous dit que les enfants osent aller beaucoup plus vers les autres depuis qu'ils participent à l'activité cheval.

- Avantage de ce médiateur par rapport à un autre ?

Pour les trois interviewées, chaque médiateur a un rôle particulier et peut être utilisé selon ce que l'on souhaite travailler. Cependant, ce que ce médiateur permet, car c'est un animal et pas un objet, c'est l'interaction.

Selon l'ergothérapeute-équithérapeute, le cheval est le seul médiateur animal (hormis le dauphin) permettant le portage.

- Activité cheval et autonomie ?

Les ergothérapeutes sont unanimes quant au gain d'autonomie de la personne autiste en activité cheval. Cette autonomie se gagne sur le long terme et grâce aux stimulations quotidiennes, en interdisciplinaire, de l'enfant autiste. L'ergothérapeute-équithérapeute a pu observer un transfert des acquis dans la vie quotidienne.

2.2 Analyse des observations

Les quatre observations qui vont être analysées, ont été réalisées pendant l'activité cheval proposée par la structure. Cette activité cheval s'est déroulée à raison d'une fois par semaine, tous les vendredis de 14h à 15h dans un centre équestre d'une ville voisine.

Afin de mieux visualiser les réactions de l'enfant observé, nous préférons vous renvoyer à l'annexe VII présentant le cas clinique de l'enfant observé que nous appellerons « Tom ».

- Participation aux exercices proposés

En reprenant les résultats des quatre observations, nous pouvons remarquer que Tom ne veut jamais brosser le cheval. Toutefois, il est à noter, qu'il participe au brossage à partir de la deuxième séance et ce, jusqu'à la quatrième.

Il n'a pas voulu aller chercher le matériel (selle, mors, tapis) à aucune des séances observées.

Pour ce qui est d'aller chercher la bombe, nous pouvons observer une évolution au cours des quatre séances. En effet, à la première, Tom n'a pas voulu aller la chercher mais a bien voulu qu'on la lui attache. A la deuxième séance, il n'a pas voulu aller la chercher mais a demandé à ce qu'on la lui attache. Enfin, aux deux dernières séances, il est allé chercher la bombe, a demandé à ce qu'on la lui attrape et attache. On observe donc une évolution entre d'abord accepter puis demander et enfin faire avec une aide.

Au cours des quatre séances, Tom a bien voulu amener le cheval au manège. Sans doute parce qu'il savait qu'il allait monter dessus. Cependant, il n'a jamais ramené le cheval à l'écurie en fin de séance.

Pendant la monte, Tom a toujours montré du plaisir à être avec le cheval. Néanmoins, lors des deux premières séances, il n'a pas participé à l'exercice proposé : slalomer entre les plots avec des variantes consistant à ramener ou toucher des plots. C'est à la dernière séance qu'il a pu participer de manière volontaire. Je lui demandais de frapper dans ma main à chaque fois qu'il s'arrêtait entre deux plots. Frapper dans les mains d'un autre a-t-il plus de sens que de toucher un plot ? La réponse à cette action, alors qu'un objet ne répondra pas, permet-elle de donner un but ?

- Regard

D'après les résultats des observations, nous pouvons remarquer que Tom a établi des rituels au cours de cette activité cheval. Le principal d'entre eux étant l'exploration de chaque box de l'écurie au début de chaque séance de l'activité. Lors de ces explorations, il observe alors longuement chaque cheval. Parfois, il les caresse en les regardant.

Alors que nous pouvons constater qu'il établit un échange visuel pendant ces rituels nous pouvons également voir qu'il ne le fait pas pendant qu'il brosse le cheval. Caresser un cheval est un échange, une interaction. A cet instant, il y a une relation qui s'établit entre lui et le cheval. Brosse un cheval n'a-t-il pas de signification pour lui ? N'a-t-il pas saisi l'objectif du brossage ? Il est possible que cet enfant n'ait pas compris le lien entre l'action et sa conséquence (brosser pour enlever de la saleté). C'est peut-être une des raisons pour laquelle il ne regarde pas le cheval pendant le brossage.

Au cours des quatre séances, nous pouvons noter que Tom regarde les encadrantes lorsqu'il souhaite attirer leur attention pour demander quelque chose. Toutefois, il ne regarde pas les autres enfants.

- Comportements

Au niveau du comportement, Tom semble être en incapacité de réguler ses émotions. Quand il est frustré, il hyperventile, se bouche les oreilles, émet des vocalises. Il peut également, aux moments où il est en proie à des émotions trop intenses, faire preuve d'hétéro-agressivité (frapper les autres ou le cheval) et d'auto-agressivité (se mordre les doigts). Nous ne notons aucune évolution dans ce domaine.

- Relation à l'autre

Au cours des quatre observations, nous avons pu constater que Tom n'interagit pas avec les autres enfants du groupe. Toutefois, il se montre capable d'interagir à plusieurs reprises avec les encadrantes du groupe. Cependant, ces interactions ne semblent pas avoir de valeur relationnelle mais semblent plutôt intéressées. En effet, il échange avec les

encadrantes seulement lorsqu'il a besoin d'elles ou souhaite quelque chose. Cet échange n'est pas valable dans l'autre sens.

Néanmoins, nous pouvons tout de même noter une évolution dans la relation à l'autre. Au départ, Tom se dirigeait directement à l'écurie dès l'arrivée au centre équestre. A la troisième séance, il n'attend toujours pas les autres mais se retourne pour voir si le groupe suit. A cet instant, il s'intéresse donc à l'autre.

De même, nous pouvons observer qu'au départ, Tom ne supportait pas la présence du groupe. Il restait seul à explorer l'environnement de l'écurie pendant que les autres brossaient les chevaux ou rangeaient le matériel en fin de séance. Lors de la dernière séance nous pouvons distinguer un moment privilégié entre Tom et le groupe : lorsqu'ils observent un bébé poney. A ce moment là, Tom est calme, souriant, il ne montre aucun signe d'agressivité envers les autres ou envers lui-même. Il est en lien avec le groupe.

- Relation à l'animal

Tom semble avoir investi la relation avec l'animal. Il semble captivé par cet être animé qui se meut devant lui. Sa curiosité face à l'animal, l'incite à explorer l'écurie. Il affectionne le contact avec cet animal, aime le regarder. Il semble véritablement attiré par cet être et semble vouloir le connaître davantage. Bien qu'il contemple dans les moindres détails le poney et aime être en contact direct avec lui lors de la monte, il ne semble pas apprécier tout ce qui est autour de la relation avec l'animal. C'est-à-dire le brossage et aller chercher le matériel nécessaire à la monte. Il investit cette relation lorsqu'il établit un contact direct.

- Mode de communication

Dans ce domaine nous ne noterons aucune évolution. Malgré le fait que Tom n'accède pas à une communication verbale, il est en capacité de se faire comprendre d'autrui. Pour cela, il utilise en grande partie son corps. Par les gestes, en désignant, par des sons et par des mimiques faciales. Il parvient également à utiliser quelques signes Makaton (maison, partir, manger, bonjour...).

- Apprentissages

Tom a été disponible pour les apprentissages dès lors qu'il s'est intéressé à l'autre. Aussi, il a pu apprendre à desserrer la selle par imitation.

- Autonomie

Au cours de cette activité, Tom a à plusieurs reprises pris des initiatives. Afin de mieux mettre en valeur ces prises d'initiatives, il semble judicieux de faire une brève description de Tom en dehors de cette activité cheval.

Au sein de l'Institut Médico-Educatif, Tom passe ses journées au sein d'un groupe composé de cinq enfants atteints de pathologies diverses. Il est encadré par une éducatrice spécialisée. Tom passe la plupart du temps à errer dans le couloir de l'étage en se bouchant les oreilles et en émettant des vocalises. Le reste du temps, il le passe devant la fenêtre à attendre le bus qui le ramènera chez lui. Il ne joue pas avec les autres enfants, ne participe pas aux activités proposées dans la journée (ex : peinture). Il se montre capable d'interagir avec son éducatrice spécialisée. Il lui demande souvent de rentrer chez lui ou d'aller aux toilettes (désigne sa vessie). Il demande à y aller mais ne prend pas l'initiative d'y aller seul dès qu'il en ressent le besoin. De même, lorsque l'éducatrice l'accompagne aux toilettes, Tom ne revient pas seul. Il lui arrive parfois de montrer ses affects en faisant un bref câlin à l'éducatrice.

Lors de l'activité cheval, Tom fait preuve d'initiative en allant chercher, par exemple, le marche-pied pour demander à monter sur le cheval ou encore en remettant la brosse dans le seau pour exprimer son refus de participer au pansage. Il fait encore une fois preuve d'initiative en allant chercher sa bombe sans sollicitation de notre part ainsi qu'en nous demandant de lui attacher.

Chercher à communiquer avec l'autre pour exprimer ses envies, exprimer un refus sont des choix. Or, comme nous l'avons expliqué auparavant, faire des choix, prendre des initiatives font partie intégrante de l'autonomie.

2.3 Apports bibliographiques

- En 2009, Lorin de Reure s'intéresse aux échanges corporels et psychiques infraverbaux en jeu dans les interactions entre des enfants autistes et des poneys. A la fin de son étude¹⁸, elle conclut que « *l'utilisation de la thérapie avec le poney avec des enfants autistes peut être un facteur d'amélioration de leurs capacités d'expression relationnelles et émotionnelles et d'amélioration de la communication non verbale* ». Elle ajoute également qu'il semblerait que l'enfant autiste et le poney partagent « *certaines canaux de communication* » et « *une forme de communication primitive* ».
- En 2010, L. Hameury¹⁹ étudie l'apport du poney en tant que médiateur auprès d'enfants autistes. Voici quelques citations qui semblent intéressantes pour notre recherche dans cette étude :

« le poney s'avère être un excellent médiateur, vecteur de tranquillité, de communication, de socialisation. L'enfant se trouve dans une situation lui permettant de mettre en œuvre et de développer ses capacités ».

« l'enfant est stable, apaisé par les mouvements du poney, il sollicite l'équithérapeute dans une interaction adaptée et prend conscience de l'effet de ses actions sur le poney, excellent cothérapeute favorisant aussi l'attachement ».

« Cette thérapie, en dehors de l'hôpital mais en lien étroit avec les soins réalisés au sein de l'hôpital, apporte aussi des bénéfices plus larges pour l'enfant (épanouissement, plaisir, affirmation de soi, autonomie), et pour les parents (ouverture de leur enfant à une activité ordinaire). »

18 LORIN DE REURE A., *Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication*, Elsevier Masson, 2009.

19 HAMEURY L., DELAVOUS P., TESTE B., LEROY C., GABORIAU J-C., *Equithérapie et Autisme*, Annales médico-psychologiques, 2010, n°168, 655-659p.

- Dans leur étude²⁰, Ansorge et Sudres concluent que la médiation équine à visée thérapeutique est :
 - le support d'un travail complet
 - une activité valorisante
 - une activité structurante
 - une activité attrayante, source d'apprentissages
 - champs de compétences professionnels différents mais complémentaires

III- Discussion

1) Synthèse des résultats

A la suite du cadre conceptuel, nous avons posé l'hypothèse suivante :
L'utilisation de l'activité cheval, dans une prise en charge ergothérapique, participe à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste.

Nous tenterons d'y répondre en confrontant l'analyse des résultats des entretiens et des observations avec les apports bibliographiques mentionnés auparavant ainsi qu'avec le cadre conceptuel.

Rappelons que, dans la prise en charge d'enfants autistes, l'ergothérapeute cherche à ce que l'enfant gagne en autonomie et en indépendance. Pour cela, il mobilise la cognition, le relationnel, la motricité et le sensoriel. Pour dire que, l'activité cheval participe à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste, il est donc important de voir si, oui ou non, l'ergothérapeute peut mobiliser certains points mentionnés précédemment au sein de cette activité.

20 ANSORGE J., SUDRES J-L., *La médiation équine en psychiatrie infanto-juvénile. D'un état des lieux à une étude d'évaluation clinique*, A.N.A.E, volume 24, mai 2012, n° 117, 147-154 p.

- Cognition

Le médiateur utilisé dans cette activité à l'avantage d'être animé. Étant donné que le cheval est un être vivant, on ne peut pas prévoir ses réactions. Comme l'homme, chaque cheval a son caractère. Ce médiateur réagit face aux actions de l'enfant et inversement. Ainsi, l'enfant est attentif à ce qui se passe. Par exemple, lors de la monte, l'enfant doit se maintenir pour ne pas tomber, il mobilise ainsi son attention.

Comme le disait l'ergothérapeute-équithérapeute lors de l'entretien, le cheval médiateur « *donne un support de relation sur lequel on peut mettre des mots par rapport à ce qui se passe* ». Au sein de l'activité cheval, l'ergothérapeute peut mettre des mots sur ce que l'enfant autiste fait et sur les réactions du cheval. Ces mots permettent de donner du sens aux actions et permet à l'enfant autiste de s'appuyer sur du concret. En effet, rappelons que l'enfant autiste n'a pas d'accès à l'imaginaire. Donner du sens, aux réactions du médiateur, aide l'enfant à prendre conscience de l'altérité et ainsi à enclencher le processus de symbolisation.

Au cours de l'activité cheval, Tom était attentif à l'animal. Il guettait les réactions prenant ainsi conscience de l'existence d'un autre que lui.

- Relationnel

Lorin Reure conclut son étude en affirmant qu'il existe « *une forme de communication primitive* » entre l'enfant autiste et ce médiateur. Ainsi, comme nous le disait la psychomotricienne interviewée, il est moins compliqué pour l'enfant autiste d'établir une relation avec un animal qu'avec un homme. L'animal ne demande rien en retour, il laisse l'enfant expérimenter.

Hormis le dauphin, le cheval est le seul médiateur permettant un holding physique. Ce holding soutiendra celui de l'ergothérapeute. Ce double holding est bénéfique pour l'enfant autiste qui a besoin d'un cadre très sécurisant et d'être dans un contexte de réassurance.

Aussi, en activité cheval, Tom, sourit et gazouille, lorsqu'il est sur le cheval. A cet instant, il est détendu par le bercement des pas. Il est présent, attentif et disponible à toute expérimentation.

Les mouvements du cheval lors du portage (holding) et le handling du thérapeute (qui mis en place pendant le pansage) participent à la conscience corporelle, l'enfant prend conscience des limites de son propre corps et ressent celle de l'autre (le médiateur). Comme le signifiait l'équithérapeute : « *A partir du moment où l'enfant est plus lui même, en tant qu'entité et qu'il peut prendre conscience de l'altérité, ça va lui permettre de créer une relation qui va lui permettre d'être plus autonome au quotidien* ».

- Motricité et sensoriel

En plus d'être animé, ce médiateur est multisensoriel. La chaleur, la douceur, l'odeur, les mouvements du cheval vont mobiliser les sens de l'enfant autiste et permettent l'ancrage affectif. Cette expérience multisensorielle permettra à l'enfant autiste de façonner son image corporelle, de ressentir les limites de son corps et ainsi de prendre conscience de l'altérité.

En activité cheval, la motricité est mobilisée. Au sol, nous pouvons proposer divers exercices de manipulation d'objets en lien avec l'activité (selle, mors, brosse, cure-pied...). Ainsi les préhensions fines et globales peuvent être sollicitées. Lors de la monte, il est possible de travailler les appuis, la dissociation des ceintures, l'équilibre, la coordination bi-manuelle (pour tenir les rênes).

D'après l'analyse des résultats, nous pouvons donc dire que l'activité cheval est globale et complète. Tout peut être travaillé et tout est étroitement lié. Comme le citait Renée De Lubersac : « *Le "toucher" est à l'origine du contact, le contact appelle la caresse, la caresse permet l'attachement, l'attachement déclenche le discours, le discours est ébauche de communication, la communication ouvre la porte à la socialisation.* »²¹

L'activité cheval est une activité structurante, valorisante, elle permet d'expérimenter dans un contexte de réassurance, elle permet la conscience de l'altérité et de l'impact de ses actions sur l'environnement. Tous ces points, contribuent à l'autonomie de l'enfant autiste.

21 CONDORET, Colloque sur l'hippothérapie, décembre 1992.

2) Intérêts

Cette enquête a permis de montrer, par le biais des entretiens, que l'ergothérapeute recherche dans sa prise en charge de développer l'autonomie de l'enfant autiste dans une approche globale.

Les observations ont permis de constater que l'activité cheval est une activité complète qui permet une approche globale et les prises d'initiatives.

3) Limites

L'enquête réalisée m'a permis de constater que, peu d'ergothérapeutes utilisent l'activité cheval dans leur prise en charge. En effet, cette activité est davantage utilisée par des psychomotriciens. Pourtant, l'ergothérapeute a sa place au sein de cette activité.

Rappelons que, l'ergothérapeute utilise le potentiel thérapeutique de l'activité afin de développer les capacités de la personne.

L'activité cheval est une activité signifiante car elle permet une compréhension claire de la situation. Le rôle de l'ergothérapeute est de faire le lien entre la société et la personne afin qu'ils se rencontrent. Le cheval aide à faire ce lien.

De même, au travers l'enquête élaborée, nous pouvons voir que l'activité cheval peut permettre à l'ergothérapeute de travailler les objectifs fixés dans la prise en charge d'enfants autistes.

Nous pouvons donc dire que l'ergothérapeute a sa place dans cette activité.

Nous pouvons également donner une seconde limite à cette enquête. En effet par limite de temps, un seul enfant a pu être observé durant l'enquête.

Conclusion

L'enquête effectuée ainsi que le cadre théorique, nous ont permis de mettre en exergue les bénéfices que peut apporter l'activité cheval dans la prise en charge d'enfants autistes (conscience de soi et de l'autrui, mobilisation de l'attention, prises d'initiatives...) .

Nous avons pu constater qu'en prise en charge ergothérapique, l'utilisation de cette médiation pouvait permettre les prises d'initiatives et donc de développer l'autonomie.

Au vue de ces résultats nous pouvons donc dire que l'hypothèse est validée partiellement. En effet, nous avons pu observer une évolution au niveau des prises d'initiatives, pour un enfant autiste, au sein de l'activité cheval. Cependant, ces résultats sont basés dans le cadre de la recherche effectuée, par le biais d'observations et de témoignages d'expériences professionnelles. Pour que cette hypothèse soit validée totalement, des observations réalisées sur le long terme (au moins 2 ans) et évaluées par des échelles standardisées auraient été nécessaires.

En validant cette hypothèse, dans le cadre de la recherche effectuée, nous pouvons donc apporter une réponse à la problématique et conclure que l'activité cheval peut être utilisée comme moyen thérapeutique par l'ergothérapeute.

Nous avons vu dans les limites de l'enquête que, peu d'ergothérapeutes utilisent l'activité cheval. Il semble pertinent de se questionner davantage sur ce point. De nombreux ergothérapeutes s'intéressent à ce type de médiations mais estiment ne pas avoir suffisamment de connaissances pour les mettre en place. Aussi, afin que l'ergothérapeute exploite au mieux le potentiel thérapeutique de l'activité cheval, il semblerait judicieux d'étudier les médiations animales au sein du programme de formation d'ergothérapie.

Bibliographie

Livres :

- ARBORIO A-M., FOURNIER P., *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Collection 128, Paris, Nathan Université, 1999.
- BEIGER F., *L'enfant et la médiation animale*, Paris, Dunod, 2008.
- BEIGER F., JEAN A., *Autisme et zoothérapie : Communication et apprentissages par la médiation animale*, Paris, Dunod, 2011.
- BELIN B., *Animaux au secours du handicap*, Paris, Harmattan, 2003 [2000], 15-56 p, 64-73 p.
- BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Collection 128, Saint-Jean de Braye, Armand Colin, 2010 [Nathan 1992].
- BOSCHE C., *Atelier Equi-Libre*, Expériences en ergothérapie, Montpellier, Sauramps Médical, 2004, 109-112 p.
- BRUN A., *Médiations thérapeutiques et psychoses infantile*, Paris, Dunod, 2010 [2007], 1-168 p.
- BRUN A., ALLOUCH F., ATTIGUI P., CHOUVIER B., KAES R., LAVALLEE G., LECOURT E., ROUSILLON R, VACHERET C., *Les médiations thérapeutiques*, Eres, 2011, 7-16 p, 27-28 p, 46 p.
- CHOUVIER B., *Les processus psychiques de la médiation*, Paris, Dunod, 2012 [2002], 11-56 p, 81-120 p.
- DECHAMBRE D., *L'indépendance des personnes autistes : un droit*, Expériences en ergothérapie, Montpellier, Sauramps Médical, 2004, 123-126 p.
- FERRARI P., *Que sais-je ? L'autisme infantile*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010 [1999].
- HERNANDEZ H., *Ergothérapie et psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*, Paris, ANFE-Solal, 2007.

- LENOIR P., MALVY J., BODIER-RETHORE C., *L'autisme et les troubles du développement psychologique*, Paris, Masson, 2003.
- MOREL-BRACQ C., *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*, Marseille, ANFE-Solal, 2009, 149-153 p.
- MOTTRON L., *L'autisme : une autre intelligence*, Pierre Mardaga, 2004, 37-44 p.
- PELLETIER-MILET C., *Poneys et chevaux au secours de l'autisme*, Belin, 2010.
- PERRON R., *Que sais-je ? Les enfants inadaptés*, Presses Universitaires de France, 1984 [1972], 110 p.
- WINNICOTT D., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1975 [1971], 21-27 p, 192-203 p.

Dictionnaires et Classifications :

- *American Psychiatric Association – Mini DSM-IV-TR – Critères diagnostiques*, Paris [Washington], Masson [DC], 2004 [2000], 60-65 p.
- CHEVALIER J., CHEERBRANT A., *Dictionnaire des symboles*, Robert Laffont et Jupiter, 1995 [1969].
- *Classification internationale des maladies – CIM 10*, Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations, quatrième édition, 36-40 p.
- *Dictionnaire de psychologie*, Presses Universitaires de France, mars 2008 [1991].
- *Larousse médical*, Larousse, 2006 [1995].
- *Petit Larousse de la psychologie*, Larousse, 2010 [2008].

Témoignages :

- TAMMET D., *Je suis né un jour bleu*, Paris, J'ai Lu, 2009.
- GRANDIN T., *Ma vie d'autiste*, Paris, Odile Jacob, 2000 [1994].

Articles :

- ANSORGE J., SUDRES J-L., *La médiation équine en psychiatrie infanto-juvénile. D'un état des lieux à une étude d'évaluation clinique*, A.N.A.E, volume 24, mai 2012, n° 117, 147-154 p.
- GABRIELS R., AGNEW J., HOLT K., SHOFFNER A., ZHAOXING P., RUZZANO S., CLAYTON G., MESIBOV G., *Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders*, Elsevier, 2011.
- HAMEURY L., DELAVOUS P., TESTE B., LEROY C., GABORIAU J-C., *Equithérapie et Autisme*, Annales médico-psychologiques, 2010, n°168, 655-659p.
- KANNER L., *Autistic Disturbances of affective contact*, Nervous Child, Volume 2, 1943, 217-250 p.
- LORIN DE REURE A., *Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication*, Elsevier Masson, 2009.
- MORIZE V., DECHAMBRE D., SOURD A., MARCATAND S., RANOUX C., *Ergothérapie et autisme*, Ergothérapies, ANFE-Solal, 2009, n°34.
- PIBAROT I., *Dynamique de l'ergothérapie*, Journal d'Ergothérapie, 1978, n°26.
- SERVAIS V., *La relation homme-animal : La relation à l'animal peut-elle devenir significative, donc thérapeutique, dans le traitement des maladies psychiques ? - L'enfant et l'animal*, Enfances et psy, Eres, 2007, n°35, 46-58 p.

Sites internet :

- ROUSILLON R., *Le processus de symbolisation et ses étapes*, <http://www.psychos.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/doc-226.pdf>, consulté le 10 nov 2012.
- *Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) - État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, janvier 2010, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_diaporama_2010-03-24_09-50-0_797.pdf, consulté en oct 2012.

Colloque :

- *Autismes aujourd'hui : prises en charge, recherches et évaluations*, organisé par l'Entraide Universitaire, le 23 dec 2012.

Glossaire

- Contre-transfert : Ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes de l'analyste envers son patient.
- Crise clastique : C'est une des formes possibles de la crise d'agitation. Elle se définit dans un contexte d'hyperexcitation psychomotrice par le bris d'objets comme manifestation violente d'agressivité.
- Développement cognitif : Piaget distingue quatre grands stades de développement successifs, auxquels correspondent des structures cognitives propres : intelligence sensorimotrice (de la naissance à 2 ans) ; stade préopératoire (de 2 à 7 ans) ; stade des opérations concrètes (de 5 à 11 ans) ; stade des opérations abstraites (à partir de 11-12 ans).
- Développement psychomoteur de l'enfant : Il recouvre le développement moteur (acquisition des mouvements, de la coordination) et le développement sensoriel, intellectuel, affectif et social (construction du psychisme) et témoigne de la maturation progressive du système nerveux.
- Dialogue tonique : Le dialogue tonique désigne l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond; il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui est corrélatif.
- Émotion : État particulier d'un organisme survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagné d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales.
- Équithérapie : L'équithérapie est un soin psychique médiatisé par le cheval et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle.

- Hypotonie : Diminution du tonus musculaire, se manifestant par une moindre résistance du muscle à son allongement passif.
- Infirmité Motricité Cérébrale (IMC) : L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale. Elle constitue un trouble moteur non progressif secondaire à un défaut ou une lésion sur un cerveau en maturation.
- Intégration sensorielle : L'intégration sensorielle consiste à agir sur le sens de l'équilibre (le mouvement, l'aplomb), la sensibilité tactile (le toucher) et la sensibilité proprioceptive (les articulations, les ligaments). On tente, par diverses techniques, de stimuler ces sens pour augmenter ou réduire leur sensibilité. Les techniques visent aussi à aider l'enfant à reconnaître les informations sensorielles
- Le Moi (= lieu de l'identité personnelle) : Consciemment accessible mais prenant racine dans l'inconscient, le moi émerge à partir des sensations éprouvées et affirme avec l'usage du je dans la parole. En fonction de son rapport aux autres, il se constitue à travers une série d'identification – compatibles ou non entre elles – à l'image du corps, au sexe, au nom propre, à divers traits empruntés aux êtres et aux objets de son entourage. Tendant à s'unifier pour éviter le morcellement, le moi est confronté aux exigences, dangers et reproches issus de la réalité extérieure, des pulsions internes et des idéaux normatifs ou des commandements du surmoi. Lorsqu'il ne lui est possible ni de les concilier ni de répondre par l'action, il se soumet à des limitations inhibantes, se défend par le refoulement ou bien se clives (divise) en parties séparées. La mise à l'écart de la vérité déplaisante le fait alors apparaître comme instance de censure et foyer de méconnaissance. Pris comme objet d'amour dans le narcissisme, le moi risque de se croire le maître ou d'être captivé par une image souveraine. A l'inverse, traité comme un objet perdu ou rejeté, il est menacé de dépersonnalisation, de réduction à l'anonymat. C'est donc en se déprenant des ces aliénations de sujet, présent à son histoire et averti de l'inconscient, peut en venir à s'articuler autrement.

- Makaton : Le programme Makaton a été mis au point en 1973-74 par Margaret Walker, orthophoniste britannique, pour répondre aux besoins d'un public d'enfants et d'adultes souffrant de troubles d'apprentissage et de la communication. Le MAKATON est un Programme d'Aide à la Communication et au Langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. Les signes et les pictogrammes illustrent l'ensemble des concepts. Ils offrent une représentation visuelle du langage, qui améliore la compréhension et facilite l'expression.
- Personnalité évitante : Qualifie un type de personnalité, individualisé à partir de la classification DSM-IV par une hypersensibilité à l'humiliation, à la honte et au rejet potentiels, une réticence à se lier à autrui et un retrait social malgré un vif désir d'affection et d'approbation. Ce type rejoint en partie celui décrit précédemment sous le terme de névrose d'abandon.
- Personnalité schizoïde : constitution mentale ou mieux, structure de la personnalité aux limites du pathologique, caractérisée par une tendance à l'introversion, l'intériorisation des affects, le repli sur soi pouvant aller jusqu'à l'isolement, la rêverie, l'attrait pour les abstractions.
- Proprioception : Appréciation de la position, de l'équilibre et de ses modifications par le système musculaire, particulièrement lors de la locomotion.
- Psychomotricien : Le psychomotricien est un professionnel de santé au même titre que les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les ergothérapeutes. Il exerce sa profession auprès d'enfants et d'adultes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée. La cause du déficit peut être un trouble psychomoteur à proprement parler mais aussi un tableau plus large où la difficulté perceptivo-motrice n'est alors qu'une partie de la désadaptation.

- **Psychose** : Terme général qui s'applique aux troubles mentaux dans lesquels on note une désorganisation profonde de la personnalité, des altérations du jugement critique et du raisonnement, des troubles de la pensée, des idées et des constructions délirantes, et souvent des perturbations de la perception sensorielle (hallucinations).
- **Schizophrénie** : psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et un repli autistique.
- **Sentiment** : Le sentiment peut concerner des objets internes (le moi) ou externes (la nature) ; d'où un paradoxe : l'expérience du sujet, aussi intime qu'elle soit, le relie à des sources personnelles et à des situations étrangères toutes deux mal connues. La définition du sentiment inclut nécessairement la subjectivité mais n'a de sens qu'en précisant la relation du sujet avec lui-même dans des circonstances particulières : lorsqu'il marque de son sceau la perception, la sensation ou l'action. Les sentiments sont les modes d'insertion des sujets dans l'existence. Dès lors, ils peuvent être décrits selon leurs fonctions et selon leurs dimensions. Dans le premier cas, on distingue des sentiments régulateurs de l'action : leur stabilité assure les conduites sociales, comme la « cristallisation » dans l'amour ; et des sentiments dérégulants, lorsque le sujet devient étranger aux stimulations des circonstances. Dans le second cas, on distingue ceux qui se réfèrent surtout à l'expérience intérieure : l'angoisse, la tristesse, la joie, le narcissisme ; et ceux qui la rapportent à des objets extérieurs : l'amour, la haine, la jalousie. Le sentiment nous fait accéder au monde des valeurs qui peut être étudié scientifiquement selon D.Lagache, mais il ne se réduit pas à la connaissance qu'on en a : F.Alquié note qu'il est un monde commun où s'effectuent nos mouvements, qu'aucun monde objectif ne contient nos douleurs.

- **Snoezelen** : Développé dans les années 1970 par deux jeunes Hollandais (Ad Verhuel et J. Hulsegge), le terme "Snoezelen" est la contraction de Snueffelen (renifler, sentir) et de doezelen (sommoler), que l'on pourrait traduire autour de la notion d'exploration sensorielle et de détente et plaisir. Proposée depuis de nombreuses années dans le cadre du handicap et du polyhandicap, cette approche se développe maintenant dans les secteurs gériatrique et psychiatrique. "Snoezelen" est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable. On y fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher.
- **Stéréotypies** : Répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible.
- **Symbolisme** : Dans une première acception, le symbolisme désigne la propriété qu'ont certains objets (ou certains événements) de pouvoir fonctionner comme symbole. Ce terme est également appliqué aux méthodes qui interprètent les systèmes de croyances, les mythes, les rites, etc. ; dans une perspective symbolique, c'est-à-dire en leur attribuant une signification relative à un système d'un autre niveau, « caché » ou inconscient.
- **Système nerveux central** : Encore appelé névraxe, le système nerveux central (S.N.C) est formé de milliards de neurones (cellules nerveuses) connectés entre eux et d'un tissu de soutien interstitiel (névroglie). Il comprend l'encéphale (cerveau, cervelet, tronc cérébral), protégé par le crâne, et la moelle épinière, long cordon blanchâtre d'environ 40 à 45 cm de long enveloppé dans une gaine méningée et logé dans la colonne vertébrale.
- **Système vestibulaire** : Le système vestibulaire est le système sensoriel principal de la perception du mouvement et de l'orientation par rapport à la verticale. Il est donc à la base du sens de l'équilibre. Les récepteurs sensoriels du système vestibulaire sont situés dans l'oreille interne. Les troubles du système vestibulaire peuvent conduire à des vertiges.

- Transfert : Report de sentiments favorables ou hostiles effectué par l'analysant sur la personne de l'analyste, correspondant à la répétition de situations infantiles.

Annexes

Annexe I: Descriptions cliniques des troubles envahissants du développement

Annexe II : Grille d'entretien

Annexe III : Retranscription entretien Ergothérapeute

Annexe IV : Retranscription entretien Psychomotricienne

Annexe V : Retranscription entretien Ergothérapeute-Equithérapeute

Annexe VI : Grille d'observation

Annexe VII : Présentation clinique de Tom

Annexe I

Descriptions cliniques des troubles envahissants du développement

Ces descriptions cliniques diagnostiques sont tirées du DSM-IV-TR.

1) Trouble autistique (= autisme de Kanner)

Ce trouble se manifeste avant l'âge de 3 ans. Il est caractérisé par une altération des interactions sociales, de la communication et par la présence de troubles du comportement (répétitifs et stéréotypés).

2) Syndrome de Rett

Dans ce syndrome, l'enfant ne présente pas de troubles à la naissance. Seul les filles sont touchées. C'est à 5 mois que les premiers symptômes apparaissent. Entre autre il y a une décélération de la croissance crânienne, une perte des compétences manuelles acquises jusqu'à présent avec apparition de mouvements stéréotypés. Nous observons également une perte de la socialisation, un retard psychomoteur*, une incoordination de la marche et des mouvements du tronc ainsi qu'une altération grave du développement du langage.

3) Trouble désintégratif de l'enfance

Ce trouble est caractérisé par une période de développement tout à fait normale durant les deux premières années de la vie. Les symptômes apparaissent avant l'âge de 10 ans. En quelques mois, il y a alors une perte des performances antérieurement acquises dans plusieurs domaines du développement. Nous observons alors une perte dans au moins deux des domaines suivants : le langage (expressif ou réceptif), les compétences sociales ou comportement adaptatif, le contrôle sphinctérien/vésical/anal, le jeu, les habiletés motrices. De même, deux signes au moins de la symptomatologie autistique doivent être présents.

4) Syndrome d'Asperger

Les troubles sont proches de ceux présents dans l'autisme de Kanner mais ont moins d'impact dans la vie quotidienne. Il n'y a pas d'altération du langage ni de retard dans le développement cognitif. Les personnes atteintes de ce syndrome peuvent être totalement indépendantes mais peuvent se retrouver limitées au niveau du fonctionnement social, professionnel...

5) Autres troubles envahissants du développement non spécifiés (et autisme atypique)

Ces troubles présentent une symptomatologie autistique avec une absence : de troubles envahissants du développement spécifiques, d'une schizophrénie, d'une personnalité schizoïde* ou d'une personnalité évitante*.

Annexe II

Grille d'entretien ergothérapeute/psychomotricien

- 1) Quelle formation avez-vous suivie ?
- 2) Quels sont vos objectifs principaux, en tant qu'ergothérapeute/psychomotricien, dans la prise en charge d'un enfant autiste ?
- 3) Que pensez-vous de l'utilisation de l'activité cheval dans la prise en charge d'enfants autistes ?
- 4) Selon vous, l'activité cheval peut-elle vous permettre d'atteindre vos objectifs ?
- 5) Selon vous, existe t-il une approche spécifique à l'ergothérapeute dans l'utilisation du cheval (par rapport à un psychomotricien, un psychologue, un infirmier..) ? Si oui, pouvez-vous me dire, selon vous, quelle est la spécificité de l'ergothérapeute ?
- 6) Est-ce que l'activité cheval vous semble avoir un impact dans la prise en charge d'enfants autistes ? Si oui, dans quel domaine peut-on observer une évolution ?
- 7) Avez-vous remarqué une différence, dans l'évolution des troubles liés à l'autisme, entre des enfants autistes bénéficiant d'une participation à l'activité cheval et d'enfants n'y participant pas ?
- 8) Avez-vous observé des effets similaires sur l'évolution des troubles liés à l'autisme avec un autre médiateur ?
- 9) (Question posée aux ergothérapeutes) Selon vous l'activité cheval participe t-elle à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste ? Si oui, selon vous quel impact l'activité cheval peut-elle avoir sur la vie quotidienne de l'enfant autiste?

Annexe III

Retranscription entretien Ergothérapeute

Lieu de l'entretien : Dans la salle d'ergothérapie de l'IME. Nous étions installées autour d'une table. L'ergothérapeute est assise face à moi et à la fenêtre, donnant sur l'extérieur (nous sommes au deuxième étage). Je suis installée dos à la fenêtre et face à une vitre, donnant sur le couloir de l'étage, qui est dos à l'ergothérapeute. La salle est calme. Nous ne sommes pas dérangées par les cris des enfants étant donné qu'ils sont en sortie extérieure au moment de l'entretien. Le seul bruit que nous pouvons entendre est celui des voitures passant en contrebas.

Date de l'entretien : Le 6 mars 2013.

Durée de l'entretien : 30 min. Il a débuté à 14h48.

Contenu de l'entretien :

Intervieweur : La première question que je vais vous poser est : quelle formation avez vous suivie?

Ergothérapeute : Alors, formation d'ergothérapie c'est ça ?

Intervieweur : Oui.

Ergothérapeute : Donc **ergothérapeute** et puis après en cours de carrière des formations plus courtes, enfin des formations courtes sur différents thèmes,..., par rapport à l'autisme ?

Intervieweur : Oui notamment...

Ergothérapeute : Bah sur l'autisme, formation sur l'autisme, des formations sur **Makaton**, des formations sur les **psychoses**, ..., j'en ai fait surtout avec l'APF.

Intervieweur : Et la formation sur l'autisme ça consistait en quoi ?

Ergothérapeute : Bah ça redonnait un peu l'historique sur l'autisme, de l'origine jusqu'à maintenant voir tous les changements qui ont pu avoir lieu. Au départ on disait que c'était, la mère qui était, et puis moi quand je suis arrivée ici c'était ça. Il y a peu de temps les mamans étaient très...

Intervieweur : C'était la mère coupable...

Ergothérapeute: Coupable et elles avaient vraiment cette culpabilité c'était impressionnant, elles pleuraient toutes en entretien, c'était très très dur à supporter pour nous. Et petit à petit, donc justement, il y a eu toute cette évolution de dire que, bon, c'était peut être par rapport au cerveau, qu'il y avait eu une malformation au niveau du cerveau qui avait été détectée, après il y a eu plein de choses qui ont été dites et puis maintenant on sait que, voilà, que c'est plus une psychose, c'est plus catalogué comme euh...

Intervieweur : Maintenant c'est considéré comme un trouble envahissant du développement...

Ergothérapeute : Voilà, ils ont vraiment leur propre nomenclature, leur propre description avec des soins appropriés pour eux, bien particuliers. Donc voilà, c'était ça, l'approche qu'on peut avoir avec un autiste, les différentes théories, les différentes personnes qui ont écrit. Ils ont passé des films sur différents cas aussi bien sur des autistes Asperger que sur des autistes très déficients et puis des idées sur ce qu'on peut faire, ce qu'on peut proposer.

Intervieweur : Et c'était une formation pour les ergothérapeutes ou il y avait un peu de tous les professionnels ?

Ergothérapeute : Non c'était ouvert à tous les personnels s'occupant d'enfants autistes. Enfants ou adultes.

Intervieweur : Ok. Et vous, en tant qu'ergothérapeute, quels sont vos objectifs principaux dans la prise en charge d'un enfant autiste ?

Ergothérapeute : Alors les objectifs principaux... Alors, par rapport à notre population qui accueille quand même des enfants déficients profonds et moyens, la première chose qu'on demande c'est de l'**attention**, voilà qu'au moins le **regard puisse être posé**, qu'un minimum de **consignes** puisse être comprises. Donc, ça va être toutes les consignes simples, donne, pose, prend. Donc, voilà, au début, ça va être vraiment des consignes très très simples comme ça, et on va augmenter au fur et à mesure si l'enfant adhère ou pas et puis au niveau des consignes et des **gestes de base** prendre un objet désigné, le poser sur un endroit désigné, empiler, mettre des objets sur des tiges, vraiment des gestes de bases.

Intervieweur : Pour avoir plus tard un transfert des acquis dans la vie quotidienne.

Ergothérapeute : Voilà, et puis que le mot qu'on utilise, quand on dit prend, qu'il comprenne ce que ça veut dire prend, dans quel position on met la main, quand on pose c'est lâcher, c'est ouvrir la main, c'est des choses, c'est un **vocabulaire qui a une signification par rapport aux gestes** qu'on leur apprend. **Quand ils ont les gestes on travaille plus les reconnaissances visuelles, les similitudes, des consignes, essayer de faire par imitation**, de travailler... en fonction de comment le jeune évolue. Il n'y a pas... [rire] quelque chose de fixe pour tous les autistes.

Intervieweur : Et ça fait longtemps que vous travaillez avec des enfants autistes ?

Ergothérapeute : Eh bah ça va faire **20 ans**. Donc depuis que je suis ici. Avec toutes les évolutions au début qu'étaient l'enfant dans sa bulle, l'enfant petit prince, c'était vraiment ça...

Intervieweur : Ne pas le déranger...

Ergothérapeute : [rire] Voilà , accepter leurs stéréotypies, rentrer dedans, les aider, mais surtout être dans le **confort**, le bien être, **éviter les angoisses**, mais pas trop dans l'apprentissage de quoi que ce soit. Après c'est vrai que nous on est plus dans un établissement qui est **comportemental**. On n'est pas du tout dans l'analyse, tout ça, on est plus dans le comportemental. On demande que les jeunes aient un **comportement social le plus adapté possible** aussi bien à l'école qu'à l'extérieur de l'école. Donc après on s'est tourné avec TEACH.

Intervieweur : TEACH oui...

Ergothérapeute : On a eu une **formation sur la méthode TEACH**, donc moi j'ai travaillé par rapport à cette théorie, il y avait toute une liste d'activité à faire, progressive, etc, avec des bilans à faire régulièrement pour voir où en était l'enfant, l'évolution etc...ça je me suis rendue compte que les enfants avaient des connaissances, apprenaient des choses avec moi avec un certain matériel mais ils étaient incapables de généraliser. Donc, c'est vrai que moi ça m'a un peu gênée cette méthode là. Donc après on est parti plus sur une méthode où on essayait de généraliser un maximum, de proposer un maximum d'activité pour que justement....

Intervieweur : Pour transférer les acquis et ne pas rester dans une situation...

Ergothérapeute : Moi j'avais une dinette alors on mettait la table, en apprenant à mettre la table avec une assiette bleue. Mais quand il y avait des assiettes blanches ils arrivaient plus à mettre la table.

Intervieweur : C'était trop ritualisé.

Ergothérapeute : C'était très très automatisé, c'était des automatismes, c'était vraiment très très automatisé et bon mais on a quand même des enfants déficients donc qui ont du mal, justement, à généraliser. Et là, ça les rentrait complètement dans un automatisme sans comprendre quoi que ce soit en fait. En fait, ils faisaient..., c'est...Voilà ont leur disait de faire comme ça mais ils n'en voyaient pas le but, donc moi j'ai...on...a arrêté. Ça me plaisait pas. Donc après, on est parti sur des choses plus généralisées et essayé de travailler plus avec l'équipe aussi. Aussi, de savoir, qu'est ce que chacun travaillait et essayer d'être en accord les uns avec les autres pour faire quoi qu'il soit.

Intervieweur : Et, du coup, les plannings dans les salles sont des restes de la méthode TEACH ? Vous avez

gardé quelques petites choses ?

Ergothérapeute : Non, ça c'est... Ça fait plus penser à ce qu'on peut rencontrer avec des IMC, des pictogrammes en fait.

Intervieweur : Parce que dans la méthode TEACH, j'ai lu qu'on utilisait pas mal les plannings pour les enfants avec des pictogrammes justement.

Ergothérapeute : Mais les pictogrammes, à la base, c'était plus utilisés pour les enfants IMC. Code de Valencé. Je sais pas si tu en as entendu parlé ? [Je fais non de la tête] Voilà, c'est vieux ça... Les codes de Valencé, les différents codes, les premiers codes, en fait qui ont été créés. Le Biz, code Biz aussi. Voilà c'est ces codes là qui...voilà, c'est des pictogrammes qui signifiaient...Donc on est parti de ça, en fait, en essayant de simplifier parce que Biz c'était trop compliqué donc on a pris le Valencé. Donc on a commencé par le Valencé puis on a simplifié, on a arrangé un peu à notre sauce. Voilà. Et puis, après, les petits ont pris les mêmes que nous et puis après, donc, l'établissement a fonctionné avec ces codes. L'EME, en tout cas, fonctionne avec ces codes là. L'instit', en arrivant, aussi, parce que, au début, il y avait pas d'instit'. Donc, quand une instit' est arrivée, elle a mis ces codes de jour, elle. Le lundi, il y a un point. Tout ça... Il y a un code vraiment particulier. Donc, les codes de jours, en fait, c'est l'instit' qui l'a établi. Les couleurs des jours, à la base, c'était parce que on utilisait, on découpait les jours de la semaine. Donc. Je sais plus quel journal de télévision ou télé 7 jours, j'en sais rien. Donc, chaque jour a sa couleur. Comme on utilisait ce journal là, euh, voilà, on avait appris les couleurs, à la base, c'était parti comme ça. Et puis, c'est resté, et puis, on a...voilà. Voilà, on a rajouté en plus le code de l'instit'. Donc, on a appris. Au début, c'était un peu bidouillé. Et puis, après, quand on a fait Makaton... Bah voilà, maintenant, tous les pictogrammes ont été changés depuis, donc, 3 ans et puis on utilise vraiment les pictogrammes Makaton.

Intervieweur : D'accord. Sinon, qu'est ce que vous pensez de l'utilisation de l'activité cheval de la prise en charge d'enfants autistes ?

Ergothérapeute : Bah moi, au départ... On avait tenté le cheval parce que on s'était dit que c'était un bon moyen pour les faire réagir parce que un cheval c'est gros. Quand on est dessus, on est obligé d'être attentif parce qu'il faut forcément se maintenir. Ça va les obliger à être attentif. Voilà. A les sortir de leurs stéréotypies. Et d'être vraiment présent et dans l'action et voilà. Voilà, moi c'était ça qui m'intéressait le plus. En plus, moi j'avais fait pas mal de transferts en équitation avec des jeunes. L'activité, s'était super bien passé. Des jeunes qui étaient assez brusques dans leurs gestes et qui étaient devenus beaucoup plus doux en contact du cheval. Et puis, je me suis dit puisque il y a cette différence de comportement pourquoi pas avec des enfants autistes ? Qu'est ce que ça peut donner ? Donc, on a lancé l'activité. Et c'est vrai que, c'est assez étonnant quand même. Parce que, d'abord, il y a le contact quand on prépare le cheval, quand on le brosse. Donc, il y a tout ce toucher, cette odeur qui est...

Intervieweur : Donc, ça facilite l'entrée en relation...

Ergothérapeute : Donc, voilà, pas trop avec nous. Mais en tout cas, entre le cheval et les jeunes, voilà, il se passe des choses parce que ils reconnaissent très bien. Comme B**** et J***** reconnaissent très bien leur cheval Caramel, elles savent que c'est lui et que c'est pas un autre. Bon, M*****, elle, sait très bien que c'est un petit. Elle ne va jamais vers Caramel au premier abord. Elle va d'abord préparer le sien. Donc, pour des enfants qui ont l'impression de.... Qui sont complètement largués, là, franchement, ils sont voilà....On se rend compte qu'il y a quand même des choses qui sont perçues.

Intervieweur : Il y a un lien qui s'est créé....

Ergothérapeute : Des liens qui se créent et que voilà...., ils reconnaissent et que voilà, ils sont quand même présents et partis prenants de l'activité. Ils ne sont pas passifs. Au niveau du regard c'est assez intéressant.

Intervieweur : Et donc, pour vous, d'après ce que vous m'avez dit, l'activité cheval, permet de répondre à vos objectifs que vous fixez en tant qu'ergothérapeute ?

Ergothérapeute : Alors, pas toujours, [rire], parce que c'est vrai que nos objectifs c'était aussi au niveau... de l'autonomie. Moi j'aurais bien voulu qu'ils soient un peu plus autonomes. Et en fait, bon, ils ont toujours besoin de l'aide, du soutien de la personne. Ils vont pas prendre par eux mêmes les brosses, il faut leur dire de

chercher la brosse, même si ils sont présents, ils vont pas la chercher tout seuls. Il faut quand même pas mal les guider, mais c'est vrai que, par rapport à la monte du cheval, maintenant, ils montent pratiquement tous tout seul. On a plus besoin de les porter pour les mettre dessus. Ils ont compris qu'il faut pousser... Puis quand c'est fini, quand le cheval s'arrête, ils savent que c'est fini et ils sont prêts à se redresser eux mêmes. Donc, voilà, il y a quand même une petite autonomie à ce niveau là qu'ils n'avaient pas du tout au départ.

Intervieweur : Ça vous prend combien de temps ? Les premiers signes d'autonomie ?

Ergothérapeute : Y'en a que deux depuis cette année, les autres ils en ont déjà fait l'année dernière. Donc, il a bien fallu attendre, moi je dirais bien jusqu'à trois/quatre mois avant que, vraiment, il y ait quelque chose qui se...

Intervieweur : Qu'il y ait des résultats...

Ergothérapeute : Oui, oui, qu'il y ait des résultats, qu'il y ait vraiment une compréhension, enfin, plus, voilà, il se passe quelque chose de spontané. Voilà.

Intervieweur : Et, selon vous, est ce qu'il existe une approche spécifique à l'ergothérapeute dans l'utilisation du cheval, par exemple, par rapport à un psychomotricien qui pourrait l'utiliser, un infirmier..., parfois il y a des kinés qui utilisent le cheval. Selon vous c'est quoi la spécificité de l'ergo ?

Ergothérapeute : Par rapport au cheval ?

Intervieweur : Oui. Qu'est ce qu'il recherche le plus ?

Ergothérapeute : Bah moi, en tant qu'ergothérapeute, ce que je cherche c'est aussi par rapport à la statique, au travail du tronc, enfin voilà. Mais par rapport à un autiste, par rapport à l'ergo, c'est vraiment que l'enfant soit présent, conscient des changements de position qui font qu'il s'adapte aux changements de position, que c'est plus dans la globalité du corps en fait. D'être, de serrer les cuisses, d'être bien droit, enfin bon, quand le cheval part un petit peu au trot, bah certains c'est automatique hop ils se mettent en arrière, enfin, il y a des tenues qui s'adaptent en fonction de.... Donc moi, c'est plus une adaptation générale du corps dans une situation donnée, voilà, être capable de...

Intervieweur : D'accord. Et, pour vous, c'est quoi alors le rôle de la psychomotricienne ?

Ergothérapeute : Bah c'est très lié franchement. Par rapport au cheval, je pense que la psychomotricité et l'ergo sont assez liés mais c'est vrai que, elle, elle cherche aussi à travailler... Elle, c'est plus l'enveloppe corporelle. Mais voilà, d'avoir un ressenti de son enveloppe corporelle.

Intervieweur : C'est plus une recherche sensorielle...

Ergothérapeute : Plus sensoriel... En ergo on travaille pas mal le sensoriel aussi par rapport au toucher, par rapport à tout ça. Nous, moi, je pense que c'est plus une sensation globale au niveau ergo. La psychomotricité, c'est plus, c'est dans la globalité aussi mais peut être plus par rapport au schéma corporel, plus par rapport à quelque chose de... Moi j'attends aussi qu'ils soient capables de mettre une selle sur le dos du cheval...

Intervieweur : Qu'ils soient un peu autonomes...

Ergothérapeute : Plus dans une globalité d'action alors que la psychomot c'est plus dans le ressenti corporel. Moi, en tant qu'ergo je vois plus que...

Intervieweur : Que l'enfant essaie de faire un peu seul au maximum. De faire en fonction de ses capacités.

Ergothérapeute : Voilà, l'autonomie en fonction de ses capacités. Qu'il est capable d'aller chercher son sceau avec les brosses. Maintenant, ils savent où ça se situe, donc voilà, qu'ils aillent le chercher, qu'ils l'amènent à l'endroit où il faut l'emmener. Qu'ils arrivent à être à l'aise dans un environnement, qu'ils fassent des choses logiques dans cet environnement là. Qu'ils aient un comportement social qui soit adapté. Si ils veulent aller faire pipi, qu'ils demandent, qu'ils ne fassent pas sur eux...

Intervieweur : Qu'ils prennent ces **petites initiatives** là...

Ergothérapeute : **Dans un autre univers que celui de l'école**, voilà. Qu'ils sachent... Donc, oui, en ergo c'est plus voilà. C'est pour ça que je parle de globalité, c'est plus quelque chose comme ça alors que en **psychomot, elle recherche, je pense, plus le bien-être corporel, la sensation du corps**. Voilà. Qu'est ce que ça fait quand ça tangué ? Qu'est ce que ça fait comme sensation quand on monte sur un cheval ? Tu vois ? Par rapport au **ressenti corporel...**

Intervieweur : Oui. Comment il se situe par rapport à son corps...

Ergothérapeute : Et puis, qu'est ce qu'il ressent ? Sur quoi il faut qu'il... Sur quelle jambe il appuie ? Pourquoi il sent plus une jambe que l'autre ? Au début, quand ils ont monté à cheval, c'était surtout ça, parce que ils n'y arrivaient pas. Ils étaient tous avec des marches. Y'en avaient aucun qui montaient tout seuls. Et, en fait, on leur mettait le pied sur l'étrier et ils appuyaient sur les deux jambes. Ils n'arrivaient pas à dissocier. Enfin, ça, tu vois, c'est plus la psychomot ça, ce travail là. De faire ressentir qu'il faut appuyer sur une jambe et que l'autre, par contre, il faut qu'elle soit détendue et qu'elle passe de l'autre côté. Alors, y'en a une qui est raide, l'autre, il faut qu'elle passe... Plus la dissociation des...

Intervieweur : Des ceintures...

Ergothérapeute : Des ceintures. Une jambe fait pas la même chose que l'autre, voilà, que les bras doivent tenir les rennes et que ils sont pas...Voilà, tu vois, chaque chose doit être à sa place. Donc, là, c'est plus un **travail comme ça, analytique, un peu du ressenti** de ce qui est en tension, de ce qui est en relâché. Voilà. Ça, c'est plus, je pense, la psychomot ou kiné qui pourrait, peut être, faire ce travail là. **Ergo, je trouve que c'est plus une démarche... Dans tout l'ensemble de l'activité.**

Intervieweur : D'accord. Et donc, avec cette activité cheval, est ce que vous avez remarqué des effets par rapport aux enfants autistes ? Une évolution ?

Ergothérapeute : Alors, est ce que il y a une évolution ? Par rapport aux enfants autistes, **ils ont tous évolué entre les premiers temps où ils étaient pas forcément craintifs**, mais bon, à se demander, voilà, ce que c'était cet endroit. Y'avait du **bruit**, des pigeons qui volent au ras du crâne, enfin bon, c'est pas forcément évident... Des bruits, voilà, des choses qui font du bruit et puis après **ils ont appris à reconnaître leurs chevaux**. De voir un peu comment on faisait le tour de la carrière à cheval. Voilà, l'**exploration** c'était toujours un peu la même. Donc voilà, ils avaient, ils ont pris leurs repères. Par rapport, voilà, à savoir qu'on peut monter dessus sans forcément passer de l'autre côté, voilà, sans se faire mal. Donc, ils ont moins besoin d'aide. Donc, voilà pour monter à cheval que au départ... Ils ont pris leurs... Voilà. Ils savent qu'il faut monter haut la jambe pour la croupe et soulever pour y arriver. **Ils ont pris plus d'assurance** et...

Intervieweur : Est-ce qu'il y a un domaine où ça se voit le plus ? Par rapport à, par exemple, je sais pas, au comportement ou si c'est plutôt sur le plan moteur ou le plan cognitif ?

Ergothérapeute : **Pas sur le plan moteur**, parce que ils n'avaient **pas de problème moteur a priori**, donc, on ne cherchait pas un gain d'amplitude ou quoi que ce soit. Au niveau moteur, non franchement, à part le fait que, voilà, maintenant, il suffirait qu'ils comprennent ce qu'on leur demandait. Voilà, la jambe, ils étaient capables de la monter parce que, au départ, ça leur faisait peur et ça leur faisait haut. Ce n'est pas un geste habituel. Ça fait vraiment tirer la jambe vers le haut. Donc, ce n'était pas habituel pour eux. Donc, au début, ils n'avaient pas trop envie, bon, maintenant ils le font. L'évolution c'est plus... C'est quoi ta question ?

Intervieweur : Dans quel domaine on a remarqué le plus d'évolution ? C'est plutôt le comportement...

Ergothérapeute : **C'est plus au niveau de l'attitude par rapport au cheval. Dans la relation avec le cheval.**

Intervieweur : D'accord. Et, est ce que, du coup, ça c'est étendu à la relation à l'autre ?

Ergothérapeute : **Non**, par contre ça... Voilà, on a beaucoup de mal par rapport à ça. Moi, je m'attendais à plus de... Parce que y'en a un qui est sur le cheval et un autre qui le conduit, je pensais qu'il y aurait plus de relation les uns avec les autres. Et, en fait, ils sont vraiment chacun dans leur...Y'a pas de dia....Enfin y'a pas de... Enfin ils ne parlent pas non plus.... Y'a pas de bruit, y'a pas de remarque. Tu vois.

Intervieweur : D'échange.

Ergothérapeute : D'échange même....

Intervieweur : Même non verbal.

Ergothérapeute : **Même non verbal, entre eux y'a pas beaucoup de...** Ils ne se passent pas la brosse. Ils vont chercher la leur, ils vont la ranger mais ils vont pas la passer à quelqu'un d'autre. Ils vont pas ranger celle de l'autre. Enfin, bon, à **ce niveau là c'est là où il y a le moins d'évolution**. Moins de changement par rapport au début.

Intervieweur : Y'a pas d'échange entre eux. Mais, est ce qu'il y a un échange entre l'enfant autiste et les encadrants ? Par exemple avec la monitrice d'équitation, avec vous, la psychomot ?

Ergothérapeute : La monitrice, elle a changé cette année. Elle est récente. Je pense qu'ils la connaissent parce que, quand ils la voient arriver, **ils la reconnaissent**, ils savent que c'est elle qui est notre monitrice. Voilà. Ils l'ont repérée, elle. Donc, ils s'avancent vers elle. Voilà, ils sont pas à lui dire bonjour, à lui sauter dans les bras mais y'a voilà ils la reconnaissent. **Ils savent que c'est elle et quand elle leur parle ils répondent**. Comme M****, au début, quand on lui disait viens mettre la bride, M**** elle y va et elle met la bride. Voilà, elle s'approche. **Elle est toujours avec des yeux comme ça pour la regarder faire...Enfin, bon, on sent que voilà elle fait parti de l'activité**. Mais y'a pas de... Non plus... A part D****, parce que, D**** parle et qu'il n'est pas autiste. Mais, par rapport aux enfants autistes, non, franchement, **au niveau des échanges, non**.

Intervieweur : Ok. Et, est ce que vous avez remarqué une différence dans l'évolution des troubles entre des enfants autistes qui ont participé à l'activité cheval et d'autres enfants qui n'ont pas pu participer à cette activité ? Est ce qu'il y a une différence dans l'évolution ?

Ergothérapeute : **Non. J'ai pas beaucoup de recul non plus**. Parce que là, ça fait **un an et demi qu'elle existe cette activité**. Il n'y a pas non plus un recul énorme mais en tout cas, moi, j'ai remarqué que, quand les enfants autistes étaient bien, bah ça **se passait très bien à l'équitation comme ça se passait très bien à l'école**. Et, quand ils étaient pas bien à l'école ça se passait pas bien à l'équitation.

Intervieweur : Oui, il n'y a pas de différence.

Ergothérapeute : Quand ils sont angoissés, qu'il y a quelque chose qui ne va pas, ça se ressent aussi bien à l'équitation que...J****, elle, est restée deux séances à l'équitation sans monter à cheval parce que ça n'allait pas entre autre et elle était mal aussi à l'école. Donc il n'y a pas eu...Non. Je pense pas que ça...Je pense pas que. Il faut pas s'attendre à un soin ou à quelque chose de curatif. Je pense que c'est plus un bien-être, un moment où, voilà, ils sont bien, ils sont contents. On **y trouve un plaisir**. Voilà.

Intervieweur : Ok

Ergothérapeute : Qu'il n'y ait **pas de source d'angoisse** parce que ils sont quand même angoissés. Voilà, moi je trouve que c'est un moment qui ne doit pas être source d'angoisse, où **ils peuvent se révéler eux même**.

Intervieweur : Expérimenter...

Ergothérapeute : **Expérimenter**, voilà. Etre bien, voilà. En gros, voilà. Si déjà on arrive à ça c'est pas mal quoi.

Intervieweur : D'accord. Et, vous m'avez parlé des évolutions par rapport à la relation avec le cheval, par rapport aux comportements. Est-ce que vous avez remarqué les mêmes effets avec un autre médiateur ? Par exemple, Snoezelen ou autre ?

Ergothérapeute : Le **relâchement oui, on peut l'avoir chez Snoezelen**. Mais c'est beaucoup moins riche, enfin, c'est moins riche, c'est pas ça, mais c'est pas pareil. Parce que, en fait, Snoezelen c'est vraiment dans les sensations, dans les stimulations. Ils sont moins dans le moteur.

Intervieweur : Dans l'actif.

Ergothérapeute: Voilà. Ils sont actifs. Ils peuvent choisir ce qu'ils veulent, ils choisissent le tapis ou ils choisissent la colonne à bulle. Enfin bon, ils bougent quoi. Je veux dire, ils sont pas non plus assis sur un tapis. Mais c'est moins dans les... Alors que quand on monte à cheval, bah, faut appuyer sur la jambe. Voilà. C'est plus tonique. Voilà. L'équitation est plus tonique que Snoezelen qui est plus dans la douceur. Enfin voilà. Dans la relaxation, dans la détente. Voilà, qui est plus zen quoi.

Intervieweur : Avec le cheval on agit avec le cheval, alors que Snoezelen c'est plus comme vous dites du bien-être.

Ergothérapeute : Enfin, c'est plus des sensations. Voilà, de vue, de cou... Enfin voilà, c'est des couleurs, des odeurs, c'est des matelas à eau, enfin c'est très... Tout est en douceur, je trouve. Voilà. Alors que, l'équitation, c'est pas forcément en douceur.

Intervieweur : Et Snoezelen c'est un milieu fermé aussi alors qu'en équitation on est dans un environnement particulier...

Ergothérapeute : C'est vrai qu'il est plus grand. Le manège est plus grand. Nous, on est jamais allé se promener dans la nature. On est toujours resté dans un manège. Donc, on a quand même un milieu qui est quand même un peu... C'est deux démarches différentes, je pense. C'est pas trop difficile à les mettre en opposition. Tu cherches différentes choses par rapport à...

Intervieweur : Et, selon vous est-ce que l'activité cheval peut participer à favoriser l'autonomie et l'indépendance de l'enfant autiste ?

Ergothérapeute : Oui, parce que ça lui apprend, voilà. Si, si au niveau de l'autonomie c'est ce qu'on essaye nous à arriver...

Intervieweur : En tant qu'ergo...

Ergothérapeute : Oui, il y a des enfants qui sont en plus, qui sont pas que des autistes. Ils ont aussi une déficience importante. Donc on a, voilà. Il faut attendre assez longtemps avant de voir un résultat [en écho]. C'est pas en un an qu'on verra une autonomie vraiment se faire. En plus, on y va une fois par semaine, quand il n'y a pas de vacances, il y a des espaces. Dans l'année, ça fait pas tant que ça qu'on y va. Donc, je pense, que c'est sur une plus longue durée, peut être sur deux ans. Peut être qu'à la fin, dans bientôt, ils vont se mettre vraiment à... voilà. Avant ils ne brossaient pas les chevaux tout seuls.

Intervieweur : C'est petit à petit.

Ergothérapeute : Voilà, petit à petit. C'est très lent. Donc, on arrive à une certaine... Je pense qu'on peut y arriver. Mais c'est vrai qu'il faut être... Il faut pas faire ça en six mois, c'est pas la peine.

Intervieweur : C'est sûr que, moi, j'ai lu des études qui ont été faites là dessus, des articles. Et, ils disaient que les premiers résultats qu'ils avaient, des vrais résultats concrets, c'était plutôt au bout de trois ans...

Ergothérapeute : Oui, voilà. Tu vois. On n'en est pas encore là quoi. Avec plus de recul pourquoi pas. En un an et demi, franchement, c'est pas encore, c'est là que ça pêche le plus l'autonomie. Bien que, franchement, ils ont fait des progrès. Ils brossent seuls maintenant. Tu n'es plus obligé de prendre leur main et brosser. Ils ont compris que, voilà, dès qu'ils voient de la paille, bah voilà, il faut qu'il l'enlève dans les crins. Donc, voilà, ça c'est des choses qu'ils peuvent faire tout seuls. Monter à cheval, maintenant, ils montent pratiquement tous tout seuls. Et puis ils descendent aussi tout seuls. Donc, il y a quand même des petites choses qui ont progressé, je suis peu... Je ne suis pas complètement négative par rapport à l'autonomie. Mais je pensais que ça aurait été plus...

Intervieweur : Plus flagrant...

Ergothérapeute : Plus flagrant, voilà. Et plus rapide que ce que c'est quoi.

Intervieweur : Et, du coup, ça apporte un petit peu d'autonomie mais petit à petit. Est-ce que, je ne sais pas, vous, vous pouvez voir directement si ça a un impact sur les activités de la vie quotidienne ? Est-ce qu'il y a des retours des parents ?

Ergothérapeute : Bah, les parents sont tous partis prenants parce que c'est payant. Il faut qu'ils participent financièrement. Donc, ils sont tous d'accord pour que ça se fasse. Donc on leur a demandé leur avis etc... Ils étaient tous partants. Faire des photos, ils mettent des photos dans les journaux, qu'ils font en fin de semaine. Donc, voilà, ils voient un petit peu comment ça se passe. Ils nous demandent aussi en général comment... Donc, je pense que là... Les familles sont assez contentes qu'on fasse cette activité là et je pense que c'est de bon cœur qu'ils donnent de l'argent. Ce n'est pas contraint, ce n'est pas forcé. Parce que ça fait parti d'un projet de l'étage.

Intervieweur : Et, ils n'ont pas remarqué de transferts d'acquis ? Par exemple, l'enfant qui va décider de faire une chose seul ? Des prises d'initiatives, par exemple ? Depuis qu'ils ont commencé cette activité.

Ergothérapeute : Je ne pense pas que ce soit l'activité cheval, je pense que c'est dans la généralité. Toute la journée, à l'école, on leur demande des choses, et que petit à petit, voilà, ça va venir. On peut pas dire que ce soit l'activité cheval qui va donner le starter à tout ça quoi.

Intervieweur : ça se fait en participation...

Ergothérapeute : Tout a fait. C'est un tout. Tout un projet d'étage. De la façon dont on travaille. Donc, nous, on est très comportemental. Donc, de toute façon tout au long de la journée, ils vont avoir...

Intervieweur : Ils sont stimulés...

Ergothérapeute : Ils sont stimulés. Pour faire certaines choses, pour faire comme il faut. Dans les règles qu'on leur demande. Donc, voilà. Ils ont aussi, quand ils vont faire des sorties extérieures... Bon, d'avoir un comportement social adapté. Quand on va à l'équitation, on leur demande d'avoir un comportement social adapté aussi. Voilà, c'est dans la continuité de ce qu'on propose et du projet qui se retrouve dans tout ce qu'on leur propose.

Intervieweur : Les parents, du coup, ne s'attendent pas non plus à une solution miracle.

Ergothérapeute : Non. Ah non.

Intervieweur : Ils sont pas...

Ergothérapeute: Non, je ne pense pas que cela soit ça. Que ça déclenche non, non.

Intervieweur : Ok.

Ergothérapeute : Non, moi, je pense qu'ils sont contents de voir sur les photos des gamins qui ont des super grands sourires et qui sont bien. Cela leur fait super plaisir.

Intervieweur : Ils sont détendus.

Ergothérapeute : Voilà. Et, c'est vrai. Franchement, c'est vraiment ce que je recherche. Que ce soit vraiment plaisant pour eux, pour nous. Que cela soit un moment. Voilà. Qu'ils puissent révéler leurs capacités qu'ils ont envie de nous montrer et puis surtout qu'ils soient bien quoi.

Intervieweur : D'accord. Bon, voilà. Je n'ai plus de questions. Merci beaucoup de m'avoir accordé du temps pour cet entretien.

Ergothérapeute : Il n'y a pas de quoi.

Annexe IV

Retranscription entretien Psychomotricienne

Lieu de l'entretien : Dans la salle de psychomotricité de l'IME qui est situé au sous-sol. La psychomotricienne est assise sur une chaise. Je suis assise en face d'elle sur un pouf. Elle est donc assise plus en hauteur que moi. Il n'y a pas de table entre nous. La salle est calme.

Date de l'entretien : Le 28 mars 2013. Il a débuté à 14h19.

Durée de l'entretien : 35 min.

Contenu de l'entretien :

Intervieweur : Donc, déjà, je voulais savoir quelle formation vous avez suivi ?

Psychomotricienne : Euh, alors, j'ai un **diplôme d'État de psychomotricité** donc, du coup, c'est une formation en trois ans. Au bout duquel il y a un mémoire. Et du coup, c'est la seule formation que j'ai eue, enfin, y'a pas de formation spécifique, on voit un peu toutes les pathologies dans la formation de psychomotricité. On a des stages un peu dans différents milieux. Mais voilà c'est on... essaie de faire un peu le tour de toutes les pathologies donc y'a pas une en particulier où on est formé spécialement. Donc du coup à part mon diplôme d'État...

Intervieweur : Et après en tant que professionnelle vous avez fait des formations en interne ?

Psychomotricienne : Oui, alors, des petites formations, j'ai fait **Makaton** pour tout ce qui est communication, j'ai fait une formation sur tout ce qui est **stimulation basale**. Ça rappelle un peu la psychomotricité. C'est une façon d'entrer en relation avec les personnes en situation de handicap et voilà d'interagir avec elle, on leur offre toutes sortes de stimulation.

Intervieweur : Plus basée sur le sensoriel...

Psychomotricienne : Voilà ouais. Sur le sensoriel essentiellement. Voilà, j'ai fait ça, et des **formations sur la famille comme allié thérapeutique**. **Des formations sur les différentes cultures**, voilà, parce que du coup on a beaucoup d'enfants de cultures très différentes et c'est pas toujours facile de faire, de savoir, un peu tout ce qui est culturel et ce qui est du ressort du handicap, voilà, il y a des choses qui culturellement sont compliquées et nous quand on sait pas trop, bah, c'est difficile de faire la différence. Après je crois que c'est tout.

Intervieweur : Et après vous allez partir avec l'autre psychomotricien c'est ça ?

Psychomotricienne : Oui quatre mois en tout. Donc, ça fait deux mois d'absence ici ,euh non trois mois d'absence ici, **on part en mission humanitaire, au Vietnam**, où, là-bas, on va être dans une école avec des enfants handicapés qui sont encadrés par les institutrices. Et donc, les missions ça va être d'essayer de **« former » les institutrices et de les sensibiliser aux différents handicaps** qu'il peut y avoir parce que du coup c'est tout mélangé.

Intervieweur : Aussi bien moteur...

Psychomotricienne : Ouais, vraiment de tout, comportemental, sensoriel, moteur, c'est vraiment tout mélangé, on va là **pour faire de la prévention, faire de la formation. Voilà, donner des pistes de prise en charge plus adaptée au handicap**. Donc, moi je suis diplômée depuis 2008, donc au final j'ai pas beaucoup de... Enfin, voilà, je suis une jeune diplômée. **Avant je travaillais avec des adultes** dans un centre d'accueil de jour, d'adultes qui ne peuvent pas aller en **ESAT** ou qui sont allés en ESAT et qui peuvent pas suivre le rythme. Et puis après, je suis arrivée ici. **Donc ça va faire quatre ans.**

Intervieweur : Et je voulais savoir, quels sont vos objectifs principaux en tant que psychomotricienne dans la prise en charge d'enfants autistes ?

Psychomotricienne : Alors, parce que, du coup, ici, on n'a pas non plus beaucoup d'autistes. Il y a beaucoup de... Il y a beaucoup de troubles autistiques aussi, des enfants qui ont des troubles de la relation. Voilà, donc les objectifs en psychomotricité c'est, tout d'abord, d'**avoir un abord corporel** parce que nous, on est spécialisé dans le corps. On prend en charge les enfants par l'intermédiaire du corps. Et donc, du coup, ça va être de leur apporter le plus de stimulations possibles pour qu'ils **ressentent un corps unifié**. Parce que leur problématique, c'est d'avoir un peu un corps morcelé. De ne pas avoir une continuité dans leur corps. et nous, on vient là, pour essayer de leur **donner cette contenance**, de **rassembler un peu toutes les parties qui sont vécues très indépendamment** et ça se passe par les stimulations sensorielles pures et dures. Voilà, c'est des **stimulations vibratoires**, du **somatique** avec les massages, **vestibulaire** avec les gros ballons, avec les balancements et tout. Par aussi des jeux moteurs, voilà, **utiliser son corps de façon plus appropriée**. C'est quand même un niveau au-dessus parce que, voilà, on passe déjà par le vécu corporel pour ensuite utiliser... Donc ça c'est, avec les autistes, et puis, bien sûr, essayé de **nouer une relation**, voilà, **être bien présent**, essayer de faire les choses qui sont en individuel. Donc, c'est quand même compliqué et c'est dans ces moments-là qu'on peut mieux travailler avec eux. Parce que, dans les groupes éducatifs il y a quand même la contrainte du groupe. Là, c'est vraiment l'occasion d'être vraiment avec eux et de **travailler ce relationnel qui peut être mis en place**. Déjà, **prendre conscience de l'autre** parce que déjà on passe par le corps pour qu'il prenne conscience d'eux mêmes pour ensuite aller vers l'autre. Donc, voilà, les objectifs principaux. La conscience de **soi-même, la conscience de l'autre** et puis l'**interaction entre soi et l'autre** et puis on essaie d'emmener au maximum d'informations extérieures voilà essayer de, d'**aller à la rencontre avec son environnement**. D'**être le plus présent possible** en tout cas essayer de sortir de ce monde...

Intervieweur : Et de ressentir son corps...

Psychomotricienne : Ouais voilà.

Intervieweur : Et, du coup qu'est-ce que vous pensez de l'utilisation de l'activité cheval avec des enfants autistes ?

Psychomotricienne : Bon, du coup, c'est **un bon médiateur** on va dire parce que ça **regroupe un peu tous les objectifs** voilà, c'est, il y a **beaucoup d'informations sensorielles et corporelles**. Ils sont obligés d'être un peu **acteurs** et donc d'être **présents** à ce qui se passe et puis, c'est la rencontre avec l'autre. C'est peut-être **moins compliqué de rentrer en contact avec un animal** qui demande moins d'efforts que nous...

Intervieweur : Moins de retour ...

Psychomotricienne : Ouais voilà, c'est quand même très compliqué, je pense, de répondre à ce que nous, professionnel, adultes, nous pouvons leur demander. Il **y a un peu de distance**, mais voilà, il y a quand même quelqu'un en face...

Intervieweur : Il y a quand même du lien...

Psychomotricienne : Donc voilà, je pense **qu'on voit quand même des évolutions**. Ils **s'intéressent à l'animal**. C'est quelque chose qui leur **fait plaisir**. Ils sont **acteurs** de ce qu'ils font.

Intervieweur : Du coup, ma question d'après, c'était que l'activité cheval, selon vous, est-ce qu'elle vous permet de répondre à vos objectifs ?

Psychomotricienne : Oui, après c'est vrai que **ça prend du temps**. Et, voilà, c'est vrai qu'il faut être attentif, parce que il y a plein de changement. Parce que les enfants autistes c'est un tout ; s'il y a quelque chose qui se passe pas bien dans leur entourage ça va se répercuter sur la prise en charge. Mais, dans l'ensemble ils **évoluent quand même positivement**. Alors, pour le coup, moi, j'ai jamais eu J**** en individuelle, donc, j'ai pas non plus beaucoup de retour par apport à elle mais B****, je la sens, quand même, **plus à l'aise à l'équitation que quand on est en individuel**. Voilà, même si ça reste compliqué pour elle mais, elle est quand même plus présente...

Intervieweur : Oui elle semble quand même intéressée par le cheval...

Psychomotricienne : Oui, voilà, que, en individuel, c'est vraiment très compliqué, j'existe pas quelque soit ce que je peux faire. Si il y a du lien si.. Elle sort un peu de son monde.

Intervieweur : Selon vous est-ce que, il existe une approche spécifique à l'ergothérapeute dans l'utilisation de l'activité cheval, parce que vous me parlez beaucoup de la psychomotricité et pour vous c'est quoi le domaine de l'ergothérapie dans cette activité ?

Psychomotricienne : Bonne question !!!

Intervieweur : Oui justement je veux connaître le point de vue de l'autre...

Psychomotricienne : [rire] Bah je sais pas. Je pense que, ça va être tout ce qui est positionnement enfin, après, on est tous les deux... Enfin, je pense, que l'ergothérapie et la psychomotricité ce sont deux métiers qui **créent du lien**. Enfin, voilà, auprès des enfants autistes, c'est essentiellement ce qu'on recherche voilà, la relation, qu'ils soient plus présents...

Intervieweur : Selon vous, vous vous accrochez plus à quoi et l'ergothérapeute s'attache plus à quoi ?

Psychomotricienne : Alors, moi, je sais à quoi je m'accroche plus mais alors l'ergothérapeute. Moi, voilà, ça va être qu'ils prennent plaisir à être avec l'animal et que, voilà, qu'ils fassent des choses de leur propre initiative. Au fur et à mesure que ça ne devienne plus un automatisme de ce qu'on leur demande mais plus... Même d'avoir envie d'être avec l'animal de le brosser. Voilà, ergothérapeute... [Rire] Ça c'est une question piège ?

Intervieweur : Non.[rire] Déjà, J*** (l'ergothérapeute), pense que les psychomotriciens ont plus une approche sensorielle de l'activité et ,elle, elle pense qu'elle a une autre approche...

Psychomotricienne : Oui je dirai plus... **Je sais pas...** Peut-être tout ce qui est plus... Vraiment je sais pas. J'ai un peu du mal à voir pour elle, moi, oui, effectivement, je sais pourquoi je suis là mais... C'est compliqué.

Intervieweur : OK. Est-ce que, pour vous, l'activité cheval, le fait qu'on la propose à un enfant autiste, ça a un impact dans la prise en charge ?

Psychomotricienne : Est-ce que... ?

Intervieweur : Est-ce que cela a permis une évolution de proposer à un enfant autiste l'activité cheval ?

Psychomotricienne : Une évolution pour l'enfant autiste ?

Intervieweur : Oui.

Psychomotricienne : **Oui**, du coup, je crois qu'on en a déjà parlé plus haut mais oui enfin...

Intervieweur: Je voulais savoir, ça serait plutôt dans quel domaine l'évolution qu'on remarque, c'est plutôt au niveau moteur ? Au niveau du comportement ?

Psychomotricienne : Ouais, je pense que, peut-être pas moteur, mais, **oui au niveau du comportement** parce que ça sollicite quand même pas mal de points sensoriels . Tonique aussi, quand ils sont obligés de toucher le cheval, voilà, **ça apporte des informations corporelles qui vont participer à l'unité corporelle**. Voilà, quand ils sont dessus ça sollicite plein de... tous les muscles pour qu'ils tiennent bien en équilibre. Les appuis sont aussi travaillés beaucoup. Ils ont les pieds sur les étriers, voilà, il faut quand même qu'ils soient assez réactifs pour se réajuster. Donc, ça sollicite quand même les informations corporelles qui vont participer à l'unité du corps. Voilà, on travaille l'axe par ce que on va d'un côté à un autre. Donc, on, ouais, on travaille plus au niveau de la conscience corporelle qui évolue. Et, donc, à partir de là il y a plein de choses qui s'enchaînent. **Ils sont plus présents, ils sont plus en lien, ils sont plus actifs.**

Intervieweur : Et ça a des répercussions dans la vie quotidienne ?

Psychomotricienne : Alors, je ne suis pas dans la vie quotidienne, je sais pas trop...

Intervieweur : Enfin, même en séance individuelle...

Psychomotricienne : B*** c'est quand même très très difficile. C'est vraiment un cas très particulier et... Pour B***, en tout cas, je vois pas des répercussions spécialement positives mais je vois M*** qui a des troubles autistiques oui, c'est un tout c'est... Le fait qu'elle soit avec le groupe éducatif, qu'elle soit en contact avec d'autres enfants. Qu'elle vienne en prise en charge individuelle, voir l'ergo et qu'elle vienne au poney, tout ça contribue...

Intervieweur : C'est en participation...

Psychomotricienne : Voilà. C'est, vraiment avec les autistes, je pense que, c'est un travail pluridisciplinaire, il faut leur apporter le plus d'informations possibles, le plus de situations possibles, il faut varier les situations parce que ils sont très dans les choses qui bougent pas, très ritualisés. Donc voilà. Essayer de diversifier leurs rituels et de... Donc, du coup, le poney, oui ça contribue aussi bien que les prises en charges paramédicales et éducatives donc, pour moi, c'est pas que le poney qui fait que...

Intervieweur : Oui c'est un bon moyen qui peut être utilisé.

Psychomotricienne : Oui, voilà, ça permet d'être un peu moins dans la... Comment dire... D'être dans la demande, dans quelque chose de très strict, enfin, je pense qu'avec le poney c'est moins, ils ont... Ils sont moins stressés entre guillemets. Ça va créer moins d'angoisse peut-être chez eux d'être en relation avec un animal que d'être avec un professionnel. Voilà. Parce que, moi, pour le coup, il y a beaucoup de médiation je suis pas directement en contact avec eux. Voilà, on passe beaucoup par la balle, pour leur apporter des stimulations. Je pense que c'est des enfants qui ont besoin quand même d'une certaine distance pour pouvoir être plus à l'aise avec l'autre.

Intervieweur : Ça sert d'abord comme étape de passer par le cheval pour après peut-être s'élargir à l'autre. Et, justement, je voulais savoir, est ce que vous avez remarqué en psychomotricité une différence entre des enfants autistes qui ont participé à l'activité cheval et des enfants qui n'ont pas participé à cette activité ?

Psychomotricienne : Je sais que E*****, il a plus des troubles de la relation que des troubles autistiques, mais en ayant bénéficié de cet atelier plusieurs années, il a quand même pas mal évolué. On a vu une véritable évolution dans l'année, dans l'activité poney et en prise en charge individuelle. Pour moi, il est beaucoup plus... Comment dire... Il ose beaucoup plus de choses. Parce que il avait peur du poney au début. Là, il est reparti sur une phase, où il veut plus monter mais ça a pris quand même pas mal de temps avant qu'il accepte de brosser le cheval, qu'il accepte de monter dessus, d'aller au galop, au trot. Cette évolution là, j'ai l'impression qu'en séance c'était un peu ça. Qu'il osait plus aller explorer d'autres objets qu'on n'avait jamais utilisés.

Intervieweur : Que ça a eu un petit impact...

Psychomotricienne : Voilà. Alors voilà on sait jamais que c'est parce qu'il a fait du poney... C'est de diversifier les situations, des lieux différents qui font qu'il prend confiance un peu plus en lui et que peut-être avec des choses.

Intervieweur : Et lui ça faisait combien de temps qui en faisait de l'équitation ?

Psychomotricienne : C'est sa deuxième année. On a commencé l'année dernière. Oui, au début il voulait absolument rien faire. C'était pas possible de prendre la brosse, de brosser le poney...

Intervieweur : Il en avait peur ?

Psychomotricienne : Oui, je pense. Il se faisait pipi dessus systématiquement quand on le sollicitait pour qu'il monte. C'était une peur mais du coup, une fois qu'il était monté dessus, on le mettait au trot ou au galop... Enfin, voilà c'était un mélange de peur et d'excitation. C'était un peu ambigu. Mais effectivement, oui, c'est compliqué les enfants autistes. Du coup, dans ma carrière, j'en ai pas eu beaucoup. C'est vrai que c'est compliqué. Ils sont compliqués. Du coup, ils renvoient des choses un peu complexes, on sait jamais ce qui va marcher, ce qui va pas marcher. Donc je pense que, cette activité cheval, ça peut très bien correspondre pour un enfant autiste et pas pour un autre. Je pense que c'est pas systématiquement, même si c'est un bon travail au niveau sensoriel, corporel...

Intervieweur : Et vous en pensez quoi par rapport à T*** ?

Psychomotricienne : Par rapport à T***, je pense que l'atelier équitation est plus profitable pour T*** que pour B*** par exemple. Parce que, T*** il est quand même dans une démarche d'aller vers l'autre. Il comprend, enfin il a une compréhension de ce qui se passe plus fine que B*** qui est pas... Enfin voilà, elle, c'est une déficience profonde et je suis pas sûr qu'elle en sort un bénéfice. Parce que, du coup, elle reçoit des informations mais faut quand même que ce soit intégré et je suis pas sûr que B*** soit prête à être dans une démarche pour intégrer tout ce qui se passe dans l'atelier. Moi je pense que ça lui passe un peu au-dessus. Il y aurait un travail plus corporel enfin vraiment dans le corporel pur et dur avant de lui proposer des choses...

Intervieweur : Qu'elle ait déjà davantage conscience de son propre corps...

Psychomotricienne : Voilà. Parce que oui, T*** il est quand même capable de dire ce qu'il veut, ce qu'il aime, il est quand même en lien avec l'autre. Donc, après, le poney, oui, ça reste un moyen de continuer à lui apporter des informations sensorielles, à ce qu'il soit dans le lien, à ce qu'il soit un peu plus... Donc pour T***, je pense que ça a son utilité, mais, pour B***, je suis un peu plus réservée, parce que, au final, elle a le même comportement en poney que sur son groupe éducatif ou qu'en prise en charge.

Intervieweur : Est-ce que vous avez observé des effets identiques avec un autre médiateur ?

Psychomotricienne : Des effets identiques...

Intervieweur : Est ce que ce médiateur permet autre chose que un autre médiateur enfin, je ne sais pas, dans l'approche... Quelle est la différence ?

Psychomotricienne : Je dirais... L'eau est quand même un médiateur... Avec le poney on peut quand même travailler tout ce qui est vraiment axe corporel, le maintien, la posture, équilibre et tout alors que dans l'eau ça va être un travail aussi sensoriel mais différent. Je me suis un peu perdue. C'était quoi la question ?

Intervieweur : Est-ce que, on peut avoir les effets qu'on observe en activité cheval avec un autre médiateur ?

Psychomotricienne : D'accord. Je pense que, le poney, c'est quand même différent d'une autre... On retrouve quand même toujours des similitudes avec plusieurs médiateurs mais je pense quand même que chaque médiateur est spécifique et a un but... Et que, le poney, c'est surtout au niveau de l'axe et du maintien des appuis que ça permet de travailler.

Intervieweur : Mais l'avantage c'est que c'est quand même un médiateur vivant contrairement aux autres, pour les personnes autistes, c'est bien parce que on peut quand même interagir avec ce médiateur.

Psychomotricienne : Oui, voilà mais... Enfin, oui. Si on le prend comme ça oui. Mais du coup ouais [rire].

Intervieweur : Je sais pas...C'est une question...

Psychomotricienne : Oui oui. Non parce que, quand on est en prise en charge, en individuelle aussi on interagit. Effectivement, avec l'animal, il y a moins de demande donc oui c'est peut-être plus facile de faire interagir avec l'animal...

Intervieweur : C'est comme si il y avait une tierce personne... Et du coup, moi, justement, avec ce médiateur, on me dit beaucoup que c'est un médiateur des psychomotriciens. Donc, je sais pas, pour vous, l'ergothérapeute n'a pas sa place dans l'activité cheval ?

Psychomotricienne : Si, pour moi... Si si enfin... C'est un professionnel, enfin, pour moi, l'ergothérapie... Mais, voilà c'est tout ce qui est réhabilitation dans le quotidien et... Je pense que l'enfant, il faut qu'il soit bien avec lui même avant de pouvoir maîtriser son environnement. Pour moi, l'ergothérapeute est là, pour, oui, positionner si il y a des choses qui vont pas au niveau, enfin, la posture, se mettre sur la selle, tout ce qui est manipulation des objets qu'on peut utiliser... Donc, il a tout à fait sa place. C'est un peu complémentaire. Moi je suis, oui effectivement, plus dans le lien, plus dans le sensoriel, plus dans ce que ça apporte l'animal en lui-même et je pense que l'ergothérapeute, elle aussi, est dans le lien mais, elle est aussi dans la manipulation des objets qu'il y a autour...

Intervieweur : Par exemple guider tout ça...

Psychomotricienne : Voilà guider, mettre la selle, l'attacher...

Intervieweur : Faire en sorte que la personne participe en fait.

Psychomotricienne : Oui, voilà, **qu'ils soient plus autonomes peut-être.** Pour moi, dès qu'on est professionnel et qu'on est amené à travailler avec des enfants autistes, enfin, dans l'accompagnement de la personne, c'est important d'être là. **Chaque profession à son objectif.** On peut retrouver peut-être les mêmes objectifs dans plusieurs médiations mais, le poney, je pense que, pour chaque profession, **il a sa spécificité qu'on utilise en fonction de son parcours professionnel.**

Intervieweur : Donc vous l'objectif ça va être plutôt de travailler...Vous recherchez l'aspect corporel, sensoriel et donc le cheval va permettre de tester ça...

Psychomotricienne : Chacun à son niveau professionnel. Utilise le poney. Parce que, oui, du coup c'est quand même **assez complet.** On peut utiliser, oui, aussi bien tout ce qu'il y a autour du cheval que le poney lui-même, l'installation, **être sur le cheval et le guider c'est différent que d'être au sol et de le guider.** Il y en a plein qui, quand ils sont au sol et qu'ils doivent guider le cheval pour l'autre, c'est quand même compliqué. Tirer assez fort, oser tirer... Donc, après je pense que chaque profession trouve son compte. Que les objectifs peuvent être, du coup, très différents d'une profession à une autre.

Intervieweur : C'est vrai que, ce qui est compliqué avec le métier d'ergothérapeute, c'est, que c'est à la croisée entre plusieurs professions donc, c'est difficile de faire valoir, aux autres professions, notre domaine de compétence.

Psychomotricienne : Alors, pour moi vraiment, pour moi l'ergothérapeute est là pour **le quotidien, l'autonomie.** Pouvoir **se débrouiller avec des objets du quotidien et réadapter l'environnement pour que la personne soit le plus autonome possible.**

Intervieweur : Et donc à travers l'activité cheval, que la personne soit plus autonome, qu'elle fasse des choix...

Psychomotricienne : Mais après, oui, je pense que l'ergothérapeute, en fonction aussi des pathologies ça a un tout autre rôle. **Donc, oui, l'activité cheval ça va être plus la manipulation.** Voilà, essayer de retrouver où sont rangées les choses, les installer dans le bon sens...

Intervieweur : Ok. Bon, bha j'ai terminé !

Psychomotricienne : Ouf [rire].

Intervieweur : Merci beaucoup.

Annexe V

Retranscription entretien Ergothérapeute-Equithérapeute

Lieu de l'entretien : Au domicile de l'ergothérapeute, dans son salon. Nous étions installées autour d'une table, face à face. Je suis assise face à une fenêtre et l'ergothérapeute dos à la fenêtre. La pièce est calme. Aucun bruit extérieur n'est venu perturber l'entretien.

Date de l'entretien : Le 06 avril 2013.

Durée de l'entretien : 37 min. Il a débuté à 14h30.

Contenu de l'entretien :

Intervieweur : Quelle formation avez-vous suivie depuis le départ ? Et ce que vous avez pu faire en interne, toutes les formations que vous avez pu suivre...

Ergothérapeute : Ergothérapie et à l'ADERE , j'ai été à la SFE donc société française d'équithérapie de 2009 à 2011... Après j'ai pas de formation au niveau de l'autisme ou quoi... Maintenant j'ai fait une formation au niveau des bilans ergo parce que je suis en libéral et je travaille beaucoup avec des enfants qui ont des troubles des apprentissages. Donc je me suis formée là-dessus, sur les bilans. Après j'ai pas fait trois tonnes de formations. On voit ça sur le tas après[rire].

Intervieweur : Et votre DE d'ergo vous l'avez passé en quelle année ?

Ergothérapeute : En 2002.

Intervieweur : D'accord. Et après vous avez fait quelques années plus tard équithérapie, la formation d'équithérapie. Qui dure un an c'est ça ?

Ergothérapeute : Deux ans.

Intervieweur : Deux ans. D'accord. Et du coup, vous avez pu exercer un petit peu en tant qu'ergothérapeute avant ?

Ergothérapeute : Équithérapie ou ergothérapeute ?

Intervieweur : Ergothérapeute.

Ergothérapeute : J'ai toujours été ergothérapeute depuis 2002 dans laquelle j'ai intégré aussi mon travail autour du cheval donc là, l'équithérapie*, voilà avant d'être équithérapeute et maintenant je pratique toujours en majorité l'ergothérapie.

Intervieweur : D'accord. Et donc, vous avez déjà eu en prise en charge des enfants autistes ?

Ergothérapeute : Alors plus en équithérapie qu'en ergo, à l'heure actuelle j'en ai un jeune qui est autiste pour les troubles des apprentissages que j'ai. Donc en ergo plus pur. Sinon c'est plus autour de l'équithérapie que je les ai reçus. Si y'en a un ou j'avais les deux en fait, je n'avais sur une structure un adulte par contre mais je n'avais à la fois en ergo et à la fois en équithérapie.

Intervieweur : D'accord. Et donc, en tant qu'ergo, pour vous quels sont vos objectifs principaux avec un enfant autiste ?

Ergothérapeute : En tant qu'ergo. Tout ce qui est vie quotidienne. Ça dépend dans quel cadre on l'a et qu'elle est le type d'autisme aussi parce que il y a des enfants autistes qui sont plus ou moins en possibilité d'apprentissage quand même. Donc y'a , enfin l'adulte avec qui je travaillais je le voyais essentiellement pour tout ce qui était les activités de la vie quotidienne, la douche notamment oui toilette, habillage, douche. Parce que après, tout ce qui est intégration sensorielle je peux pas en parler au niveau purement de l'ergo. Et là,

celui que j'ai à l'heure actuelle, c'est le graphisme, la motricité fine, éventuellement l'apprentissage de l'ordinateur pour compenser les difficultés motrices en fait.

Intervieweur : Donc favoriser les apprentissages.

Ergothérapeute : Oui.

Intervieweur : Donc c'est plus axé sur tout ce qui est vie quotidienne, autonomie dans la vie quotidienne...

Ergothérapeute : Ouais. Que ce soit pour les activités de la vie quotidienne ou pour les apprentissages scolaires quand il y a possibilité. Enfin, voilà par rapport à ceux que j'ai eu parce que c'est vrai que si on a un enfant qui... Moi c'est des jeunes qui étaient quand même dans une forme de relation, dans une forme de communication. Après si on a un enfant autiste qui est pas du tout dans la communication c'est sûr que ça va être plus compliqué de mettre ces outils là en place. Bon, on pourra peut-être intervenir au niveau, pour les enfants qui sont encore plus en difficulté, on peut travailler peut-être plus au niveau de la communication avec l'orthophoniste. Par ce que tout ce qui est code de communication, de choses comme ça, je pense qu'on peut avoir un rôle dedans puisque c'est pour l'autonomie dans la vie quotidienne.

Intervieweur : Oui, ça fait parti de l'autonomie. D'accord. Du coup, en tant qu'ergo et équithérapeute que pensez-vous de l'utilisation de l'activité cheval dans la prise en charge d'enfants autistes ?

Ergothérapeute : Alors, l'intérêt c'est que ça donne un support de relations que ce soit pour des enfants qui soient déjà dans la relation ou qu'ils soient pas du tout. Avoir un tiers animal c'est un support de relations sur lequel on peut mettre des mots par rapport à ce qui se passe. C'est un... Alors, le poney, n'est pas intrusif ce qui fait qu'il peut entrer en contact de l'enfant alors que nous on pourra pas forcément directement. Par ce que, du coup, le cheval comme il n'est pas du tout envahissant et qu'il respecte, enfin que les bulles sont respectées. La bulle de l'autre et la sienne doivent être respectées. Du coup, ça fait qu'ils ont une approche particulière, nous, c'est vrai qu'on va être un peu direct, en corporel peut être des fois trop près ou trop loin, trop intrusif, même sans le vouloir. Le cheval ne regardera jamais en face ce qui fait que pour les enfants autistes qui ont justement un problème de regard et de bulles interpersonnelles, c'est très respectueux et ils vont pouvoir s'intéresser parfois à l'animal alors qu'ils s'intéresseront pas à nous. Il y a le fait qu'on passe quand même par le sensoriel. Parce que le fait que l'animal soit un support multisensoriel. C'est vrai que ça va être chaud, que ça va être doux, il va y avoir des odeurs et tout ça, l'enfant autiste, il est très sensible à ça.

Intervieweur : Il recherche toujours cette recherche sensorielle.

Ergothérapeute : Oui, voilà, c'est quelque chose de rassurant pour lui de sentir tout ça. Il y a le fait de, alors ça c'est peut-être au niveau de la prise d'autonomie mais le fait de devoir s'occuper d'un animal, toute la partie du brossage du cheval est super intéressante parce que il y a plusieurs choses. Il y a je m'occupe de l'autre mais c'est pas forcément perceptible pour chacun. Y'en a qui pourront pas prendre une brosse, ça pourra être le pansage à la main. Parce que si l'objet brosse veut rien dire pour eux...

Intervieweur : Moi, j'ai fait des observations pour mon mémoire et l'enfant, brossait par sollicitation, parce qu'il ne voulait pas le faire de lui-même, et il ne regardait pas le cheval quand il le brossait. Il brossait et il regardait pas forcément ce qu'il faisait.

Ergothérapeute : Alors, quelquefois quand on passe directement par le corps, du coup, c'est plus du brossage, on fait avec les mains, caresse, brossage et en mettant des mots. Le fait, de rentrer dans : je prends conscience de l'altérité donc je prends conscience que l'autre existe et que j'ai quelque chose à faire avec lui. Pour certains, je m'occupe de l'autre ça va avoir un sens et pour d'autres ça n'aura pas de sens mais l'idée c'est de rentrer quand même là-dedans quoi. Au départ, ça va peut-être être juste, on s'en fout que ce soit un poney ou quoi mais il y a une tâche là donc tu vas l'enlever, tu nettoies la tâche pour que ça prenne un sens. Il y en a d'autres avec qui on pourra passer à tu vois, tu t'occupes de ton poney, pour lui c'est important, il aime bien, etc... Et il y a ce qu'on peut projeter de l'émotionnel sur le poney. Ce qui était intéressant avec le jeune avec lequel je travaillais, c'est que, à l'hôpital, on avait une séance en ergo au moment de la douche et on avait aussi une séance en équithérapie. Et là, du coup, je faisais vraiment le lien entre : on travaille sur les parties du corps pendant sa douche pour que lui puisse aussi se repérer sur lui et en parallèle on travaillait ça avec le poney. Et donc, moi, du coup, je remettais ça en mot. « Tu vois toi, quand tu prends ta douche, etc... Tu pars dans cet ordre, et tu passes par ici et par là etc... » et pareil avec le poney « Et bha tu vois, lui aussi... ».

Intervieweur : Ça a aidé à un transfert des acquis...

Ergothérapeute : Ça a aidé à un transfert des acquis. Et super intéressant quoi, parce que, du coup sous la douche on en reparlait du poney et au poney il m'en reparlait « Bha oui, c'est comme quand je prends ma douche le matin ». Enfin, à force, il faisait vraiment les liens. Je pense que ça l'a aidé beaucoup à progresser dans son propre schéma corporel. Et, du coup, à la toilette, lui même fait les actes sur l'autre qu'il doit faire sur lui. Et je pense que, là dessus ça l'a vachement aidé. Il a fait des progrès, et au moment de la douche et au moment du travail en équithérapie. Après, bon, l'intérêt du cheval aussi qu'on trouvera pas chez d'autres animaux c'est tout ce qui est portage. Alors là, par contre, du coup, au niveau de l'ergothérapie... Parce que du coup c'est plus un travail au niveau de la conscience corporelle, de communication avec l'autre qui va faire que l'enfant va prendre plus conscience de son corps à lui. Il va pouvoir se construire une enveloppe, enfin, en tout cas, aider à construire une enveloppe corporelle. Et donc, si il est plus lui, il va pouvoir plus créer une relation avec les autres. Vous pouvez appuyer aussi sur l'aspect peut-être relationnel. A partir du moment où l'enfant est plus lui même, en tant qu'entité et qu'il peut prendre conscience de l'altérité, et bha, ça va lui permettre une relation qui va lui permettre d'être plus autonome au quotidien. A partir du moment que j'ai conscience de moi, que j'ai conscience de l'autre, ça peut me donner envie de prendre des initiatives.

Intervieweur : Ça facilite les interactions et donc, oui, l'autonomie, ça va de pair. Oui, ça peut être une piste à exploiter.

Ergothérapeute : Sans rentrer dans le côté éducatif quoi.

Intervieweur : Oui parce que après on rentre sur le secteur de l'éduc spé, par exemple ou du moniteur éducateur.

Ergothérapeute : Voilà, après ça dépend des mots qu'on choisit parce que, moi, je sais parfois que je suis un peu sur les bords psychomot. Autant éduc je sens bien que je le suis pas du tout quoi. Parce que, je le voyais un moment, il y avait une éduc qui venait avec nous en équithérapie avec ma collègue psychomot et je me souviens qu'on réagissait vraiment pas du tout pareil. Parce que les éduc étaient vraiment très « Oh bha t'as dit un gros mot, c'est pas bien tu seras punis » alors que sur le moment moi je voyais bien que le gros mot du patient il était entrain d'exprimer quelque chose d'une angoisse qui avait lieu au moment de la séance quoi. Là je vois vraiment qu'on est pas du tout axé sur les mêmes choses.

Intervieweur : Et du coup, selon vous l'activité cheval est ce qu'elle peut permettre de répondre à des objectifs d'ergothérapie ?

Ergothérapeute : Bha par rapport à l'autonomie oui. Par rapport à la mise en relation, ça va avec. Après, il peut y avoir aussi un travail de... enfin c'est pareil, c'est limite psychomot, un travail de tout ce qui est repérage dans l'espace etc. Parce que nous, après, on va en avoir besoin pour les sorties à l'extérieur. Pour, je sais pas, si c'est des jeunes qui peuvent être amenés à aller faire les courses, aller faire des choses comme ça. Il faut bien un minimum de repérage dans l'espace et là, en équithérapie, c'est des choses qu'on peut travailler. Ça dépend des équithérapeutes, ça dépend de qui on est à la base, de ce qu'on a comme formation, de ce qu'on est personnellement, je pense qu'on a tous des façons de faire les choses de manière différente. Mais quand on en arrive avec des jeunes qui ne sont pas des autistes déficitaires et qui sont capables d'apprentissages, alors moi je le fais pas trop, mais après ça va être plus à cheval de la direction, de faire des choix, de faire des parcours avec des choix, « je peux aller là, je peux aller là ». Donc avec des prises d'initiatives.

Intervieweur : Vous m'en avez un peu parlé mais, selon vous, quelle est l'approche spécifique, quand on utilise ce médiateur, à l'ergothérapeute ? Par exemple, par rapport à un psychomotricien justement. La différence. Vers quoi il s'axe plus ?

Ergothérapeute : Bha le psychomot va plus axer sur le corporel, le ressenti corporel et émotionnel. Alors il y a aussi, en équithérapie, tout ce qu'on peut travailler aussi c'est le plan moteur. La motricité globale, la motricité fine. Bha du coup, c'était la question d'avant mais ça me reviens là [rire]. Parce que, du coup, quand on brosse ou quand on met la selle ou le filet, il y a tout ce qui est aspect de la motricité.

Intervieweur : Tout ce qui est coordination.

Ergothérapeute : Coordination, motricité fine qu'on peut travailler aussi au poney avec des balles, avec des

plots, des machins qui font qu'on peut travailler en **bi-manuel**. Ça me revient, c'est un peu dans le désordre, mais comme j'ai pas forcément travaillé tout avec les uns et les autres [rire]. C'était quoi la question ? C'était la différence entre la psychomot et l'ergo c'est ça ?

Intervieweur : Oui quelle est l'approche particulière...

Ergothérapeute : Nous on va plus être à **visée active et d'autonomie**. Je pense que la grosse différence elle est là. Sachant que moi c'est vrai que, du coup, c'est pas évident pour moi à dire parce que moi j'ai cet aspect très corporel et vécu émotionnel qui, pour moi, est très important.

Intervieweur: Et vous, du coup, en tant que équitérapeute et ergo vous cherchez aussi l'autonomie dans vos prises en charge ?

Ergothérapeute : Bha oui carrément.

Intervieweur : Alors qu'une psychomot équitérapeute le rechercherait pas.

Ergothérapeute : Oui. Peut-être que nous on a un **apport supplémentaire**. La psychomot va rester psychomot en fait, alors que nous, quand on est équitérapeute, c'est vrai, qu'on va avoir l'apport d'ergo que n'ont pas les psychomot. Puisque c'est un support qui n'est pas, à la base, purement ergo. Effectivement, on aura une approche supplémentaire que la psychomot n'aura pas parce que c'est un des médiateurs pour exercer son travail de base.

Intervieweur : Oui. Vous avez cette vision en plus que n'a pas forcément la psychomot.

Ergothérapeute : Et de **travailler les repérages**. Parce que, c'est vrai que, repérer les brosses... Alors après c'est vrai qu'on peut aussi, ça dépend dans quel cadre on travaille, ça dépend dans quel centre équestre on travaille, dans quel milieu et comment ils acceptent qu'on puisse mettre ou pas des choses en place. Mais c'est vrai que, du coup, on peut aussi mettre des systèmes de gommettes, par exemple pour repérer un endroit du filet ou de la selle ou mettre telle couleur de gommettes que tel type de brosse. Pour qu'il y ait des repères particuliers. Une psychomot n'aura pas l'idée de le faire peut être.

Intervieweur : Oui.

Ergothérapeute : Y'a ça, on va avoir aussi l'esprit pour, si il y a un problème moteur qui va avec. Parce que ils ont des problèmes de motricité fine et corporelle globale. Et du coup on va peut-être plus avoir l'idée d'aller bidouiller les rênes, d'aller faire des attaches particulières, que n'auront pas forcément les psychomot. Donc **au niveau des adaptations** aussi, que ce soit au sol ou à la monte. Alors, c'est vrai qu'avec les enfants autistes y'en a peut-être pas énormément à faire. Quoi que, on peut peut-être en avoir pour des enfants qui auraient pas de tonus. Parce que c'est le cas quand on les a petits. Et tout ce qui est adaptations au niveau de la selle, au niveau du maintien des rênes, plus proposer de mettre au niveau du licol pour par tirer directement sur le mord. Donc, il va y avoir peut-être des adaptations qu'on peut mettre en place.

Intervieweur : Oui par rapport au mors, ça, justement, l'enfant que j'ai vu en observation, c'est vrai qu'il avait tendance à pas se rendre compte de ce qu'il faisait au cheval. Si il lui faisait mal ou pas. Mais du coup, il tirait très fort sur le mors et ça lui tirait sur la bouche au cheval.

Ergothérapeute : Sur le mors ?

Intervieweur : Oui.

Ergothérapeute : C'était où ?

Intervieweur: A C***.

Ergothérapeute : C'était un centre équestre ?

Intervieweur : Oui. C'était une monitrice d'équitation qui encadrait ça. Elle était pas forcément sensibilisée au handicap.

Ergothérapeute : Oui mais elle pourrait être sensibilisée à ses poney quand même...

Intervieweur : Oui c'est sûr que après il se faisait réprimander le gosse. Mais il s'en rendait pas tellement compte.

Ergothérapeute : Bha oui il peut pas s'en rendre compte. Parce que déjà se dire, « je suis sur un poney, c'est un autre, je le dirige », l'action c'est déjà vachement compliquée. Enfin, je sais pas quel est le niveau d'autisme mais c'est compliqué, alors en plus ça se trouve que pour lui c'est justement un truc dans les mains qui est différent de d'habitude mais il sait même pas. Mais alors avoir l'idée, se représenter que ça fait mal à la bouche, que dès qu'il fait l'action... C'est complètement, il peut pas !

Intervieweur : Surtout vis-à-vis de ces troubles. Tout ce qui est théorie de l'esprit, symbolisation, tout ça c'est pas acquis pour les personnes autistes. Et vous, en tant qu'ergo et équithérapeute, est-ce-que pour vous, l'activité cheval, ça peut avoir un impact auprès des enfants autistes ? Est-ce qu'il peut y avoir une évolution ?

Ergothérapeute : Ah bha moi, très clairement, l'adulte que j'avais c'est clair que ça a eu un impact. A la fois dans les séances d'ergo au niveau de son autonomie, au niveau de la douche mais dans la vie quotidienne aussi. Il était vachement plus posé, où il y avait des ouvertures qui se créent, où il était capable beaucoup plus au fur et à mesure d'aller aider à mettre le couvert. Enfin, de prendre des initiatives. Ça c'était clair que y'avait vraiment un impact quoi. Au niveau de la représentation aussi. Peut-être de se dire que c'est pour eux... Alors je sais que j'avais accompagné un autre jeune que j'avais que en équithérapie pour le coup, mais je sais que c'est quelque chose et ça lui avait donné un repère dans son espace temps parce-que il savait que le lundi il venait me voir, il connaissait le nom de son poney, il demandait à ses parents les moments où on se voyaient pas il demandait « je veux aller voir gribouille », c'était le nom du poney. Et « quand est-ce qu'on va au cheval avec M*** ? », etc. Et donc, il avait...

Intervieweur : Il se situait dans le temps...

Ergothérapeute : Bha c'était un repère pour lui. Je dis pas qu'il se situait dans le temps pour toute la semaine mais en tout cas le lundi il l'avait repéré. Et ça, ces parents me l'avaient dit clairement que c'était nouveau quoi. Habituellement, il se repérait pas.

Intervieweur : D'accord. Est-ce que vous avez déjà remarqué une différence dans l'évolution entre des enfants autistes qui ont pu participer à cette activité et d'autres qui en ont pas bénéficié ? Est-ce que vous avez pu vous retrouver dans cette situation là ?

Ergothérapeute : Bha j'ai jamais travaillé avec des enfants autistes qui avaient pas d'équithérapie ou y'a longtemps. Mais ça, c'est un peu compliqué à répondre parce-que il aurait fallu que j'en prenne deux en parallèle en observant vraiment un tel que j'ai pu suivre un tel que j'ai pas pu suivre. Ils sont tellement différents au démarrage. Il aurait fallu limite, tester avec le même enfant sans équithérapie. Ceci dit, l'adulte dont je parle, que j'ai eu à la fois en ergo et en équithérapie, c'était à la limite de la psychose, il avait un certain nombre de traits autistiques. Il avait été diagnostiqué autiste, après je sais pas si c'était purement de l'autisme. Mais c'est clair que avant qu'on démarre, il y a eu une nette évolution, et avec moi et dans le quotidien à partir du moment où il a bénéficié d'équithérapie. Du coup moi j'avais fais des questionnaires aussi pour mon mémoire. J'avais fait sur ce jeune justement. Et là il y avait un truc flagrant comme quoi il y avait vraiment une évolution.

Intervieweur : Depuis qu'il avait commencé l'équithérapie.

Ergothérapeute : Oui. Du coup, au bout de deux-trois ans d'équithérapie. Pas tout de suite du jour au lendemain.

Intervieweur : Oui c'est ça, c'est que les évolutions se font sur le très long terme.

Ergothérapeute : Et bha oui. Parce que c'est aussi quelque chose qui permet d'apaiser les angoisses aussi. Donc, des fois, ils ont un petit laps de temps d'apaisement qui se trouve peut-être une demie-heure après. Donc ça va être juste après pendant le temps de transport dans le camion et puis après ça va s'étendre à l'équipe va le trouver mieux après. Et donc, du coup, si il est mieux et plus apaisé, il va avoir des possibilités d'être plus ouvert, accueillir aussi ce qu'on pourra lui donner à côté. Je pense y'a ça qui joue. L'apaisement peut entraîner une... je sais pas si je suis très claire dans ce que je dis...

Intervieweur : Si si si, c'est bon.

Ergothérapeute : Il y a tellement de trucs [rire] c'est vrai en équithérapie.

Intervieweur : Et, en tant qu'ergothérapeute est-ce que vous avez pu voir les mêmes effets, enfin des effets semblables avec un autre médiateur que le médiateur cheval ? Est-ce que y'a un autre médiateur qui peut apporter la même évolution ?

Ergothérapeute : Et bha auprès des enfants autistes je suis pas sûre. Ceci dit j'ai pas testé d'autres médiateurs. C'est un peu difficile à dire. **Mais je pense vraiment que le cheval est un médiateur qui est super adapté.**

Intervieweur : De part le fait qu'il y ait aussi une approche multisensorielle !

Ergothérapeute : Bha c'est **multisensoriel, c'est vivant**. Les chevaux ils cherchent le contact dès qu'ils ont envie tout en **respectant l'autre**. Ils sont dans une **recherche de contact**. **Ils réagissent à ce qui se passe**, au moment où ça se passe et **dans la vérité**. C'est-à-dire que si, un enfant autiste qui va avoir une agression auprès du cheval, si le cheval sent que c'est pas lui qui est visé il va pas réagir. Même si il se fait tirer les poils ou taper dessus ou je sais pas quoi, le cheval il va rien dire. Par contre, si jamais c'est vraiment ciblé et adressé au cheval, le cheval va réagir. Et je pense que ça, voilà, **c'est un animal vivant qui est capable de faire la différence entre ce qui va lui être adressé et ce qui lui est pas adressé**. De répondre dans l'instant si il y a besoin de répondre. Et puis de **réagir**. Parce que après il y a aussi les grands mouvements. Bha au moment où le cheval ça va lui être adressé bha il va reculer. Du coup, l'enfant ça va lui faire rentrer dans une relation. Pour certains, ils vont peut-être se dire pourquoi et d'autres, il vont pas se le dire mais **ils vont prendre conscience que il y a quelque chose qui se passe dans leur environnement**. Après ça va être un autre boulot de mettre en mot justement pour que l'enfant fasse le lien entre « toi tu as fais ça, le cheval a réagi comme ça, c'est en lien ». L'enfant il fera peut-être pas **les liens** mais il va s'apercevoir qu'il y a quelque chose qui change. Et à mon sens, c'est le seul... parce que après on peut se dire y'a les chiens. Mais les chiens, ça va être l'inverse, ils vont être super envahissants parce que ils viennent nous sauter dessus. Ils respectent absolument pas les bulles. Ils viennent se coller etc. Donc y'en a plein à qui ça va pas aller quoi. Parce que ils vont pas supporter. Et puis y'a quand même **l'avantage du portage**. Et ça.. à part les dauphins mais enfin bon [rire] c'est encore un peu plus compliqué quoi. Être dessus, quand même, en **contact physique, d'être porté et de sentir tous les muscles du cheval** c'est quand même... Je crois pas qu'il y ait d'autres médiateurs qui puissent.

Intervieweur : Oui et ça particularité aussi c'est que c'est un médiateur vivant comme vous l'avez dit. Après, il y a d'autres médiateurs que l'on peut proposer en ergothérapie dans une prise en charge « classique », et ces médiateurs ne sont pas vivants et du coup ça favorise moins l'interaction.

Ergothérapeute : Ah bha ça, on peut faire de la motricité fine avec des perles, des machins, des bidules, je sais pas quoi mais **c'est pas les perles qui vont faire prendre conscience à l'enfant qu'il est quelqu'un quoi.**

Intervieweur : Et qu'il y a un autre aussi.

Ergothérapeute : Et qu'il y a un autre. Bha ça va avec. Le « je suis quelqu'un » et le « y'a un autre ». La **conscience de l'altérité**, je pense que ça se fait vraiment en parallèle. Sentir que y'a l'autre bha c'est que y'a moi. A partir du moment où moi je commence à plus me sentir dans **une enveloppe corporelle et présent à moi même, là je peux prendre conscience qu'il y a un autre**. Les deux sont vraiment imbriqués. Et donc, je peux avoir une **action sur mon environnement** si je suis quelqu'un et que y'a un autre. Et donc, **je peux prendre de l'autonomie et entrer en relation et prendre des initiatives.**

Intervieweur : D'accord. Bon, du coup, ma dernière question vous y avez un peu répondu tout le long [rire].

Ergothérapeute : Je radote [rire].

Intervieweur : Non mais au moins..Donc, ma dernière question c'était : Est-ce que selon vous l'activité cheval, en ergo, participe à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste.

Ergothérapeute : Ah bha non écoutez [rire]. Bha **oui.**

Intervieweur : Et, est-ce que elle peut avoir un impact sur la vie quotidienne de l'enfant ?

Ergothérapeute : Clairement oui.

Intervieweur : Bon bha j'ai plus de questions. Merci !

Ergothérapeute : Après si vous avez d'autres questions qui vous reviennent n'hésitez pas à m'appeler ou à m'envoyer un mail !

Annexe VI

Grille d'observation

Patient : **Pathologie :** **Age :**

Fonction de l'observateur : stagiaire ergothérapeute

Mode d'observation :

Caractéristiques de l'observation :

- activité : activité cheval
- lieu :
- date :
- heure et durée :
- nombre et profession des encadrants :

Activité :

Étapes et exercices observés :

Réactions observées du patient durant l'activité :

- regard et mode d'observation
- comportements
- relation à l'animal
- relation à l'autre
- mode de communication utilisé (verbal, non verbal)
- autonomie dans les exercices ; prises d'initiatives (capacité à faire des choix)
- capacité à faire seul les exercices proposés
- apprentissages
- autres observations

Annexe VII

Présentation clinique de Tom : patient des observations

Histoire

- Tom est un garçon né en 2001. Il a 12 ans.
- Il est fils unique.
- Ses parents sont divorcés. Il vit avec sa mère.
- Le diagnostic d'Autisme a été posé à 20 mois.
- En 2006, il fut accueilli en hôpital de jour.
- En 2010, il fut accueilli en externat médico-éducatif (EME).

Symptomatologie

Tom présente un syndrome autistique associé à une déficience intellectuelle moyenne, un trouble de la mémoire (immédiate et de travail), un trouble des fonctions exécutives (attention, concentration) et des capacités visuo-motrices.

Il présente également une scoliose lombaire et est sujet à des crises tonico-cloniques traitées de manière médicamenteuse.

- Au niveau des interactions sociales :
 - Semble intéressé par l'autre mais n'interagit que lorsqu'il a besoin de quelque chose.
 - Ne joue pas, ne communique pas, ne regarde pas les autres enfants.
- Au niveau de la communication :
 - Absence de langage.
 - Communique de manière non verbale par des gestes, des sons et quelques signes Makaton.

- Au niveau du comportement :
 - Présence de stéréotypies (se bouche les oreilles, hyperventilation, se bascule rapidement en avant)
 - Agressif face à la frustration : auto-agressivité (se mord les doigts) et hétéro-agressivité (tape les autres).

Prise en charge pluridisciplinaire

Au sein de l'EME, X est suivi en :

- séance individuelle avec un psychologue.
- séance individuelle une fois par semaine en psychomotricité (en salle Snoezelen).
- séance individuelle en orthophonie.
- séance individuelle deux fois par semaine et en groupe une fois par semaine (atelier du toucher) en ergothérapie.
- groupe en activité sportive une fois par semaine.

Le reste du temps, il est pris en charge par une éducatrice spécialisée dans un groupe de 5 enfants.

Prise en charge ergothérapique

Tom est suivi en ergothérapie depuis septembre 2012.

Résultats des évaluations réalisées en ergothérapie :

- Pas de troubles moteurs hormis au niveau de la coordination bi-manuelle symétrique.
- Trouble majeur de l'attention.
- Les gestes de base (donne, prend, pose, lâche, empile, tape..) sont acquis.
- Les pré-requis (couleurs, formes, imitation, tours de rôles, compréhension du langage oral) ne sont pas acquis.
- Pas d'accès au jeu symbolique. Recherche sensorielle (caresse les objets contre sa joue, les porte à la bouche).
- Pas de graphisme (ne rejoint pas de lignes, ne fait pas de rond). Gribouille.

Objectifs fixés en ergothérapie :

- En individuel :
 - Stimuler la pose du regard.
 - Travailler la différenciation (tri).
 - Développer la gestualité.

- En groupe (atelier du toucher) :
 - Rester assis devant le plateau de manipulation.
 - Manipuler les objets dans le plateau.
 - Stimuler la coordination bi-manuelle.

Résumé

La médiation animale est en plein essor depuis les années 70 et a depuis montré ses effets positifs. Toutefois, ce moyen de prise en charge reste controversé et peu utilisé en thérapie.

Ce mémoire a donc pour objectif de répondre à la problématique suivante : En quoi l'activité cheval peut-elle être considérée comme moyen thérapeutique, en ergothérapie, dans la prise en charge d'enfants autistes ? L'hypothèse suivante a donc été posée : l'utilisation de l'activité cheval, dans une prise en charge ergothérapique, participe à favoriser l'autonomie de l'enfant autiste.

Afin d'apporter une réponse à cette hypothèse, une enquête a été réalisée à l'aide de trois entretiens et de quatre observations.

Les entretiens ont permis de montrer que les ergothérapeutes peuvent mettre en place leurs objectifs de prise en charge, pour des enfants autistes, au sein de l'activité cheval et notamment de développer l'autonomie. Les observations, quant à elles, ont permis de mettre en exergue les bénéfices apportés par l'intervention du cheval dans la prise en charge thérapeutique d'enfants autistes.

L'activité cheval est un moyen thérapeutique permettant à l'enfant autiste une approche globale et complète (permet un travail moteur, sensitif, relationnel et cognitif). Elle permet à l'enfant autiste l'expérimentation nécessaire à la conscience de l'altérité et permet également les prises d'initiatives.

Ergothérapie – Autisme – Activité cheval – Médiation thérapeutique – Autonomie

Abstract

Animal mediation is booming since the 70s and since showing its positive effects. However, this method of treatment remains controversial and little used in therapy.

This thesis therefore aims to answer to the following question: How can the horse activity may be considered as therapeutic, in occupational therapy, in the treatment of autistic children? Let suppose that the following hypothesis is : the use of the horse activity, in occupational therapy, contributes to promoting the autonomy of the autistic child.

To provide an answer to this hypothesis, a survey has been performed with three interviews and four observations.

The interviews showed that occupational therapists can implement their goals of care for children with autism, in the horse activity including developing autonomy. As for the observations, they helped to highlight the benefits of the intervention of the horse in the therapeutic care of children with autism.

The horse activity is a therapeutic means for the autistic child in a holistic and comprehensive approach (improving motor, sensitive, relational and cognitive skills). It enables the autistic child to experience the necessary awareness of otherness and also allows him/her to take initiatives.

Occupational therapy – Autism – Horse Activity – Therapeutic mediation – Autonomy