



Institut de Formation en Soins Infirmiers
MGEN-La Verrière

L'équithérapie : Quand le patient reprend les rênes de sa vie sociale.

Chloé VIDEAU

Mémoire de fin d'études

UE 5.6 S6 : « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles. »



Directrice de mémoire : Mme Claude BAUDIER, Cadre formateur.
Remis le 16 mai 2018

« L'extérieur du cheval exerce une influence bénéfique sur l'intérieur de l'homme. »

Winston CHURCHILL

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »¹

¹ Me contacter par mail : videau.chloe@yahoo.fr

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidées dans la réalisation de ce travail de fin d'études :

À Claude BAUDIER, ma directrice de mémoire, pour l'aide et le temps qu'elle m'a consacré.

Aux professionnelles, de m'avoir accordé du temps, et de répondre à mes questions.

À l'association CAPSAAA, pour m'avoir permis de découvrir la médiation équine, et m'avoir inspiré dans l'élaboration de ce projet.

À ma collègue de promotion, Virginie, pour ses nombreuses relectures et son soutien dans la rédaction de ce travail.

À ma famille et mes amis, Benjamin, Marion, pour leurs relectures, de même que leur soutien dans les moments de doute.

À Danièle, Elisabeth, Florence, et Isabelle pour leurs relectures et leurs corrections.

À Dessins D'urgences pour m'avoir permis d'illustrer mon mémoire de fin d'étude.

Et finalement à Riskan, pour m'avoir permis de rencontrer de nombreuses personnes et de prendre un peu de recul.

Table des matières

Liste des abréviations	1
Introduction	2
1 Problématisation	3
1.1 Description de la situation de départ.....	3
1.2 Vers l'intérêt professionnel.....	5
1.3 Pour obtenir une question de départ.....	6
2 Cadre théorique et conceptuel.....	7
2.1 Les troubles du spectre autistique sont des troubles de la cognition sociale.....	7
2.1.1 Définition et sémiologie	7
2.1.2 Evolution et conséquences des troubles du spectre autistique	10
2.1.3 Les traitements de nos jours	11
2.2 Les objectifs de la prise en charge d'un jeune atteint de troubles du spectre autistique.....	12
2.2.1 Le « care », un fondamental dans la prise en charge d'un patient atteint de troubles du spectre autistique.....	12
2.2.2 L'accompagnement infirmier pour restaurer le lien social	13
2.2.3 La médiation thérapeutique grâce à l'objet transitionnel.....	14
2.3 Une médiation grâce à un animal : L'équithérapie.....	17
2.3.1 Le cheval, objet de soin de l'Antiquité à nos jours.....	17
2.3.2 Les indications de la médiation équine.....	19
2.3.3 L'intérêt de la médiation équine dans la prise en charge des troubles du spectre autistique	20
3 Enquête exploratoire.....	22
3.1 Méthodologie de recherche.....	22
3.1.1 Présentation de l'outil et de la population.....	22
3.1.2 Présentation des lieux d'enquête	23
3.1.3 Présentation du déroulement de l'enquête	23
3.2 Analyse des entretiens.....	24
3.2.1 Analyse quantitative	24
3.2.2 Analyse qualitative	27
3.2.3 Discussion.....	28
4 Synthèse, limite et apports	30
5 Question de recherche.....	31
Conclusion.....	32
Bibliographie.....	A
Annexes.....	I

Liste des abréviations

Ci-dessous, les significations des abréviations rencontrées à la lecture de ce travail de recherche :

CAPSAA : Association CAP Sport Amitié Aventure

CSP : Code de la Santé Publique

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders – 5ème édition

HAS : Haute Autorité de Santé

IBID : Ibidem, même auteur et même ouvrage qu'à la référence précédente

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

SFE : Société Française d'Equithérapie

TED : Troubles Envahissants du Développement

TND : Troubles Neurodéveloppementaux

TSA : Troubles du spectre autistique

Introduction

La profession infirmière représente pour moi la prise en soins d'un patient de son arrivée à sa sortie. Elle est aboutie lorsque le patient se sent, et va mieux, mais pas uniquement dans l'optique d'une guérison car de nombreuses pathologies sont chroniques, et ne peuvent pas se guérir. Par conséquent le rôle infirmier ne comporte pas que des soins curatifs, mais également beaucoup d'accompagnement.

Cavalière depuis mon enfance, j'ai eu l'opportunité d'observer, un groupe de personnes en situation de handicap qui venait monter à cheval depuis quelques années dans le centre équestre que je fréquente. Je les ai observés sans savoir à ce moment-là que j'intégrerai l'institut de formation en soins infirmiers. Durant mes études, mon regard a évolué et j'ai cherché à comprendre de quelle façon la pratique de l'équitation pouvait être bénéfique à certaines populations de patients. Je me suis naturellement impliquée dans les activités du groupe. En assistant aux séances, j'ai eu le plaisir de remarquer leurs progressions et leurs interactions. J'ai découvert que le contact avec le cheval, permet à certains de créer un lien avec l'animal, et ainsi s'ouvrir plus facilement au groupe et à l'encadrement. J'ai donc voulu comprendre la genèse du lien à l'autre par le partage de la plus belle conquête de l'homme qu'est le cheval.

C'est pourquoi j'ai choisi de réaliser mon mémoire sur la création de lien social lors de séances d'équithérapie chez les jeunes atteints de troubles du spectre autistique. Pour cela j'ai énoncé ma situation d'appel, puis mon intérêt professionnel pour aboutir à ma question de départ. Par la suite, j'ai construit mon cadre théorique en fonction des concepts identifiés. Puis j'ai mené une enquête exploratoire pour affirmer ma problématique. Cela m'a permis de confronter mes recherches sur le terrain, et de pouvoir observer les objectifs et les résultats de ces séances.

1 Problématisation

La situation que je vais vous présenter s'est déroulée sur plusieurs années, alors que je n'étais pas encore étudiante à l'IFSI. L'entrée dans cette formation m'a permis de faire évoluer mon regard, passant d'un « regard cavalier » à un « regard soignant ».

1.1 Description de la situation de départ

Au cours de mes séances d'équitation, j'ai eu la chance de découvrir l'activité équestre comme outil thérapeutique. Mon centre équestre permet à une équithérapeute d'accueillir des jeunes en situation de handicap physique ou mental.

Ces jeunes peuvent venir pratiquer l'activité équestre au travers d'une association nommée CAPSAA. Cette dernière est partenaire avec ce centre équestre dont les infrastructures respectent les normes permettant d'accueillir des personnes en situation de handicap. De plus, les moniteurs d'équitation sont en mesure d'encadrer et d'apprendre à monter à cheval à tout types de population. Le but de l'association est de faire découvrir des sports peu pratiqués et parfois difficiles d'accès. L'activité équestre a été mise en place dans le cadre d'un groupe multisport qui s'est transformé en groupe équitation lors de la deuxième année.

Le groupe, créé il y a trois ans, est composé de six jeunes en situation de handicap de 12 à 21 ans ayant des niveaux d'équitation assez homogènes. Les parents, et deux bénévoles, sont présents à chaque séance.

Une séance dure une heure et demi et se découpe de la façon suivante : une demi-heure de prise de contact avec l'équidé, la seconde demi-heure de monte et enfin le dernier temps est consacré aux soins quotidiens du cheval. Chaque jeune les effectue avec l'aide d'un parent ou d'un bénévole. J'ai eu la chance de suivre leur progression durant trois ans.

Mlle A., âgée de 21 ans, est atteinte de troubles du spectre autistique. Sa mère l'a inscrite dès la création du groupe multisport pour pratiquer diverses activités par l'intermédiaire de l'association. Elle pratique l'équitation dans le centre équestre, à raison de deux fois par semaine depuis trois ans. Dès les premières séances, elle s'est attachée à un petit mais robuste cheval, nommé « Riskan », dont elle s'occupe jusqu'à ce que je le récupère pour le monter à l'heure suivante.

Pendant les deux premiers mois, Mlle A. n'adresse la parole à personne, elle attend que le moniteur lui attribue son cheval pour aller s'en occuper. Elle panse le cheval, le sort de son box mais elle s'approche peu de lui. Lorsque je récupère Riskan, Mlle A. évite mon regard et ne m'adresse pas la parole. Mme N., sa mère, fait l'intermédiaire. Elle lui demande de me raconter sa séance. Cette dernière reste systématiquement silencieuse.

Deux mois plus tard, le groupe commence à monter à cheval. Mlle A. reste assise à cheval sans que Riskan ne bouge. Cela a duré deux séances. Au cours de la troisième séance, la monture se met à avancer seul. Mlle A. ne fait rien pour l'en empêcher. Lors de la quatrième séance, Mlle A. prend d'elle-même les commandes du cheval pour le déplacer au pas.

Au bout de cinq mois, Mlle A. commence à parler avec sa monitrice de sa peur de mal faire. Elle adresse progressivement la parole aux bénévoles, aux cavaliers du groupe et à leurs parents. Il s'en suit un temps de latence de près de six mois durant lequel les jeunes pratiquent la natation et la marche active.

Lors de la deuxième année, le même groupe revient au centre équestre. Ils reprennent leurs séances et travaillent sous forme de parcours ludiques : ils s'exercent à contrôler leur monture face aux obstacles.

Lors d'une des séances, le cheval de Mlle A. prend le trot sans qu'elle ne s'y attende. Elle perd ses rênes et est déséquilibrée. Elle ne peut pas récupérer le contact avec Riskan, ce qui la tétanise et la fait chuter. Mme N. explique alors au groupe que sa fille fait régulièrement des crises de panique. Une fois celle-ci passée, Mlle A. se relève et dit vouloir remonter à cheval. Par précaution, un bénévole tient le cheval pour éviter une éventuelle chute.

A la fin de ce cours, lorsque je récupère Riskan, elle me sourit et me dit « Tu as vu ? Je suis tombée, mais je suis remontée ». Il s'agit de notre premier contact verbal.

A la fin de l'année, Mlle A. passe son Galop 1². Elle participe et gagne un concours «*équiFun*³ ». **Aujourd'hui**, elle échange avec les parents des cavaliers, les moniteurs ainsi qu'avec les autres cavaliers. Lorsque je récupère Riskan, elle me fait part de son ressenti sur la séance, me raconte les nouveautés qu'elle a su faire aujourd'hui, le tout en me souriant et en me demandant de l'aide pour ranger ses affaires.

² « Le galop 1 consiste à se déplacer seul au pas et au trot en selle, de diriger son cheval en main, et de panser son équidé » Fédération Française d'Equitation

³ Equifun : « Animation inscrite dans un projet de pédagogie ludique. [...] Le but de l'équifun est de développer la faculté du cavalier à maîtriser sa monture par le choix des options qui correspondent le mieux à ses capacités » Fédération Française d'Equitation

1.2 Vers l'intérêt professionnel

J'ai constaté que Mlle A. semblait avoir peur du cheval. Elle ne voulait pas s'approcher de lui et reculait à chacun de ses mouvements. Sa progression a pris du temps mais nous ne pouvons pas la négliger. Ces trois ans m'ont permis de voir l'évolution de Mlle A., autant d'un point de vue physique par la posture qu'elle prend à cheval, que psychique par les sourires et paroles qu'elle m'adresse désormais. Je me suis posée la question suivante : **Qu'est-ce que les troubles du spectre autistique ?**

De plus, le comportement de Mlle A. a évolué. Elle est passée de l'isolement dans son monde intérieur à une ouverture progressive aux autres, notamment envers moi lors de nos courtes interactions. J'ai aussi observé que le fait d'avoir quelque chose en commun (dans ce cas, le même cheval) peut aider à engager une conversation et ainsi débiter une relation. A la suite de sa chute, Mlle A. a exprimé verbalement l'envie de remonter à cheval, alors qu'un grand nombre de cavaliers vivent la chute comme un échec. Il m'a semblé qu'elle s'est relevée plus forte. Elle m'a adressé la parole spontanément. Il s'agissait vraiment de son premier échange verbal avec moi. J'ai été très surprise de l'entendre me parler ayant pris pour habitude d'être la seule à échanger. Cela m'a réellement interpellée. Je me suis donc posée la question suivante : **Dans quelles mesures l'équithérapie peut-elle être appropriée pour un jeune atteint de TSA ?**

Cette situation m'a permis de découvrir la médiation par l'animal. Pour faire le parallèle avec le métier d'infirmier, je me suis interrogée sur cette médiation aidée par le cheval. Comment peut-elle entrer dans le cadre du soin et devenir une médiation thérapeutique afin de créer un lien social et construire une relation de confiance dans le temps ? Je me suis questionnée sur **la pertinence de l'équithérapie dans la prise en charge des jeunes atteints de TSA ainsi que la place et le rôle d'un infirmier dans cette prise en charge.**

Dans le but de vérifier le caractère judicieux de mon sujet, je me suis tournée vers plusieurs professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mon stage en Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes. Trois infirmières et une équicienne⁴ (professionnel pratiquant l'Equicie⁵) m'ont répondu. Selon elles, mon travail de recherche est adapté à la population de jeunes atteints de troubles du spectre autistique, il peut également être étendu à d'autres populations comme les personnes âgées ou les patients dépressifs. Par ailleurs, elles m'ont confirmé que ce moyen de médiation tend à se développer et trouve progressivement sa place dans notre société actuelle.

1.3 Pour obtenir une question de départ

Compte tenu de ma situation d'appel et des recherches menées, j'ai souhaité explorer un aspect des troubles du spectre autistique. J'ai choisi d'orienter mon travail vers la relation aux autres qui induit la création du lien social.

Dans ces conditions, **en quoi l'équithérapie, utilisée comme médiation auprès de jeunes atteints de troubles du spectre autistique, permet-elle de créer un lien social ?**

⁴ Un équicien : C'est un professionnel qui bénéficie de connaissances en anatomie, physiologie, psychologie, et en éthologie humaine et animale. Toutes ces connaissances indispensables à sa pratique lui permettent d'avoir un métier « transdisciplinaire » (à la fois « médecin, kinésithérapeute, infirmier, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, psychothérapeute, éducateur spécialisé, moniteur d'équitation, assistant social » Isabelle CLAUDE Le cheval médiateur page 87.).

⁵ Equicie : « L'Equicie est une pratique, un moyen qui s'adresse à toutes les personnes atteintes d'une déficience, d'un handicap [...] c'est une démarche d'accompagnement » Isabelle CLAUDE Le cheval médiateur page 86-87.

2 Cadre théorique et conceptuel

2.1 Les troubles du spectre autistique sont des troubles de la cognition sociale

2.1.1 Définition et sémiologie

Les troubles neurodéveloppementaux – TND, introduits par le DSM-5⁶, regroupent de nombreuses pathologies dont les « *troubles du développement intellectuel, de la communication, du spectre de l'autisme, des apprentissages moteurs et le déficit de l'attention/hyperactivité* »⁷.

Les troubles du spectre autistique - TSA, précédemment appelés troubles envahissants du développement – TED, sont plus communément connus sous le terme « **autisme** ». Ces troubles sont définis par le DSM-5 comme des « *déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés* »⁸. L'INSERM les définit comme « *un trouble envahissant du développement qui apparaît précocement au cours de l'enfance et persiste à l'âge adulte. Il se manifeste par des altérations dans la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer, ainsi que par des troubles du comportement. Les personnes souffrant d'autisme semblent souvent isolées dans une sorte de monde intérieur* »⁹. Les TSA apparaissent dans l'enfance, avant l'âge de 3 ans, puis se chronicisent pour perdurer à l'âge adulte. Ils regroupent plusieurs déficits et altérations concernant les relations aux autres et la communication.

Le Docteur Baudouin FORGEOT D'ARC, dans son article *L'autisme, un trouble de la cognition sociale ?*, explique que « *[les] différences entre autistes et non-autistes [concernent] le raisonnement sur les situations sociales, la perception des stimuli sociaux, l'intérêt pour les aspects sociaux de l'environnement. Le lien entre ces différentes particularités n'est pas connu, mais il est clair qu'elles existent très tôt dans le développement.* »¹⁰.

⁶ American Psychiatric Association. *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. ISBN : 978-2-294-73963-7.

⁷ CROCQ M-A. Troubles neuro-développementaux, troubles du spectre de l'autisme. [Format PDF]. 2013. Consulté le 01/03/2018. Disponible à <https://www.sciencedirect-com-s.etna.bib.uvsq.fr/science/article/pii/S0924933813002228?via%3Dihub>

⁸ American Psychiatric Association. *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. ISBN : 978-2-294-73963-7. Page 24

⁹ *Dossier d'information sur l'autisme* de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale par le Pr Catherine BARTHELEMY [en ligne]. [Consulté le 25/10/2017]. Disponible à <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/autisme>

¹⁰ FORGEOT D'ARC, Baudouin. *L'autisme, un trouble de la cognition sociale ?*. SPS n°300 [Consulté sur internet]. Avril 2012.

Cela démontre que les TSA possèdent un tableau clinique ayant des répercussions sur les interactions aux autres, à soi, mais aussi sur des comportements particuliers et individuels.

Compte tenu de ce qui précède, les TSA sont aujourd'hui classés sous forme de niveaux de sévérité qui permettent de qualifier l'importance des déficits de communication et d'interaction. Nous pouvons distinguer **3 niveaux de sévérité** :

- « **Niveau 1 – Nécessitant une aide** »¹¹ : Les personnes atteintes de TSA, avec de l'aide peuvent converser normalement, par des phrases construites et complètes, mais ne parviennent pas à avoir des échanges sociaux réciproques. Ils sont confrontés à des difficultés d'organisation et de planification.
- « **Niveau 2 – Nécessitant une aide importante** »¹² : Concernant la communication sociale, les personnes éprouvent des difficultés à initier des relations et peuvent répondre de façon anormale aux initiatives des autres. Ils ont également des difficultés à supporter le changement et un manque de flexibilité au niveau du comportement.
- « **Niveau 3 - nécessitant une aide très importante** »¹³ : Ce niveau regroupe les patients ayant des déficits de la communication sociale graves. C'est-à-dire, une limitation très altérée de la capacité à créer des liens sociaux. De plus, la capacité d'adaptation au changement est extrêmement difficile pour eux.

Concernant l'incidence de cette pathologie, selon le site internet Vaincre l'Autisme¹⁴, une naissance sur cent est touchée par des TSA. Cela représente environ 1% de la population française, soit environ 650 000 personnes. Parmi toutes ces personnes, seulement 20% des enfants sont scolarisés. Au niveau du sexe-ratio, trois garçons sont atteints de TSA pour une fille.

¹¹ American Psychiatric Association. *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. ISBN : 978-2-294-73963-7. Page 27

¹² Ibid. Page 27

¹³ Ibid. Page 27

¹⁴ Vaincre l'autisme [en ligne]. [Consulté le 23/10/2017]. Disponible à <http://www.vaincrelautisme.org>

Au sujet de la sémiologie, selon le Dr A. AKRICHE, les TSA se caractérisent grâce à la « *triade autistique* »¹⁵. En effet, on peut distinguer une « *perturbation du fonctionnement de l'individu* »¹⁶ visible grâce aux **trois groupes signes cliniques** suivants :

- **Altération qualitative des interactions sociales réciproques :**

Ce regroupement de signes comprend une difficulté à développer des relations sociales avec les pairs, ainsi que des comportements qui ne permettent pas de réguler les interactions sociales. Par exemple, une personne atteinte de TSA, peut avoir un manque d'intérêt, des difficultés dans les jeux de groupe, une mauvaise utilisation des contacts visuels et une pauvreté des expressions faciales. De même, il peut y avoir une absence de partage des intérêts spontanés.

- **Altération qualitative des modalités de communication :**

Concernant la qualité des modalités de communication, on constate une anomalie d'apparition du langage oral à titre de retard ou d'absence avec peu ou pas de gestes de communication sociale, tel que le pointage distal ou les hochements de tête. Ils peuvent avoir des difficultés à engager ou maintenir une conversation et avoir un langage répétitif, stéréotypé avec, par exemple, des écholalies. De même, une absence d'utilisation du « je » ou une inversion des pronoms peuvent être constatées.

- **Répertoire d'intérêts et d'activités restreints stéréotypés, répétitifs :**

Les centres d'intérêts des personnes atteintes de TSA sont généralement restreints, et atypiques, par exemple un jeune atteint de TSA peut être focalisé sur les roues d'une voiture. Ils sont souvent sujet aux autostimulations et/ou hypersensibilités, comme les bruits de voiture. Par ailleurs, un changement ou une modification de leurs habitudes peut entraîner une perte de leur repères quotidiens qui sont ancrés dans des rituels immuables.

Ainsi, l'article du Dr B. FORGEOT D'ARC¹⁷ démontre que « *L'autisme semble mieux décrit par une association de traits définissant un profil particulier dans ses caractéristiques sociales et non sociales.* ». En effet, les « *atypies* » comportementales, à titre de replis, d'indifférence, ainsi que les « *stéréotypies et rituels* » peuvent faire partie de la sémiologie autistique. Les TSA sont des pathologies infantiles persistantes à l'âge adulte, dont l'évolution diffère d'un individu à l'autre. Cette dernière est fonction du degré d'atteinte des TSA, défini précédemment.

¹⁵ Cours du Dr A. AKRICHE (Docteur en service de Psychiatrie Infanto-juvénile – Unité PEDIATED) du 04/11/2016 sur les *Troubles relationnels précoces et Troubles du spectre de l'autisme*.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ FROGEOT D'ARC, Baudouin. *L'autisme, un trouble de la cognition sociale ?*. SPS n°300 [consulté sur internet]. Avril 2012.

2.1.2 Evolution et conséquences des troubles du spectre autistique

Les troubles du spectre autistique sont des pathologies infantiles persistantes à l'âge adulte. Cependant, l'organisation mondiale de la santé – OMS, montre que chaque personne atteinte de TSA peut **mener sa vie de façon différente**. En effet, « *Certaines personnes atteintes d'un trouble du spectre autistique sont capables de mener une vie indépendante, mais d'autres souffrent de handicaps graves qui nécessitent des soins et une aide toute la vie durant.* »¹⁸.

Lorsqu'un TSA est diagnostiqué chez un enfant, il est essentiel que la famille comprenne cette pathologie pour mieux l'appréhender. En effet, les troubles du spectre autistiques sont assez méconnus et leurs représentations souvent erronées.

C'est pourquoi l'OMS recommande que la famille « *bénéficie d'informations pertinentes, d'une orientation vers des services spécialisés et d'une aide pratique en fonction de leurs besoins particuliers.* »¹⁹. Les besoins de cette population sont complexes et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Cependant, le milieu soignant n'est pas le seul acteur de leur prise en charge. Il travaille en collaboration avec « *d'autres secteurs comme ceux de l'éducation, de l'emploi et de l'action sociale.* »²⁰.

De plus, les personnes atteintes de TSA **peuvent développer des comorbidités** « *parmi lesquelles l'épilepsie, la dépression, l'anxiété, les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité.* »²¹. Ces pathologies associées aux TSA nécessitent une prise en charge conjointe adaptée.

Il est donc nécessaire que ces personnes atteintes de TSA soient suivies de manière efficace et en accord avec les recommandations de l'HAS. Cependant, en France, aucune Recommandation de Bonne Pratique – RBP, n'avait été publiée jusqu'au plan Autisme débuté en 2008.

¹⁸ Organisation mondiale de la santé [en ligne]. Consulté le 19/03/2017. Disponible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

2.1.3 Les traitements de nos jours

Ce plan Autisme, mené de 2008 à 2010 par la Haute Autorité de Santé – HAS, a donc conduit à l'élaboration des **premières RBP**, concernant les interventions auprès des enfants et des adolescents atteints de TSA. On y retrouve des éléments utiles à la prise en charge de ces derniers.

Tout d'abord, nous pouvons affirmer que la prise en charge d'un enfant atteint de TSA est holistique car elle fait intervenir de nombreux acteurs, dont « *médecins, particulièrement psychiatres, psychologues, éducateurs spécialisés, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers, et professionnels coordinateurs* »²².

L'équipe soignante a pour objectif de « *proposer à l'enfant et sa famille un cadre relationnel sécurisant, réduire les obstacles environnementaux augmentant sa situation de handicap, conduire à son bien-être et à son épanouissement personnel.* »²³

Il n'y a pas encore de traitements médicamenteux permettant de guérir les TSA. Pour autant, l'utilisation de certains médicaments est parfois nécessaire au traitement des pathologies associées, dont l'utilisation « *[peut] avoir une place, non systématique et temporaire, dans la mise en œuvre de la stratégie d'interventions éducatives et thérapeutiques* »²⁴.

En outre, les interventions sociales, comme les thérapies comportementales, peuvent « *réduire les difficultés de communication et de comportement social et influencer favorablement sur le bien-être et la qualité de vie.* »²⁵

L'objectif de notre prise en charge selon le projet individualisé de chaque jeune est de les aider à connaître leurs limites, poser un cadre sécurisant et de les aider à interagir avec autrui.

²² Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Mars 2012. [Format PDF]. Page 6

²³ Ibid. Page 22

²⁴ Ibid. Page 34

²⁵ Organisation mondiale de la santé [en ligne]. Consulté le 19/03/2017. Disponible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>

2.2 Les objectifs de la prise en charge d'un jeune atteint de troubles du spectre autistique

La prise en charge d'un patient se divise en deux parties : « Cure and Care » (soigner et prendre soin). Toutefois les TSA sont des pathologies chroniques et il n'est pas encore possible de les guérir. Toute la démarche du personnel soignant est donc centrée autour du « care ».

Abordons à présent les moyens dont nous disposons pour prendre en charge un jeune atteint de TSA.

2.2.1 Le « care », un fondamental dans la prise en charge d'un patient atteint de troubles du spectre autistique

Le concept de prendre soin vient d'un mot anglais : « Care ». Il s'agit d'un terme que l'on peut difficilement traduire. Il associe à la fois la relation et l'action de soin. Sa signification est différente en fonction de la théorie que l'on choisit. Pour nous soignant, ce concept est intéressant dans le sens de prendre soin. Pour Agata ZIELINSKI, le « Care » est une notion qui se définit en quatre points :

Elle commence par le « **Caring about** : se soucier de »²⁶. Ce dernier permet donc de se soucier tout d'abord de soi, pour ensuite pouvoir se soucier de l'autre. Cet aspect du « care » implique de constater et d'évaluer les besoins du patient en face de nous.

« Vient ensuite l'aspect du **taking care of** : prendre en charge »²⁷. C'est l'étape où l'on prend en charge le patient, son objectif est de répondre aux besoins que nous avons identifiés au cours du « caring about ».

Puis « la dimension du **care giving** : prendre soin »²⁸. C'est l'étape où nous réalisons le soin au contact direct du patient. Il s'agit du moment le plus individualisé, le plus relationnel au cours duquel la relation de soin prend forme. Nous pouvons élargir ce concept : dans un premier temps nous prenons soin de la personne pour qu'ensuite elle puisse prendre soin d'elle-même et des autres.

²⁶ ZIELINSKI Agata. *L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin*. Page 2

²⁷ Ibid. Page 3

²⁸ Ibid. Page 3

Enfin « *le care receiveing* : recevoir le soin »²⁹. C'est l'étape de l'évaluation du soin prodigué permettant d'avoir le résultat de notre prise en charge.

Cette façon de prendre le patient en charge permet d'avoir une approche globale et de partager du temps avec eux, pour évaluer la justesse de notre soin. « *Le care permet de redonner une place à la vulnérabilité dans le lien social.* »³⁰. Cette approche offre une véritable place au patient dans la relation soignant-soigné et rend possible un réel échange. Le « care » est donc une notion clé de l'accompagnement infirmier.

2.2.2 L'accompagnement infirmier pour restaurer le lien social

Maela PAUL définit l'accompagnement comme venant du latin « *ac (vers), cum (avec), pagnis (pain)* »³¹. L'étymologie est « *être avec et aller vers* »³². Le sens retenu par cette auteure est de « *se joindre à quelqu'un, pour aller où il va, en même temps que lui* »³³. Cela fait intervenir plusieurs dimensions : **relationnelle** (se joindre), **opérationnelle** (aller), ainsi que **temporelle** (en même temps), qui impliquent que l'action soit choisie, réglée et faite par la personne accompagnée. L'accompagnant le seconde dans la réalisation de son action.

La dimension temporelle montre que les deux protagonistes agissent ensemble. Cela signifie qu'ils interviennent « *sur la base d'accords, d'objectifs et de moyens partagés* »³⁴. Le rôle de la personne qui seconde est de guider, d'aider et d'enrichir son interlocuteur, en lui permettant d'expérimenter ses actions et ses choix.

L'accompagnement tend « *à se définir comme pratiques intégratives dans laquelle un professionnel essaie d'être au plus près de la personne dans l'exploration d'une situation difficile ou d'une épreuve à franchir, dans les moments de positionnement et d'orientation, de choix et de prise de décision, dans l'évolution d'une situation problématique* »³⁵. Il s'agit donc d'une aide externe, d'un conseiller qui va guider la personne pour qu'elle avance dans ses choix, ses expériences et parfois de l'aider à trouver le sens de certaines situations.

²⁹ ZIELINSKI Agata. *L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin*. Page 4

³⁰ Ibid. Page 9

³¹ BLAVOET Jean-pierre. PAUL, Maela (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. [Format PDF]. 2009. Page 95.

³² Ibid. Page 95.

³³ Ibid. Page 95.

³⁴ Ibid. Page 97.

³⁵ Ibid. Page 101.

Par ailleurs, les personnes atteintes de TSA ont des difficultés à décoder le comportement social d'autrui. En effet, la triade autistique comporte une altération qualitative des interactions sociales, qui les met en difficulté pour interpréter ce que pensent ou ressentent les autres. Il en découle une altération du lien social.

En sociologie, Evelyne GRANGE-SEGERAL définit le lien social comme « *l'ensemble des appartenances, des affiliations, des relations qui unissent les gens ou les groupes sociaux entre eux.* »³⁶. C'est le lien qui unit les individus d'un groupe, comme la famille. De plus, il peut également être amené à varier en fonction de plusieurs facteurs, comme les « *valeurs collectives* »³⁷.

L'accompagnement est un moyen de restaurer ce lien social. En effet, les deux protagonistes vont ensemble trouver les solutions aux situations difficiles auxquelles un enfant atteint de TSA peut être confronté. Le soignant va avoir un rôle de contenant pour le jeune, en l'aidant à comprendre les règles sociales et ainsi maîtriser les réactions inappropriées qui génèrent un malaise en société.

Cet accompagnement peut être réalisé à travers une médiation.

2.2.3 La médiation thérapeutique grâce à l'objet transitionnel

La **médiation en général**, se définit, selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, comme le « *fait d'utiliser une personne ou un objet intermédiaire entre plusieurs individus dans une situation donnée, conflictuelle ou positive, visant à l'aboutissement d'un projet collectif.* »³⁸. Ce concept permet d'utiliser un tiers, pour aboutir à un objectif commun. La médiation est pertinente dans le cadre où une négociation est bloquée. L'utilisation d'un tiers permet d'éviter un conflit et de trouver une solution adaptée. La médiation a pour objectif de **maîtriser et d'améliorer la concentration et l'attention**.

Une **médiation thérapeutique** résulte d'un travail collectif de l'équipe pluridisciplinaire. Elle permet d'identifier les comportements des patients au quotidien et de **mettre en place un projet de soins individualisé** pour chaque patient.

³⁶ GRANGE-SEGERAL, Evelyne. Lien social, lien thérapeutique, lien familial. *Causalité, déterminisme et interprétation dans les sciences humaines* [format PDF]. 2014, pages 69 à 82. Disponible à <https://www-caim-info-s.etna.bib.uvsq.fr/revue-connexions-2014-2-page-69.htm>

³⁷ Ibid.

³⁸ PAILLARD, Christine. Dictionnaires des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy-le-grand : Sètes, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3. Page 250.

Lors d'une médiation thérapeutique, l'infirmier a une posture bienveillante qui permet également de rappeler les limites et le cadre institutionnel. Elle « *peut s'appliquer dans divers domaines pour tous les âges de la vie et en pratiquant diverses activités* »³⁹. C'est une pratique indispensable à la profession infirmière qui peut utiliser un **tiers humain, animal, ou inanimé** comme objet transitionnel.

L'objet transitionnel est un phénomène universel. Pour WINNICOTT, « *son absence témoignerait d'un développement émotionnel très perturbé* »⁴⁰. Il s'agit d'un phénomène de transition durant lequel l'enfant se sépare de ses parents pour avoir sa « *première possession non-moi* »⁴¹. Cet objet permet de créer un espace de compromis entre les parents et l'enfant. Il s'agit pour « *la mère de reprendre sa vie à elle, tandis que l'enfant évolue progressivement vers l'indépendance* »⁴². Ces premières possessions permettent à l'enfant d'évoluer, de grandir, d'aller vers son autonomie. L'enfant prend véritablement possession de l'objet au moment où « *il le tripote, le suce, le salit, l'abime* »⁴³. Cette prise de possession lui permet de transférer ses émotions. Parfois, l'objet peut être aimé et d'autres fois subir des agressions.

Les objets transitionnels prennent des formes diverses et variées. Le plus souvent, il s'agit du doudou. WINNICOTT parle de « *jouets moelleux [et] de jouets dur* »⁴⁴. Les jouets moelleux font référence aux poupées, aux ours en peluche ; tandis que les jouets durs sont les jouets en bois, ou en métal. Ces objets peuvent être animés ou non et permettent à l'enfant de comprendre les concepts de possession et d'appartenance.

Cet objet peut donc être utilisé comme médiateur pour accéder à une relation aux autres, que ce soit une relation soignant-soigné ou une relation sociale.

Comme les objets transitionnels peuvent être inertes ou animés, il en est de même de la médiation. Elle peut avoir lieu autour d'un objet ou d'un être vivant.

Concernant le médiateur vivant, il peut s'agir d'un être humain extérieur à la situation, ou d'un animal.

³⁹ PAILLARD, Christine. Dictionnaires des concepts en soins infirmiers. 2ème édition. Noisy-le-grand : Sètes, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3. Page 251.

⁴⁰ WINNICOTT, D. W., Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, dans *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975. Page 32.

⁴¹ WINNICOTT D. W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Traduit par KALMANOVITCH Jeannine. Londres : Sciences de l'homme Payot, 2014. ISBN : 978-2-228-88117-3. Page 169

⁴² Sous la direction de GOLSE Bernard. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Issy-les-Moulineaux : Massons, 2008. ISBN : 978-2-294-70060-6. Page 83.

⁴³ Ibid. Page 84.

⁴⁴ WINNICOTT D. W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Traduit par KALMANOVITCH Jeannine. Londres : Sciences de l'homme Payot, 2014. ISBN : 978-2-228-88117-3. Page 170.

La médiation animale se définit par la « *recherche des interactions positives de la mise en relation intentionnelle humain-animal dans des domaines éducatifs, sociaux ou thérapeutiques* »⁴⁵. Les animaux, qui peuvent intervenir dans les prises en charge, sont des animaux domestiques ou familial. Les plus communs sont les canidés, les félidés et les équidés.

Dans la prise en charge des patients atteints de TSA, Katie R. GABRIEL explique que la médiation par l'animal « *améliore les capacités adaptatives et fonctionnelles, les compétences sociales, les processus sensoriels et les compétences de communication* »⁴⁶. De plus, l'animal est un être attractif. En effet, « *les personnes ont des tendances naturelles de vouloir être avec un animal. Cette tendance peut être utilisée comme renforcement et contribue au fait que l'enfant désire poursuivre sa thérapie* »⁴⁷.

Cela explique que les thérapies animales commencent à se développer progressivement. De plus en plus de professionnels paramédicaux sont formés aux médiations par l'animal, des associations ouvrent leurs portes et des diplômes sont créés.

L'une des médiations incluant l'infirmier dans la prise en charge des personnes atteintes de TSA, est l'équithérapie. Nous développerons cet aspect de la médiation animale dans la prochaine partie.

⁴⁵ Fondation A et P SOMMER. [en ligne] [Consulté le 11/04/2018] Disponible à <https://www.fondation-apsommer.org/>

⁴⁶ GABRIEL R. Kathie. Animal therapy for children with autism spectrum disorder. EP Magazine [Format PDF]. Avril 2016. Traduit par moi-même.

⁴⁷ Ibid.

2.3 Une médiation grâce à un animal : L'équithérapie

2.3.1 Le cheval, objet de soin de l'Antiquité à nos jours

Dès l'antiquité, le cheval est vu comme un objet de soins : Xénophon⁴⁸, disciple de Socrate, 400 ans avant J.-C., dit « *Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et le cœur.* ». En effet, le cheval est alors le moyen de transport le plus pratique, c'est pourquoi les grecs l'utilisaient pour se maintenir en bonne santé.

Au XXème siècle, l'équitation thérapeutique⁴⁹ commence à se mettre en place dans certains pays : notamment le Danemark, la Norvège, l'Angleterre et le Canada. A cette époque, cette médiation est davantage orientée vers les troubles moteurs.

En France, l'équitation thérapeutique à visée de rééducation motrice est pratiquée à partir des années 70. Ce sont des kinésithérapeutes et des psychomotriciens qui sont en charge de celle-ci. Dès lors, plusieurs associations voient le jour, notamment Handi-cheval.

Durant les années 90, certaines activités « *cheval et handicap* »⁵⁰ sont créées. Elles sont davantage mises en place pour les personnes institutionnalisées. La médiation équine commence à prendre forme. Cette dernière sera développée lors d'un congrès, en 2000, et vient alors le terme « d'équithérapie ».

Etymologiquement, le mot équithérapie vient « *du latin Equus, « cheval », et du grec ancien therapéia, « cure » ce qui signifie littéralement « prendre soin du cheval* »⁵¹. Selon Isabelle CLAUDE, de nos jours, nous considérons que son sens de « **prendre soin de la personne avec le cheval** »⁵² semble admis.

L'équithérapie regroupe de nombreuses autres notions. Elles comportent, par exemple, la préparation de la séance, sa mise en œuvre, et le professionnel l'encadrant, que ce soit un soignant ou un moniteur d'équitation. Au vu de la diversité de ces notions, il existe un grand nombre de pratique de l'équitation à visée thérapeutique. Dans son ouvrage, *Le cheval médiateur*, Isabelle CLAUDE, présidente de la fondation Handi-cheval, explicite les différents termes autour de l'équithérapie et ce qu'ils signifient.

⁴⁸ Xénophon, historien et philosophe grec (Vème siècle avant J.-C.).

⁴⁹ « *L'équitation thérapeutique englobe toutes les formes d'activités équestres conçues à l'intention des personnes ayant quelques forme de déficiences que ce soit* » CLAUDE, Isabelle. *Le cheval médiateur*. Paris : Belin, 2015. ISBN : 978-2-7011-9389-2. Page 18.

⁵⁰ CLAUDE, Isabelle. *Le cheval médiateur*. Paris : Belin, 2015. ISBN : 978-2-7011-9389-2. Page 15.

⁵¹ Ibid. Page 19.

⁵² Ibid. Page 19.

Ces différents termes viennent des bénéfices multiples de l'utilisation de l'équidé dans différentes interventions soignantes. En effet, il peut être utilisé à titre de rééducation motrice ou de rééducation psychique. Par conséquent, l'équithérapie est un terme qui englobe toutes les pratiques où le cheval est amené à jouer un rôle thérapeutique. Nous pouvons donc distinguer plusieurs thérapies où le cheval est médiateur.

« **La rééducation par l'équitation** »⁵³ : C'est un moyen de rééducation qui utilise l'équitation. En effet, le cheval permet de mobiliser de nombreux muscles lors de l'activité équestre. Cette rééducation est la première forme d'équithérapie à avoir été créée par Renée DE LUBERSAC.

« **Les activités adaptées avec le cheval** »⁵⁴ : Il s'agit d'une médiation qui met le patient en contact avec le cheval. Il n'y a pas d'objectifs sportifs, uniquement des attentes au niveau des ressentis de la personne. Le patient observe le cheval, le touche. Il n'est pas question de monter sur le cheval, mais de se laisser porter par lui. Cela permet de faire ressentir en excès les mouvements du cheval et de permettre de verbaliser ses émotions, comme la peur ou la joie.

« **L'équitation adaptée** »⁵⁵ : C'est la pratique de l'activité sportive équestre pour les personnes en situation de handicap. Elle n'a pas d'objectif de soins en premier lieu, mais des objectifs sportifs. Cependant, comme le sport vise à se maintenir en santé, l'équitation adaptée fait partie des pratiques d'équithérapie. Comme l'équitation, cette activité est gérée par une fédération et des championnats de France sont organisés chaque année.

« **L'équitation thérapeutique** »⁵⁶ : C'est la pratique de l'équitation pour toutes les personnes atteintes de déficiences. En effet, elle permet à tout un chacun de pratiquer l'équitation. Des objectifs sont mis en place au début de la prise en charge et évoluent en fonction de chaque séance. Ils dépendent de la demande que fait le patient, sa famille ou l'institution. De plus, ils sont propres à chaque pathologie. Il est essentiel d'individualiser les objectifs.

« **L'équicie** »⁵⁷ : C'est une profession de la médiation équine (avec un diplôme) qui s'appuie sur la présence du cheval pour accompagner les personnes en situation de handicap ou de souffrance passagère. Le patient observe le cheval, est en contact avec lui, ne le monte pas, mais se laisse porter par lui.

⁵³ CLAUDE, Isabelle. Le cheval médiateur. Paris : Belin, 2015. ISBN : 978-2-7011-9389-2. Page 16.

⁵⁴ Ibid. Page 17.

⁵⁵ Ibid. Page 17.

⁵⁶ Ibid. Page 17.

⁵⁷ Ibid. Page 22.

2.3.2 Les indications de la médiation équine

Toutes ces thérapies peuvent prendre en charge une patientèle atteinte de différents troubles. L'institut de formation d'équithérapie propose une prise en charge dès l'enfance et qui perdure jusqu'à l'adolescence. Il accueille des jeunes atteints de « *troubles envahissants du développement, troubles spécifiques du développement, troubles intellectuels, ou troubles de l'attention ou du comportement.* »⁵⁸.

Cependant, nous pouvons avoir également des patients atteints de handicaps moteurs. Leur prise en charge va dépendre de l'objectif qui sera fixé. Le professionnel qui mènera la séance ne sera pas le même, en fonction du type de handicap ainsi que de la rééducation envisagée.

Les séances sont préétablies à l'avance mais sont amenées à varier en fonction des besoins et des objectifs de chaque participant. L'approche globale d'une séance est toujours la même. L'intérêt est de faire participer le patient à chaque étape depuis la découverte de l'équidé, le pansage, le travail (le temps de monte), pour enfin à nouveau prendre soin du cheval avant de le rentrer au box. Chacune de ces étapes a autant de valeur que le temps de monte, et exprime tout l'intérêt de la démarche.

De plus, la société française d'équithérapie a posé comme objectif « *d'agir sur le fonctionnement psychique du patient par des moyens psychiques et corporels* ». Elle ne doit ni être considérée comme loisir ni comme pratique sportive, il s'agit d'une médiation. En effet, « *L'utilisation du cheval dans un dessein thérapeutique n'est pas l'apprentissage de l'équitation.* »⁵⁹.

⁵⁸ Institut de formation en équithérapie [en ligne]. Mis à jour en avril 2012 [Consulté le 24/03/2018]. Disponible à <http://www.ifequitherapie.fr>
⁵⁹ HAMEURY, L., DELAVOUS, P., et al. Equithérapie et autisme. *Annales médico-psychologiques* [format PDF]. 2010. Disponible à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00690278/document> . Page 656.

2.3.3 L'intérêt de la médiation équine dans la prise en charge des troubles du spectre autistique

Une des spécificités de la relation avec un cheval, décrite par Isabelle AUBERT, est qu'elle « *nécessit[e] une perception, une acceptation des signaux qu'il émet puis une bonne interprétation de ceux-ci* »⁶⁰. En effet, la communication avec l'animal ne peut pas être d'ordre verbale. Il faut donc comprendre les signaux non verbaux qu'il nous envoie afin de pouvoir communiquer avec lui. Ceux-ci passent grandement par le mode digital et le toucher. Grâce à ce toucher, l'image du corps de l'enfant est travaillée. En effet, les parties du corps du cheval ayant une terminologie proche de celle de l'homme, permettent à l'enfant de faire émerger une reconnaissance des limites du corps.

L'animal qu'est le cheval ne porte pas de jugement, il devient alors un « *contenant capable de recevoir les projections humaines qu'il renverra en miroir* »⁶¹. En effet, la façon dont l'enfant prend soin du cheval fait écho à la façon dont sa mère prenait soin de lui. En tant qu'animal vivant, il est un véritable **contenant d'émotions**. L'image de l'équidé correspond à la force, la puissance et la liberté. Ces représentations du cheval renvoient à la **figure paternelle**.

L'équithérapie fait référence aux principes que WINNICOTT décrit comme nécessaires à la construction de chaque individu : « *holding and handling* ». Ces concepts font écho aux besoins primordiaux de l'enfant. Nous pouvons les transposer dans la façon dont l'enfant va participer aux séances d'équithérapie. Le thérapeute a un rôle fondamental dans ces concepts. Il doit « *créer et tenir le cadre tant avec le cavalier qu'avec le cheval* »⁶².

En effet, le **Handling** est « *la façon adéquate qu'a une mère de soigner et de manipuler corporellement son enfant* »⁶³. Il fait référence au temps de pansage, où l'enfant brosse le cheval, le caresse, il prend soin de lui.

Le **Holding** est « *la façon dont la mère porte et maintient son enfant physiquement et psychologiquement [...] il est fondamental que ce processus se déroule dans un climat de sécurité et de confiance* »⁶⁴. Lors des séances d'équithérapie c'est le moment où l'enfant va être amené à monter à cheval.

⁶⁰ AUBARD, Isabelle. Activité thérapeutique et cheval. Vie sociale et traitements n°94 [Format PDF]. 2007. Pages 117 à 120. Disponible à <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-2-page-117.htm> . Page 118

⁶¹ Ibid. Page 118

⁶² Ibid. Page 119

⁶³ Ibid. Page 119

⁶⁴ Ibid. Page 118

Ces concepts renvoient à une situation régressive au sein de laquelle l'enfant retrouve ses relations archaïques. Cela lui permet de « *retrouver une base sécurisante* »⁶⁵. Laetitia MERMET, dans son article *Equithérapie : Du corps vécu au corps relationnel*, montre que l'enfant arrive à recréer un lien avec les autres grâce à l'animal. En effet, « *Peau contre peau, petit à petit, pas à pas, l'enfant renoue avec ce corps vivant, ici le cheval, pour qu'il ose un jour se lier à d'autres humains sans craintes* »⁶⁶.

Afin d'étudier les effets de l'équithérapie, le centre universitaire de pédopsychiatrie de Tours a proposé une thérapie à six enfants atteints de TSA en 2004. Cette thérapie a été analysée par HAMEURY L. et al. L'objectif était d'appliquer, dans un cadre extrahospitalier les techniques thérapeutiques développées au cours des dernières années, avec le cheval comme médiateur. Les activités proposées autour du cheval sont variées et n'impliquent pas uniquement de monter à cheval, par exemple : « *observation des poneys dans leur box et en liberté, pansage, conduite à pied, [...] jeux divers en groupe* »⁶⁷. En parallèle de l'équithérapie, les enfants étaient à l'hôpital de jour, ou scolarisés.

À la suite des séances, nous pouvons remarquer que « *toutes les fonctions sont améliorées, surtout celles concernant la communication* »⁶⁸. Les évolutions dépendent du degré d'atteinte de l'enfant, celui qui présentait le retard le plus important est celui qui a fait le moins de progrès. Par conséquent, nous pouvons dire que le cheval est un excellent médiateur qui permet d'amener « *tranquillité, communication et socialisation* »⁶⁹. De plus, les enfants se sont adaptés sans difficultés aux modifications. Cette thérapie en milieu extrahospitalier permet à l'enfant atteint de TSA de bénéficier des soins en étroite relation avec l'hôpital.

« *Le cheval est reconnu comme médiateur, source de sensations et d'apaisement, support d'identification et de socialisation, équivalent d'objet transitionnel, ayant un rôle de holding, c'est-à-dire de portage, de bercement, de soutien, mais aussi de handling, puisque en tant qu'objet relationnel, il favorise la création de liens, mais aussi l'indépendance, l'autonomie, l'initiative* »⁷⁰. C'est pourquoi, la médiation équine est connue dans la prise en charge des patients atteints de troubles du spectre de l'autisme. En effet, grâce à plusieurs concepts elle permet au jeune de se développer sur différents plans, tant physiques que psychiques.

⁶⁵ MERMET, Laetitia. Equithérapie, du corps vécu au corps relationnel. Le journal des psychologues [format PDF]. 2012. Disponible à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2012-10-page-68.htm> . Page 69.

⁶⁶ Ibid. Page 69

⁶⁷ HAMEURY, L., DELAVOUS, P., et al. Equithérapie et autisme. Annales médico-psychologiques [format PDF]. 2010. Disponible à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00690278/document> . Page 656.

⁶⁸ Ibid. Page 657.

⁶⁹ Ibid. Page 658.

⁷⁰ HAMEURY, L., DELAVOUS, P., et al. Equithérapie et autisme. Annales médico-psychologiques [format PDF]. 2010. Disponible à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00690278/document> . Page 656.

3 Enquête exploratoire

3.1 Méthodologie de recherche

3.1.1 Présentation de l’outil et de la population

J’ai choisi de mener mon enquête au travers d’entretiens semi-directifs. Ce type d’entretien laisse la parole au soignant et, grâce à des questions de relance, nous pouvons lui demander de compléter ses réponses. Une grille d’entretien comportant des questions communes pour tous les professionnels a été créé afin d’avoir un même fil conducteur.

Mon enquête⁷¹ se divise en deux parties. La première vise à cibler l’échantillon de personnes interrogées. Dans ce but, je recherche des professionnels qui pratiquent l’équithérapie et qui prennent en charge des jeunes atteints de TSA. La seconde est d’avantage orientée sur leur prise en charge et le bénéfice probable de l’équithérapie. J’ai donc mené quatre entretiens comprenant chacun quatre questions pour connaître le soignant et sept questions pour répondre à ma problématique.

Concernant l’échantillon de professionnels, j’ai choisi d’interroger des professionnels ayant pratiqué des séances d’équithérapie auprès de jeunes autistes. A la suite de mes entretiens, j’ai pu créer un tableau récapitulatif des professionnels interrogés lors de mon enquête. Ce tableau reprend les questions pour identifier le soignant.

Tableau 1: Présentation des professionnels de santé

Questions	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Age	47 ans	42 ans	36 ans	42 ans
Année de diplôme	2002 – IDE	1998 – IDE	2009 – IDE	2005 – Psychomotricienne
Formation complémentaire	Oui – Equithérapeute	Oui – Equithérapeute	Non	En cours – Equithérapeute
Choix de travailler avec cette population	Pas forcément	Oui	Oui	Un peu par hasard
Salarié d’un établissement de soins	Oui à 20 %	Non	Oui	Oui, mais projet de changement

⁷¹ Grille d’enquête à consulter en annexe 1.

3.1.2 Présentation des lieux d'enquête

Compte tenu de la difficulté à trouver des professionnels infirmiers ayant pratiqué l'équithérapie, j'ai orienté mes recherches au niveau national. En effet, dans les établissements de soins, la plupart du temps l'infirmier ne participe pas aux séances d'équithérapie. C'est le plus souvent le psychomotricien, l'éducateur spécialisé ou le kinésithérapeute qui co-anime les séances avec un équithérapeute diplômé.

Au total, trois professionnelles m'ont répondu favorablement en région Ile-de-France. Les entretiens se sont déroulés à domicile pour convenir à leurs disponibilités au vu de leur exercice extrahospitalier ou de leurs congés durant la période dédiée aux entretiens.

Une infirmière exerçant en région Hauts-de-France m'a également répondu de manière favorable. Ne pouvant me déplacer jusqu'à son domicile, une visioconférence lui a été proposée, ce qu'elle a refusé, préférant un entretien téléphonique.

J'ai donc pu interroger deux professionnelles exerçant en milieu hospitalier qui accompagnaient les jeunes atteints de TSA aux séances d'équithérapie et deux infirmières équithérapeutes exerçant à leurs comptes. Cela m'a permis d'entrevoir les deux côtés de la prise en charge : un côté accompagnant aux séances d'équithérapie et un côté professionnel médiateur qui dirige la séance.

3.1.3 Présentation du déroulement de l'enquête

J'ai mené mon enquête sur trois semaines. Les professionnels ont accepté que j'enregistre nos échanges, ce qui a facilité leurs retranscriptions. J'ai retranscrit chacun des entretiens très rapidement.

Mes entretiens ont une durée moyenne d'une demi-heure. Ils se sont déroulés en trois parties.

Premièrement, il s'agit de la prise de contact. Nous nous sommes présentées, j'exposais mon thème et son choix. Puis, je commençais à poser mes premières questions afin d'identifier chaque professionnel.

Ensuite, l'entretien a pris sa tournure semi-directive pendant laquelle j'ai posé les questions permettant de répondre à ma problématique. Je me suis parfois sentie dépassée par les réponses qui ne correspondaient pas à ce que j'attendais. Donc, j'ai été amenée à réorienter l'entretien afin de revenir à mon sujet lorsqu'elles s'en éloignaient trop.

Pour conclure mon entretien, je les remerciais du temps consacré et leurs proposais de relire mes retranscriptions, ce que l'une des infirmières a souhaité.

De plus, l'une d'elles m'a demandé de lui transmettre mon travail de fin d'études, car actuellement peu d'études sont menées sur l'équithérapie et ses bénéfices. Elle fait partie de la SFE. Cette société essaie actuellement en train de faire évoluer les pratiques des professionnels autour de l'équithérapie et d'améliorer la vision que les professionnels ont de cette médiation assistée par l'animal. Je serais vraiment heureuse que mon travail de recherche contribue à l'évolution du regard sur ces pratiques.

3.2 Analyse des entretiens

Pour mener à bien cette analyse, j'ai choisi de la découper en trois parties. Dans un premier temps, j'ai analysé les entretiens de façon **quantitative**, c'est-à-dire question par question, en regroupant les réponses des différents professionnels en fonction du thème. Ensuite, pour l'analyse **qualitative**, j'ai repris les entretiens afin de faire émerger les thèmes qui sont présents dans différentes questions. Enfin, j'ai croisé mon analyse avec mon cadre conceptuel dans le but de confirmer mon questionnement initial.

3.2.1 Analyse quantitative

Les professionnelles qui m'ont accordé du temps pour répondre à mes entretiens sont toutes diplômées depuis 5 ans au minimum. Parmi elles, une est infirmière expérimentée (plus de cinq ans d'exercice) et les trois autres sont des professionnelles expertes (plus de dix ans d'exercice). Concernant leur type d'exercice, deux sont salariées à plein temps au sein d'un établissement de soins, la troisième est à 20% et la dernière est à son compte.

Leurs parcours d'exercice sont variés. L'une d'entre elle a commencé sa carrière en soins somatiques, pour ensuite se diriger vers les soins psychiatriques. Deux autres ont exercé uniquement en psychiatrie, et particulièrement dans des services accueillant des jeunes atteints de TSA. La dernière a exercé uniquement en soins somatiques.

Concernant les formations complémentaires : deux sont formées à l'équithérapie par la SFE, une est en train de suivre la formation, actuellement en dernière année. La quatrième ne dispose pas de formation complémentaire d'équithérapeute.

Toutes les professionnelles exercent avec des patients atteints de TSA. Cependant, ce n'était pas forcément un choix initial pour deux d'entre elles. Alors que pour les deux autres, le choix s'est fait spontanément. En effet, cette prise en charge les intéressait, faisant partie de leur projet professionnel. Une des équithérapeutes exerce majoritairement avec des patients autistes (ils représentent 2/3 de sa patientèle) parce qu'elle aime le « *défi d'aller à leur rencontre* », et qu'elle n'avait pas eu l'opportunité d'exercer avec eux en tant qu'infirmière.

Les patients participants aux séances d'équithérapie peuvent être atteints de tous types de déficiences. Pour les soignantes exerçant en institution, les patients qu'elles accompagnent sont surtout atteints de TSA. Les prises en charge débutent dès l'enfance, et peuvent se poursuivre à l'âge adulte. En effet, deux professionnelles sur quatre suivent des patients adultes. Les patients sont sélectionnés en institution en fonction du projet que le service va monter autour de l'activité qui leur est adaptée. Cependant en extrahospitalier, les patients sont adressés aux infirmières équithérapeutes et, par la suite, ce sont elles qui vont décider ce qu'elles peuvent faire avec lui en fonction de la nature de la demande et de leurs compétences.

Parmi les professionnelles, deux professionnelles me décrivent la journée type d'un enfant en hôpital de jour ou de semaine. Lorsque le jeune arrive dans son service d'hospitalisation, il voit son planning pour la journée ou la semaine avec toutes les activités bien identifiées. S'il y a un changement, les soignants préviennent le patient. Une infirmière, exerçant à son compte, ne peut pas me décrire la journée d'un enfant en dehors de sa prise en charge. En effet, les patients sont adressés par leurs parents, et rarement par les institutions. Par conséquent, elles sont peu informées des actions de l'enfant en dehors de leurs séances, excepté par l'intermédiaire des parents. L'une des équithérapeutes m'a décrit le déroulement d'une séance.

Les quatre soignantes interrogées ont choisi de se tourner vers l'équithérapie grâce à leur passion pour le cheval, leur expérience de cavalière et ce que le cheval a pu leur apporter. L'une d'elles m'informe que certains de ses stagiaires choisissent de faire pratiquer l'équithérapie parce que « *voilà le cheval me fait du bien, je voudrais absolument [que les patients] vivent la même chose pour moi* ».

Pour chacune des professionnelles les séances sont organisées de façon hebdomadaire. Deux d'entre elles me confirment que les séances sont parfois un peu plus espacées (tous les quinze jours) en raison du budget conséquent de cette médiation. Trois soignantes accompagnent ou pratiquent l'équithérapie en respectant le rythme scolaire c'est-à-dire de septembre à début juillet et hors des vacances scolaires.

Les attentes des infirmières concernant un jeune atteint de TSA sont fondées sur les axes :

- **Cognitif** : Respecter des consignes, développer sa concentration, son attention et sa mémorisation, améliorer ses compétences, ne pas ritualiser, ne pas se mettre en danger, et développer l'autonomie. (Mentionné par quatre soignantes)
- **Relationnel** : Rapport avec soi, l'extérieur et les autres, lien au cheval pour le transposer aux autres. (Mentionné par quatre soignantes)
- **Psychomoteur** : Travailler sur les stéréotypies, les ressentis et le traitement de l'information. (Mentionné par quatre soignantes)
- **Emotionnel** : Relaxation, ressenti, expression et gérer les émotions. (Mentionné par trois soignantes)
- **Temporo-spatial** : Repères dans le temps et l'espace. (Mentionné par deux soignantes)
- **Sensoriel** : Travailler sur les ressentis et la perception du monde extérieur. (Mentionné par deux soignantes)
- **De prise de plaisir et de motivation**. (Mentionné par deux soignantes)

Les résultats observés pour un patient atteint de TSA sont fondés sur les axes :

- **Relationnel** : Jouer avec d'autres enfants, prendre en considération l'autre et l'animal, accepter d'aider les autres (Mentionné par quatre soignantes)
- **Cognitif** : Jouer à faire semblant, s'ouvrir à d'autres intérêts, prendre des repères (Mentionné par trois soignantes)
- **Sensoriel** : Profiter de l'expérience qu'offre le cheval par la stimulation des 5 sens. (Mentionné par une soignante)

Concernant l'évolution de l'équithérapie, les réponses revenues les plus fréquemment sont :

- **La reconnaissance du métier** : de plus en plus d'équithérapeutes formés, peu règlementée, création d'un réseau national de personnes pratiquant l'équithérapie par la FFE (Mentionné par les quatre soignantes)
- **L'aspect financier** : financement par la MDPH, développement de médiation autour du cheval mais pas nécessairement à visée thérapeutique, frein pour les institutions (Mentionné par trois soignantes)
- **L'élargissement à d'autres populations** : existe déjà, mais on en parle peu, « baby-poney », réussir à intégrer les enfants autistes dans des cours d'équitation pour personnes valides (Mentionné par trois soignantes)
- **La place dans le projet de soins** : en cours de reconnaissance dans le parcours de soins (Mentionné par une soignante)
- **La médiatisation** : on en parle de plus en plus dans les médias (Mentionné par une soignante)

3.2.2 Analyse qualitative

J'ai constaté que le thème « *les parents, la famille* » apparaît très fréquemment lors de la lecture des entretiens. En effet, les deux infirmières équithérapeutes construisent des liens avec les familles, davantage qu'avec les institutions. La demande émane principalement des familles car ce sont elles qui coordonnent les différentes activités pour leur proche. Par ailleurs, la famille peut fournir aux soignants les critères pour poser les objectifs et demander une communication des résultats observés pour plusieurs séances.

L'importance de l'axe cognitif, apparaît fréquemment dans les propos des soignantes. L'une d'entre elles l'évoque dans la prise en charge d'un patient sur sa journée en hôpital de jour, « *on essaye de structurer et de bien cadrer chaque moment de la journée* ». Il est à nouveau mentionné dans l'organisation des séances d'équithérapie. Ce thème apparaît par la suite à nouveau dans les objectifs de l'équithérapie et ses résultats dans chacun des entretiens : « *Qu'ils savent se repérer. Pouvoir respecter certaines consignes. Travailler la mémorisation, la concentration, l'autonomie* ». Toutes ces références à l'axe cognitif montrent qu'il est important de ne pas le négliger lors de la prise en charge des jeunes atteints de TSA. C'est le thème le plus cité dans la question concernant les objectifs.

La notion de relation à l'animal puis aux autres est de la même façon apparue plusieurs fois, surtout concernant les objectifs et les résultats de la prise en charge par l'équithérapie. En effet, cette notion apparaît autant que l'axe cognitif.

L'axe relationnel, requiert en amont une progression de l'enfant sur les plans précédents. Les bénéfices de l'équithérapie pour la population autistique sont connus, et l'axe relationnel en fait partie : « *Il a commencé à jouer aux Playmobil avec les enfants de sa classe. Les rapports avec l'extérieur, l'autre et comment entrer en relation. Le lien avec l'animal pour essayer de le retransposer.* »

La progression des jeunes atteints de TSA fait réponse à plusieurs questions. Elle apparaît dans les objectifs et dans les résultats. Cependant les professionnels s'accordent pour dire qu'il s'agit du fruit d'un long travail, et qu'elle ne peut pas s'observer d'une séance à l'autre. La progression se compte parfois en mois, souvent en années. La durée dépend des objectifs, certains seront atteignables rapidement, quand d'autres se feront par étapes.

3.2.3 Discussion

Dans un premier temps, j'ai repris l'accompagnement infirmier pour restaurer le lien social. L'équithérapie est une médiation animale qui fait partie de l'accompagnement proposé en hôpital de jour notamment, ou en extra hospitaliser lorsque la demande émane d'un particulier. J'ai constaté que le lien à l'animal et le lien au thérapeute sont des axes travaillés lors de cette médiation pour que le jeune puisse ensuite le transposer dans sa vie de quotidienne. Le cheval fait office de contenant émotionnel, de figure maternelle et paternelle. Cela permet au jeune de s'ouvrir sans crainte d'être jugé. Cependant, le lien ne vient pas instinctivement. Il est l'aboutissement d'un travail régulier pouvant durer plusieurs années. Les résultats observés sont conséquents : l'enfant prend conscience de son cheval puis de son thérapeute, et des autres membres du groupe. Il aide les autres enfants qui n'ont pas encore participé aux séances. Il arrive à transposer ce lien en dehors des séances d'équithérapie, en jouant par exemple avec d'autres enfants avec des Playmobils. Cela montre que l'équithérapie au long court est bénéfique pour restaurer un lien social chez la population autistique. Néanmoins, il ne faut pas se décourager si l'enfant n'est pas réceptif, et l'inciter à continuer à participer aux séances. La progression est longue et il arrive parfois que l'enfant régresse pour mieux avancer ensuite.

Ensuite, je souhaitais reprendre la genèse de la médiation équine. Elle peut être pratiquée pour un panel très large de population. En effet, les équithérapeutes reçoivent des patients en situation de handicap psychique, ou physique. Elles ont des activités très diversifiées, et chaque séance est individualisée en fonction du projet du patient. Lorsque les séances ont lieu en groupe, les objectifs sont individuels puis, dans la mesure du possible quelques objectifs de groupes sont introduits. Il existe de nombreuses façons de prendre soin de la personne à l'aide du cheval, et chacune est à adapter en fonction du handicap de cet individu. Par exemple, une personne hémiplegique va plutôt s'orienter de la rééducation par l'équitation puis de l'équitation adaptée à visée rééducative puis sportive. Le patient peut évoluer, comme l'équithérapie. Il est tout à fait possible de débiter par une médiation, et après un certain temps (généralement assez long) s'apercevoir que l'activité plaît beaucoup au jeune, et que même si la médiation ne lui apporte plus rien continuer la pratique mais à visée sportive. Cette médiation a de multiples possibilités d'évolution et il faut s'adapter à la personne, sa motivation et ses capacités.

Enfin, je voulais développer l'intérêt de l'équithérapie dans la prise en charge des jeunes atteints de TSA. Lorsque j'ai mené mon enquête exploratoire je me suis aperçue qu'au vu des réponses des professionnels la restauration du lien social n'est pas le seul intérêt de cette prise en charge. En effet, il y a de nombreux axes de travail lors de cette médiation et chacun est abordé au cours de la séance. Comme : la psychomotricité lors du pansage et de la monte à cheval, la mémorisation et la mise en sécurité lors de réalisation de petits parcours. La concentration, les émotions, le ressenti de l'extérieur, le lien au cheval, tout cela se fait lors de chaque partie de la séance. De plus, l'équithérapie nécessite une prise en charge rythmée et régulière pour permettre à l'enfant de prendre ses repères et pouvoir travailler sur d'autres choses ensuite. Cependant, il s'agit d'une médiation particulièrement onéreuse. Son coût excessif, particulièrement sur une longue durée est un obstacle à considérer sérieusement. Il peut être un frein parfois. Il s'agit d'un facteur important à ne pas négliger. Actuellement, les aides sont assez limitées mais tendent à évoluer. Par conséquent, les institutions l'envisagent rarement comme médiation car peu d'étude prouvent ces bienfaits chez toute population. Malheureusement, la reconnaissance professionnelle d'un équithérapeute est très confidentielle, il arrive parfois que certains la pratiquent sans formation. Ce mode de médiation est en cours de développement avec l'espoir d'une ouverture à un public plus large et avec des aides qui rendraient cette pratique plus accessible.

4 Synthèse, limite et apports

En analysant les entretiens et en confrontant les réponses au cadre théorique, j'ai pu faire émerger les ressemblances et les divergences de discours des professionnels interrogés.

Même si les réponses à mes questions se sont un peu éloignées de mes attentes, cela m'a permis de me rendre compte de l'aspect pluridisciplinaire que représente la médiation équine. En effet, chaque professionnel du domaine médico-social peut accompagner une séance d'équithérapie. Ses objectifs seront différents de ceux de son collègue : les attentes d'un psychomotricien, ou d'un infirmier ne seront pas semblables. Toutefois, un infirmier observera des résultats psychomoteurs, là où un psychomotricien observera des résultats relationnels et émotionnels.

Les entretiens m'ont permis de développer le regard que j'avais sur l'équithérapie, notamment concernant la prise en charge des enfants atteints de TSA. Les objectifs sont très variés et touchent plusieurs domaines médico-sociaux. La progression vers l'objectif reste longue mais il faut la poursuivre.

Ce travail était à la fois enrichissant et compliqué. En effet, peu d'ouvrage, d'article ou de recherche ont été menés ou publiés sur l'équithérapie. De même, les professionnels formés à l'équithérapie sont peu nombreux, et seul quelques-uns d'entre eux sont infirmiers. Toutefois, les apports sont très intéressants à analyser et les professionnels sont très investis dans leur formation et leurs projets. Cela m'a permis de mieux comprendre la prise en charge des patients atteints de TSA et comment les accompagner au mieux.

5 Question de recherche

L'ensemble des recherches et des informations recueillies auprès des différents professionnels montrent que l'homme et le cheval vivent une relation particulière. Chaque professionnel peut travailler autour de cette relation pour en tirer profit et chercher ensuite à le transposer dans son quotidien. Les soignantes ont remarqué que les résultats portent sur une amélioration de la posture, des relations aux soignants, des capacités de concentration et de mémorisation. Par conséquent, nous pouvons dire que la médiation équine est bénéfique sur la santé. Cette médiation s'intègre dans le rôle propre de l'infirmier.

Cependant la pratique de l'équithérapie a aussi un certain nombre de contraintes. Les déplacements peuvent être un obstacle à la prise en charge de certains patients. De plus, il s'agit d'un investissement à long terme étant donné que les résultats ne sont observables que sur une longue période.

La médiation animale se développe de plus en plus et à travers elle l'équithérapie. Actuellement, elle est encore peu démocratisée. En effet, la formation est peu reconnue et les pratiques peu règlementées. Ce mode de médiation mérite d'être développé, encouragé, connu et reconnu.

Cela m'amène à poser la question suivante :

Dans quelles mesures l'équithérapie pourrait-elle permettre la promotion du bien-être et de la qualité de vie au travail, afin de prévenir les risques professionnels auxquels les entreprises exposent leurs salariés ?

Conclusion

Ce travail de fin d'études représente l'aboutissement de ma formation en soins infirmiers. Le point de départ de ce mémoire de recherche était mon interrogation concernant les bienfaits de l'équithérapie pour un jeune atteint de troubles du spectre autistique. Mon objectif était de démontrer que le cheval, en tant que médiateur, permet au jeune atteint de TSA de développer un lien social, qu'il pourra transposer aux autres.

Au-delà de cette étude passionnante, j'ai été ravie d'approfondir cet aspect de médiateur de l'animal que je côtoie maintenant avec une autre approche que celle uniquement sportive et de loisirs. De plus, ce travail m'a permis d'envisager un projet professionnel autour de la pratique de cette médiation atypique. En effet, tous les équithérapeutes que j'ai pu rencontrer étaient au début passionnés d'équitation et de soins relationnels. Je vais donc, dès le début de ma carrière, tendre vers cet objectif et envisager à plus long terme la formation d'équithérapeute. C'est pourquoi, j'ai choisi de soumettre mon mémoire au Prix Marie Claude Lebre⁷² qui récompense chaque année trois mémoires du domaine médico-social portant sur la médiation animale.

La médiation équine et les soins relationnels sont étroitement liés. En effet, elle nécessite un investissement tant de la part du professionnel que du patient et le tiers médiateur peut prendre différentes formes. Pour l'équithérapie, le cheval intervient en tant que médiateur en prenant successivement et selon le besoin la figure paternelle, la figure maternelle ou le rôle de contenant émotionnel. De plus, chaque professionnel exerçant dans le domaine médico-social peut faire pratiquer l'équithérapie (sous réserve d'une formation adéquate) ou bien accompagner les patients aux séances. Cette pluridisciplinarité offre un panel d'objectifs diversifiés et individualisés pour chaque patient dont les bienfaits sont holistiques. Cependant, il ne faut pas être trop exigeant en fonction de la progression du patient, « *le mieux [peut-être] l'ennemi du bien* »⁷³ dans bien des cas dans le domaine équestre.

Les résultats observés chez la population atteinte de TSA sont majoritairement d'ordre cognitif. Ils peuvent aussi être d'ordre relationnel avec le lien au cheval et le lien à l'autre. Ces observations sont observables au long cours. Par conséquent, nous pouvons affirmer que l'équithérapie est un réel atout dans la création du lien social pour une personne atteinte de TSA.

⁷² Voir l'annonce en Annexe 6

⁷³ Citation de MONTESQUIEU qui a été mal retranscrite initialement. La phrase exacte est « *Le mieux est le mortel ennemi du bien* ».

Les TSA ne sont pas l'unique indication de l'équithérapie. En effet, les professionnels prennent en charge un panel de populations très élargies, allant du handicap physique au handicap mental. Actuellement, beaucoup de structures accueillant des personnes atteintes de TSA pratiquent l'équithérapie. Cependant, cette médiation est encore trop peu reconnue par les professionnels et le grand public, pour des raisons financières, organisationnelles et structurelles.

Ce qui conduit malheureusement à ne pas faire appel à cette thérapie pourtant garante d'une amélioration certaine de l'état de santé du patient par une technique peu invasive et encourageante.

Encore combien de temps faudrait-il attendre pour que l'équithérapie soit reconnue comme bénéfique pour toutes les populations ?

« - [...] *Bon, je crois savoir que vous aidez les personnes qui ont des chevaux à problèmes...*
-*Non, ma petite dame... [...] C'est tout le contraire. J'aide les chevaux qui ont des maîtres à problèmes.* »

L'Homme qui murmurait à l'oreille des chevaux. Nicholas EVANS

Bibliographie

Ouvrages

American Psychiatric Association. Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2016. ISBN : 978-2-294-73963-7.

CLAUDE, Isabelle. *Le cheval médiateur*. Paris : Belin, 2015. ISBN : 978-2-7011-9389-2

CLAUDE, Isabelle. *Le cheval, Miroir de nos émotions*. Millery : Camaïës, 2010. ISBN : 978-2-9537174-0-2

Formation des professionnels de santé : Profession Infirmier. Dernière mise à jour décembre 2014. Uzès : Sedi, 2014.

Sous la direction de GOLSE Bernard. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Issy-les-Moulineaux : Massons, 2008. ISBN : 978-2-294-70060-6

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 2^{ème} édition. Noisy-le-grand : Sètes, 2015. ISBN : 979-10-91515-28-3.

WINNICOTT D. W.. De la pédiatrie à la psychanalyse. Traduit par KALMANOVITCH Jeannine. Londres : Sciences de l'homme Payot, 2014. ISBN : 978-2-228-88117-3

WINNICOTT, Donald W., Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, dans Jeu et réalité. Paris : Gallimard, 1975.

Articles

AUBARD, Isabelle. Activité thérapeutique et cheval. Vie sociale et traitements n°94 [Format PDF]. 2007. Pages 117 à 120. Disponible à <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-2-page-117.htm>

BLAVOET Jean-pierre. PAUL, Maela (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. [Format PDF]. 2009.

BRUGERE, Fabienne. Pour une théorie Générale du "care". *La vie des idées* [consulté sur internet]. 2009. Disponible à l'adresse : <http://www.laviedesidees.fr/pour-une-theorie-generale-du-care.html>

BRUGERE, Fabienne. L'éthique du care : entre sollicitude et soin, dispositions et pratiques. *Presses universitaires de France* [consulté sur internet]. 2014. Disponible à l'adresse : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_HANDLE_2010_01_0069

CROCQ M-A. Troubles neuro-développementaux, troubles du spectre de l'autisme. [Format PDF]. 2013. Consulté le 01/03/2018. Disponible à [https://www.sciencedirect-com-s.etna.bib.uvsq.fr/science/article/pii/S0924933813002228?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/s.etna.bib.uvsq.fr/science/article/pii/S0924933813002228?via%3Dihub)

FRETIGNE, Cédric. La qualification sociologique du lien social. Des orientations concurrentes [format PDF]. *Pensée plurielle* n°29. 2012. Disponible à <https://www-cairn-info-s.etna.bib.uvsq.fr/revue-pensee-plurielle-2012-1-page-37.htm>

FROGEOT D'ARC, Baudouin. L'autisme, un trouble de la cognition sociale ?. *SPS* n°300 [consulté sur internet]. Avril 2012.

GRANGE-SEGERAL, Evelyne. Lien social, lien thérapeutique, lien familial. *Causalité, déterminisme et interprétation dans les sciences humaines* [format PDF]. 2014, pages 69 à 82. Disponible à <https://www-cairn-info-s.etna.bib.uvsq.fr/revue-connexions-2014-2-page-69.htm>

GROLLIER, Michel. La constitution du lien social à l'adolescence. *Revue de l'enfance et de l'adolescence* n°91 [format PDF]. 2015. Disponible à <https://www-cairn-info-s.etna.bib.uvsq.fr/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2015-1-page-59.htm>

GABRIEL R. Kathie. Animal therapy for children with autism spectrum disorder. *EP Magazine* [Format PDF]. Avril 2016.

HAMEURY, L., DELAVOUS, P., et al. Equithérapie et autisme. *Annales médico-psychologiques* [format PDF]. 2010. Disponible à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00690278/document>

LE GUENNIC Thomas. Pascale MOLINIER, Le travail du care. *Lecture* [en ligne]. *Les comptes rendus*, 2013. Disponible à l'adresse : <http://journals.openedition.org/lectures/11078>

MERMET, Laeticia. Equithérapie, du corps vécu au corps relationnel. *Le journal des psychologues* [format PDF]. 2012. Disponible à l'adresse : <http://www-cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2012-10-page-68.htm>

ZIELINSKI Agata. L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. *Etudes* 2010/12 [consulté en ligne]. 2012. Disponible à l'adresse : <https://www-cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm>

Sites internet

Centre de Ressources Autisme Ile de France [en ligne]. [Consulté le 20/03/2018]. Disponible à <http://www.craif.org/6-generalites.html>

Dossier d'information sur l'autisme de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [en ligne]. [Consulté le 25/10/2017]. Disponible à <https://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/autisme>

Fédération française d'équitation [en ligne]. [Consulté le 17/10/2017]. Disponible à <https://www.ffe.com>

Fondation A et P SOMMER. [en ligne] [Consulté le 11/04/2018] Disponible à <https://www.fondation-apsommer.org/>

Institut de formation en équithérapie [en ligne]. Mis à jour en avril 2012 [Consulté le 24/03/2018]. Disponible à <http://www.ifequitherapie.fr>

Organisation mondiale de la santé [en ligne]. [Consulté le 19/03/2017]. Disponible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>

Société française d'équithérapie [en ligne], 15 mai 2006. [Consulté le 15/09/2017]. Disponible à <http://sfequitherapie.free.fr>

Spectre de l'autisme [en ligne], 09 février 2018. [Consulté le 10/02/2018]. Disponible à <http://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa>

Vaincre l'autisme [en ligne]. [Consulté le 23/10/2017]. Disponible à <http://www.vaincrelautisme.org>

Cours universitaires à la faculté UFR des sciences de la santé Simone VEIL

Cours du Dr A. AKRICHE du 04/11/2016 sur les *Troubles relationnels précoces et Troubles du spectre de l'autisme*.

Dossiers d'informations

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. *Dossier technique. Troubles du spectre de l'autisme : Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme*. Mai 2016. [Format PDF].

Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Mars 2012. [Format PDF].

Illustration

SCHELLIER Marianne (Dessins D'Urgences). *TFE Equithérapie Chloé VIDEAU* [image numérique]. Réalisée le 23/12/2017. Image réalisée à ma demande (ayant entraîné un achat), pour illustrer mon mémoire de fin d'étude, elle sera mise en commercialisation publique dès l'année prochaine par son artiste.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Présentation du soignant :

Nom : Sexe : M / F Age :

- 1) Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous ?
Quel est votre parcours d'exercice ?
- 2) Avez-vous une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?
- 3) Travaillez-vous avec des jeunes atteints de troubles du spectre autistique ? Depuis combien de temps ? Est-ce un choix de travailler avec cette population ?
- 4) Etes-vous salarié d'un établissement de soins ?

Objectifs : Connaître le soignant.

Questions au professionnel :

- 5) Comment sont sélectionnés les patients qui participent aux séances d'équithérapie ? Par qui ? Quelles sont les pathologies des personnes que vous accompagnez ? Quels sont les groupes d'âge ?

Objectifs : Comprendre qui sont les patients qui participent aux séances d'équithérapie. Comment ils sont amenés à participer à ces séances.

- 6) Pouvez-vous me décrire comment s'organise une journée pour un patient atteint de troubles du spectre autistique ?

Objectifs : Savoir si l'équithérapie fait partie d'une prise en charge globale, d'une prise en charge institutionnelle, ou d'une prise en charge individuelle à la demande du patient ou de son entourage. Est-ce que les autres interventions soignantes sont en contact avec le professionnel ? Quelles sont les autres prises en charge d'un jeune atteint de TSA ?

- 7) Comment avez-vous été amené(e) à choisir de pratiquer l'équithérapie pour accompagner les jeunes TSA ?

Objectifs : Savoir pourquoi le professionnel a choisi de faire pratiquer l'équithérapie. Par passion ? Et pourquoi cette population ?

8) Comment organisez-vous les séances sur l'année ? Sur la journée ?

Objectifs : Comprendre la prise en charge à long terme pour les jeunes atteints de troubles du spectre autistique.

9) Quelles sont vos attentes à la suite d'une séance d'équithérapie pour un jeune atteint de TSA ?

Objectifs : Les objectifs sont-ils communs à tous les patients ? Sont-ils individualisés ? Réévalués fréquemment ? Comment se passe l'évolution ? Y a-t-il une attente concernant les liens à soi, les liens à l'animal, les liens aux autres ?

10) Quels sont les résultats, les observations, que vous avez pu faire au cours de ces séances sur l'impact de l'équithérapie dans la relation du patient TSA avec son environnement ? Comment les utilisez-vous pour accompagner le jeune ?

Objectifs : Recréation de lien social ?

11) Comment pensez-vous que l'équithérapie peut évoluer ? Concernant la prise en charge d'autres populations, et l'amélioration de la prise en charge de la population autistique.

Objectifs : Aspect financier, élargissement à d'autres populations, reconnaissance de la profession d'équithérapeute.

Présentation du soignant :

Nom : Ségoleine Sexe : ~~M~~/ F Age : 47 ans

- 1) Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous ? Quel est votre parcours d'exercice ?

J'ai eu mon diplôme d'infirmière il y a 15 ans, donc en 2002. J'exerce depuis l'année de mon diplôme dans différents services. En tant qu'infirmière j'ai travaillé en maison de retraite, aux urgences, et j'ai travaillé en Hospitalisation à Domicile - HAD.

- 2) Avez-vous une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

Tout à fait, j'ai fait une formation pour devenir équitérapeute par le biais de la SFE, la Société Française d'Equithérapie. Il y a 5 ans donc de 2011 à 2013 si je ne m'abuse, oui c'est ça.

- 3) Travaillez-vous avec des jeunes atteints de troubles du spectre autistique ? Depuis combien de temps ? Est-ce un choix de travailler avec cette population ?

Je ne travaille pas uniquement avec des jeunes autistes. Il m'arrive d'en prendre en charge, mais ce n'est pas forcément la population que j'ai le plus souvent. Du coup, ce n'est pas forcément un choix de travailler avec eux. Mais il m'arrive d'en prendre en charge depuis un petit peu plus de 5 ans.

- 4) Etes-vous salarié d'un établissement de soins ?

En tant qu'équitérapeute je suis à mon compte. Et j'ai encore un 20% en tant qu'infirmière dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes – EHPAD.

Questions au professionnel :

- 5) Comment sont sélectionnés les patients qui participent aux séances d'équithérapie ? Par qui ? Quelles sont les pathologies des personnes que vous accompagnez ? Quels sont les groupes d'âge ?

Je ne choisis pas les patients. C'est des demandes de particuliers ou d'institutions. Alors, en ce moment parce que c'est fluctuant, il y a des prises en charge qui durent peu et il y a des prises en charge qui sont au long cours. Donc en ce moment je suis avec une personne Alzheimer, beaucoup de patients adultes polyhandicapés, des patients adultes avec des problèmes de confiance, des Troubles Obsessionnels Compulsifs – TOC, des troubles émotionnels. Autrement des enfants, donc j'ai des enfants avec maladies génétiques, donc un retard de toutes les acquisitions, aussi des enfants qui n'ont pas forcément de trouble intellectuel mais plus en manque de confiance et d'estime de soi. Du coup j'ai des patients autistes adultes et enfants, autant des autistes bas niveau, que niveau moyen, voir haut niveau. J'ai une petite fille qui a une hémiplégie. Je suis en train de faire le tour. Et puis des jeunes femmes, des jeunes filles, Infirmité Motrice Cérébrale – IMC.

- 6) Pouvez-vous me décrire comment s'organise une journée pour un patient atteint de troubles du spectre autistique ?

Une journée non, mais une séance oui. Généralement je les reçois pour une heure. Donc avant ça il y a un projet de prise en charge qui a été mis en place. Y'a des bilans qui sont fait régulièrement. Et la séance en elle-même, donc généralement on a toujours le début et la fin qui sont toujours à peu près pareils pour poser un cadre, avec le choix du cheval dans la mesure du possible, la préparation du cheval avec le pansage. On a toute une sellerie qui est organisée pour favoriser l'autonomie, c'est-à-dire, qu'il y a des codes couleurs, des photos, il y a des sacs qui sont aussi avec le nom des chevaux, avec les couleurs de chaque cheval. Et le milieu de la séance c'est en fonction des objectifs que je pose, donc soit j'ai des ateliers psychomoteurs pour favoriser certaines acquisitions, des ateliers langages, des ateliers découverte des sens. Et puis la fin de la séance, généralement ça se clôture par on range le matériel, donc en autonomie la plupart du temps, et donner une récompense au poney.

- 7) Comment avez-vous été amené(e) à choisir de pratiquer l'équithérapie pour accompagner les jeunes TSA ?

C'est une passion pour l'équitation à la base, et c'était associer à un métier avec passion également et du coup j'ai voulu en faire ma profession. La formation que j'ai faite n'était possible que si j'avais un métier dans le médico-social. Et le fait d'être infirmière me fait travailler beaucoup en relation d'aide avec la spécificité de la médiation par le cheval.

8) Comment organisez-vous les séances sur l'année ? Sur la journée ?

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, la prise en charge peut être courte ou longue. Ça dépend surtout des objectifs. Donc en fonction des objectifs, je suis beaucoup en lien avec les familles, et assez peu, et c'est un peu dommage, avec tout ce qui est mis en place pour l'enfant, au niveau scolaire, au niveau psychomotricité, au niveau orthophonie, au niveau ergothérapie, parce que c'est difficile d'avoir les autres professionnels de disponible. Donc j'essaye au maximum de me faire connaître, de les inviter à venir voir des séances, de pouvoir faire un travail d'équipe, donc c'est un peu plus difficile mais c'est vraiment plus par rapport aux parents. Par exemple : les difficultés rencontrées dans la semaine, aux difficultés à l'école, à la maison, et dans ces cas-là, j'adapte ma séance en fonction des difficultés. Donc s'il été un petit peu remonté, un petit peu haut au niveau des humeurs, on va être plus en relaxation. S'il est bien reposé, si tout va bien, s'il est serein, ça va être une évolution au niveau des acquisitions dans ces cas-là. C'est vraiment les parents qui me donnent des indications et je travaille pour que ce soit cohérent, qu'il y ait une répercussion sur la maison, sur l'école, que ça ait un impact.

Soit ce sont des prises en charges courtes, c'est-à-dire entre 5 et 10 séances hebdomadaires. Et autrement c'est du long court. Donc j'ai un patient autiste, ça fait maintenant même un peu plus de cinq ans, parce que je l'avais pris en charge un peu avant d'être diplômée. Et je n'en ai pas mal comme ça ou ça fait plusieurs années.

9) Quelles sont vos attentes à la suite d'une séance d'équithérapie pour un jeune atteint de TSA ?

Les objectifs que je vais poser pour un autiste, c'est de pouvoir travailler sur les stéréotypies, par exemple, donc ne pas les empêcher, mais trouver un quelque chose qui permettra d'avoir une diminution, parce qu'en général les stéréotypies viennent quand il y a de l'émotion, des émotions qui sont mal gérées, donc apprendre à gérer ses émotions et diminuer ses stéréotypies.

Pouvoir être posé, pour ça c'est beaucoup de relaxation, allongé sur le cheval, généralement la demande vient du jeune lui-même. On propose et l'enfant va de lui-même s'allonger sur le cheval. On va travailler avec un petit peu de musique, l'endroit où je suis qui est très apaisant, parce qu'il n'y a pas beaucoup de circulation, pas beaucoup de mouvement autour, là en période de printemps, on a le chant des oiseaux, on a plein de petites choses qui peuvent apaiser d'autant plus l'enfant.

Pouvoir respecter certaines consignes, ce n'est pas toujours évident pour un enfant autiste. En tenant compte de ces possibilités d'attention, de pouvoir développer sa concentration et son attention.

Plus spécifiquement en tant qu'infirmière, ça se mélange un petit peu avec ce que je vous ai dit, les deux sont liés, je travaille vraiment en relation d'aide, on est dans l'écoute active, on est dans le non jugement, et le non jugement c'est typiquement ce qu'on va utiliser avec le cheval. Et aider le patient à aller au-delà de ses possibles, aller vers les autres et améliorer ses compétences. C'est vraiment prendre à la source le potentiel du patient.

- 10) Quels sont les résultats, les observations, que vous avez pu faire au cours de ces séances sur l'impact de l'équithérapie dans la relation du patient TSA avec son environnement ? comment les utilisez-vous pour accompagner le jeune ?

Les premiers résultats que j'ai eu c'est les parents qui me donnait des informations. Notamment pour le jeune autiste que j'ai depuis longtemps, il a commencé à jouer à faire semblant, à s'intéresser aux jeux des autres enfants peu de temps après le début des prises en charge. Alors qu'avant sa seule source d'intérêt c'était les châteaux d'eau. Ça a été quelque chose de très bénéfique pour la famille. Il a commencé à jouer à faire semblant de mettre un tapis sur le dos de son papa, jouer aux Playmobil avec les enfants de sa classe, alors qu'avant il avait des intérêts très limités. On a aussi pu ouvrir sur d'autres intérêts.

- 11) Comment pensez-vous que l'équithérapie peut évoluer ? Concernant la prise en charge d'autres populations, et l'amélioration de la prise en charge de la population autistique.

Là c'est en train d'évoluer positivement, parce qu'on en parle de plus en plus dans les médias, il y a de plus en plus d'équithérapeutes qui sont formés, ça commence à intéresser beaucoup les médecins, les spécialistes. Et au niveau reconnaissance du métier, un équithérapeute n'est pas reconnu comme métier. Mais voilà, on est en train, ça bouge, ça évolue, ça veut dire que plus de patients vont pouvoir être pris en charge. Et il va y avoir de plus en plus de financement par la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH par ce que mine de rien, c'est une médiation qui a un coût important.

Annexe III : Retranscription de l'entretien avec une infirmière équitérapeute.

Présentation du soignant :

Nom : Sophie Sexe : M / F Age : 42 ans

- 1) Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous ?
Quel est votre parcours d'exercice ?

J'ai été diplômée en décembre 98, ça va faire 20 ans cette année. J'ai exercé en tant qu'infirmière juste après mon diplôme, j'ai commencé en décembre 98. Et j'ai arrêté en juillet 2016, maintenant je fais de l'équitérapie à temps plein, mais jusque-là j'ai eu une activité d'infirmière. J'ai un parcours assez varié, surtout en début de carrière, j'ai beaucoup bougé, parce que, enfin d'une part pour acquérir plein d'expériences différentes, et d'autres part parce que je ne me sentais jamais trop, enfin... j'avais toujours un truc qui ne me convenait pas, mais en gros la première partie de ma carrière ça a surtout été de la médecine, cancéro, et soins palliatifs, après avoir fait un peu d'urgences, chir, tout ça mais qui me convenait pas trop, j'ai été assez vite en médecine cancéreuse et soins palliatifs parce qu'en fait ce qui me plaisait c'était le soins relationnel, jusqu'en 2008. Ensuite j'ai quitté les soins palliatifs pour aller travailler en psychiatrie pour adolescents puis psychiatrie adulte et Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique - ITEP, donc on est encore un peu dans l'accompagnement psychique, même si on est dans le médico-sociale, et non plus dans le sanitaire. J'ai terminé ma carrière d'infirmière à ce moment-là pour me consacrer à l'équitérapie.

- 2) Avez-vous une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

En tant qu'infirmière non. En 2008, en parallèle de mon changement parce que passer des soins généraux, aux soins psychiatriques tu as l'impression de changer de métier. C'est vraiment pas du tout le même type de soins, et donc en parallèle je suis entrée à la SFE et j'ai été formée sur 2 ans. En fait, c'est une formation qui comprend à peu près 600 heures donc c'est une formation longue qui se passe un week-end par mois et qui permet de maintenir une activité professionnelle. C'est un institut privé, parce que l'équitérapie est pas reconnue en France, mais qui est gage de sérieux parce que c'est une formation longue, parce que faut présenter un mémoire, que les intervenants sont de qualité, etc...

- 3) Travaillez-vous avec des jeunes atteints de troubles du spectre autistique ? Depuis combien de temps ? Est-ce un choix de travailler avec cette population ?

Oui, ils représentent environ 2/3 de ma patientèle. Je n'ai pas eu l'occasion en tant qu'infirmière, parce que les places sont très rares. C'est un petit peu la place privilégiée, et l'hôpital de jour a tendance à être délaissé pour les Instituts Médico Educatifs – IME, qui prennent en charge de jour avec d'autre type d'accompagnement psycho-éducatif. En fait, c'est eux qui sont venus à moi, car l'équithérapie est connue et reconnue pour cette population-là, que ce soit les parents qui en entendent parler ou les médecins qui commencent un peu à s'y intéresser. Et donc du coup, les premières demandes que j'ai eues en tant qu'équithérapeute c'était pour des enfants qui ont des troubles autistiques et puis parce qu'en stage les prises en charge que j'avais, c'était des prises en charge autistiques. Voilà, donc ils sont venus à moi, et puis il se trouve que j'ai juste adoré quoi. J'ai découvert, non mais c'est fantastique en fait, moi ce que j'aime beaucoup c'est le défi d'aller à leur rencontre, parce que voilà, la première fois qu'on les rencontre on sait jamais où ils vont nous emmener, et puis il y a autant de types d'autisme que d'autistes, donc c'est là où l'on voit vraiment la singularité de chaque personne qui est valable finalement pour le tout un chacun mais alors chez eux ça se voit encore plus, parce que comme il n'y a pas de codes sociaux il faut vraiment aller trouver le point de rencontre et ça, ça c'est ce qui me plaît ! Le cheval vient médiatiser cette rencontre.

- 4) Etes-vous salarié d'un établissement de soins ?

Plus maintenant, je l'étais jusqu'en juillet 2016. J'étais salariée de l'ITEP, j'avais encore un mi-temps. Comme je travaillais en 12 heures, je faisais mon équithérapie sur mes jours de repos, donc en fait j'avais un planning de folie. Les deux activités étaient complètement séparées mais, j'ai quand même mis en place l'activité équithérapie à l'ITEP, mais en fait je n'étais pas salariée de l'ITEP sur mon temps d'équithérapeute. C'était un peu particulier parce que les enfants me connaissaient comme infirmière à l'ITEP et puis, certains me connaissaient comme équithérapeute, mais je voulais faire l'expérience. Ça n'a pas forcément été évident parce qu'il y a une confusion des rôles, mais comme le rôle de l'infirmière à l'ITEP c'est surtout de l'accompagnement, les enfants qui faisaient aussi l'équithérapie, j'avais une relation soignant-soigné qui été facilité en tant qu'infirmière.

Et maintenant mon exercice d'équithérapeute je ne le fait qu'en auto-entreprise, je suis indépendante.

Questions au professionnel :

- 5) Comment sont sélectionnés les patients qui participent aux séances d'équithérapie ? Par qui ? Quelles sont les pathologies des personnes que vous accompagnez ? Quels sont les groupes d'âge ?

Il faut savoir que déjà en équithérapie, si vraiment on veut être dans un cadre d'équithérapie pure c'est des séances individuelles. Les séances individuelles c'est plus que je reçois une demande et puis selon l'attente du demandeur on va définir le projet ensemble et puis moi je vais voir si je suis dans le cadre de mes compétences ou pas, si je peux répondre, et voilà, je vais exposer ma façon de travailler, mon cadre et puis ça va convenir, ça ne va pas convenir. Très très souvent c'est quand même les parents qui font la demande, ou la personne elle-même si elle est en mesure de le faire. Quand il s'agit d'enfants la demande vient des parents, et souvent c'est parce que les parents sont des personnes qui centralisent les projets de soins de leurs enfants. Mais il arrive aussi que ce soit des enfants en institution et qu'on ait par exemple le week-end parce que les parents veulent ajouter la prise en charge en équithérapie en dehors de ce qui se passe en institution, parce que l'institution ne propose pas cela. Et j'ai quelques demandes particulières parce que je suis identifiée comme connaissant bien le public des enfants ayant des difficultés sociales. Et du coup j'ai quelques demandes avec de l'Aide Sociale à l'Enfance – ASE. Mais je ne sélectionne pas, j'accueille une demande, et on voit ce qu'on peut faire ensemble. Après j'ai aussi des prises en charge de groupe qui sont plus des demandes qui viennent d'institution et là en général c'est plutôt l'équipe référente de l'activité qui va sélectionner les patients qui vont participer à cette activité. Et donc moi mon rôle c'est plus de créer une dynamique de groupe avec les personnes qu'ils amènent. Ce qui n'est pas tout le temps évident, parce que parfois c'est des groupes complètement hétérogènes, parfois c'est des groupes homogènes mais parfois c'est complètement hétérogène. Et donc en revanche, en cours d'année il arrive que l'on soit obligé de réajuster justement et de se dire peut-être que cette personne-là n'a plus trop sa place, ou c'est trop compliqué dans le groupe et on va modifier et réajuster la composition du groupe. Mais parce que là il y a toute cette dimension dynamique de groupe. En fait, maintenir un cadre d'équithérapie quand on a un groupe, il faut vraiment que les institutions médico-sociales comprennent qu'au-delà de 4 on est plus dans l'équithérapie, mais dans une activité de loisir, on ne peut pas du tout travailler de manière thérapeutique parce que la thérapie implique quand même une relation individualisée même si l'on est en groupe.

Alors j'ai vraiment un peu de tout. Donc le plus gros c'est des troubles autistiques, ou troubles envahissant du développement, donc là on peut avoir des symptômes d'autisme mais surtout des troubles du développement dans tous les apprentissages, et des troubles cognitifs. Après j'ai quelques enfants avec ce qu'on appelle les troubles DYS, donc dyspraxie, dyslexie, c'est lié aux troubles cognitifs, aux troubles de l'apprentissage. Comme je suis bien identifiée dans la sphère trouble du comportement j'ai des enfants qui ont des troubles du comportement, des troubles psychiques. Donc là je vais avoir plus de, donc j'ai quelques jeunes qui ont des troubles psychiques, donc avec troubles scolaires, manque de confiance en soi, troubles dépressifs, début de signes psychotiques et en adultes des troubles psychotiques et schizophrénie diagnostiquées quoi. Ça c'est le gros de ma patientèle, après j'ai parce que je travaille dans le cadre d'une association et que ma collègue me sollicite pour d'autres chose,

j'ai aussi des polys handicapés qui sont en Maison d'Accueil Spécialisé – MAS des troubles un peu plus moteur, c'est moins ma partie à la base mais je me suis formée avec ma collègue qui est ergothérapeute.

- 6) Pouvez-vous me décrire comment s'organise une journée pour un patient atteint de troubles du spectre autistique ?

Je ne suis pas le patient sur toute une journée, mais classiquement l'équithérapie c'est un peu comme toutes les thérapies, on va essayer de se voir de manière régulière sur un temps pas trop long mais ce qui est important c'est la régularité. Donc quand on débute, quand on essaye de mettre un contrat en place, il va y avoir 4 séances pour un peu faire connaissance, puis après on va mettre en place un planning. Classiquement c'est 1 heure hebdomadaire. Hors vacances scolaires. Parce qu'on essaye de suivre le temps scolaire en fait. Ya certains enfant que j'ai 1 semaines sur 2, soit parce qu'ils ont des plannings ultras chargés, soit pour des raisons financières, au-delà de 1 semaine sur 2 on n'arrive pas à faire de la thérapie parce que c'est trop compliqué pour l'enfant de retrouver ses repères à chaque fois. Il faut qu'il puisse identifier que tel jour j'ai poney et que du coup une fois sur l'autre il puisse retrouver où il est, avec qui il est, avec quel poney, où est la sellerie. Il faut du rythme.

Alors j'essaye, au début je travaillais en collaboration avec les autres acteurs de la prise en charge et je me déplaçais à des réunions interdisciplinaires. Par exemple des enfants avec des ESS, ou qui sont suivis avec une scolarité qui ont besoin de temps, qui ont des Auxiliaire de Vie Spécialisées - AVS, avec des aménagements du temps scolaire. Et du coup ils centralisent les différentes prises en charge et on discute ensemble. Dans la mesure du possible, surtout sur les séances individuelles avec une demande de la part des parents, sur la première séance ou on se rencontre et ou je demande qu'est-ce qui les amène à l'équithérapie, je demande quelles sont les autres prises en charge, d'une part pour connaître un peu l'intensité du planning de l'enfant, ils ont souvent des plannings de fou, et que du coup je vais solliciter plus ou moins fort l'enfant en fonction de ce qu'il a à côté. Parce que ça peut être la récompense de ce qu'il a fait dans la semaine, ou bien ils n'ont pas grand chose parce qu'ils n'arrivent pas à mettre grand chose en place et moi je vais solliciter très fort sur l'équithérapie. Et deuxième chose, surtout avec des enfants avec des troubles autistiques on met en place des moyens de communication adaptés et en fait il y en a plein ça dépend si l'enfant est verbal ou pas verbal, est ce qu'il utilise les pictogrammes, je ne suis pas formée à tout mais au moins j'essaye d'utiliser au maximum ce qui est utilisé à côté. Pour qu'il y ait une cohérence dans la prise en charge, donc j'utilise le moyen si possible de communication de l'enfant dans les échanges au cours des séances.

7) Comment avez-vous été amené(e) à choisir de pratiquer l'équithérapie pour accompagner les jeunes TSA ?

Pourquoi l'Equithérapie ? Parce que je suis passionnée de chevaux, cavalière depuis toute petite. Avant d'être cavalière j'étais passionnée par l'animal et attirée par lui, ça m'a accompagné dans toute mon enfance, adolescence et début de vie adulte dans les bons et les mauvais moments. Le cheval a été toujours présent et donc ça fait partie de ma vie et c'est ce qui m'a amené à être l'adulte que je suis aujourd'hui. Donc c'était très important. Après ce qui m'a amené à l'équithérapie c'est de me dire au moment de me poser la question sur ce que j'aime dans mon métier de soignante c'est l'accompagnement de la personne et le soin relationnel, et que j'ai commencé à amener ma guitare tous les dimanches et même quand je bossais en cancérologie, j'ai toujours amené ma guitare, c'était très marrant. Et c'était mon moyen, cette médiation, d'entrer en contact avec le patient et d'aller le chercher dans son intimité. Et donc je me suis dit comment je peux utiliser le cheval dans la médiation, enfin comment le cheval peut être un médiateur dans ma relation soignant-soigné. C'est comme ça que ça m'a amené là et puis après on se forme. Après ce qui est très important c'est le cheval m'apporte quelque chose à moi et comment je vais utiliser le cheval comme médiateur, il y a une démarche de maturité professionnelle à faire, ce n'est pas parce que le cheval m'a apporté telle chose que je dois le transporter à l'autre, je le dis car j'ai beaucoup de stagiaires qui arrivent « voilà le cheval me fait du bien, je voudrais absolument qu'ils vivent la même chose pour moi ».

8) Comment organisez-vous les séances sur l'année ? Sur la journée ?

Les prises en charge sont très variables, on est quand même sur du long court. Il y a une chose qui est sûre c'est qu'il faut savoir passer la main ou le relais quand on commence à s'essouffler comme dans toutes relations, donc soit la redynamiser en trouvant des tas de choses soit passer la main. Après moi en gros la moyenne c'est 3-4 ans chez les enfants, car ça permet de voir une évolution et on peut passer à autre chose et l'enfant va acquérir suffisamment d'autonomie et aura envie de voir autre chose. En gros, c'est à peu près ça. Sur les troubles du développement, de l'autisme, troubles de l'apprentissage c'est à peu près ça. Après chez les adultes ça peut être beaucoup plus long que ça, parce qu'on sera peut-être moins dans l'équithérapie et plus dans l'équitation adaptée. C'est-à-dire que quand on arrive avec des adultes qui acquièrent suffisamment d'autonomie, on vient continuer mais dans l'idée qu'on vient faire du cheval. Après il y a des prises en charge mais pas chez les autistes, chez les jeunes dont les adolescents avec des pertes de confiance en soi, on va être sur des prise en charge plus courtes de quelques mois parce qu'à un moment donné quand il y a quelque chose qui change, c'est normal que le jeune ait envie d'aller voir ailleurs parce que rester tout le temps avec son thérapeute c'est rester dans le trouble et la maladie. Ça dépend si on est sur des troubles transitoires ou des troubles chroniques. Plus le handicap est chronique plus c'est susceptible de durer longtemps.

9) Quelles sont vos attentes, vos objectifs à la suite d'une séance d'équithérapie pour un jeune atteint de TSA ?

Il y a beaucoup de chose. Alors avec le cheval, on peut travailler sur plusieurs axes :

- *Sensoriel : stimuler tout ce qui est sensoriel parce que est différent chez l'enfant autiste c'est la perception du monde extérieur, comment il filtre et reçoit les stimuli. Comment il traite l'information qui vient de l'extérieur.*
- *Ressenti et expression des émotions : donc tout l'axe affectif et émotionnel. Ce que je ressens en moi au niveau des émotions : la peur, la joie ... De faire ressentir ça de manière un peu exagérée, c'est pour ça qu'on va se mettre à trotter ouah ça fait peur etc. ... et mettre en mot ça et essayer de les exprimer de manière la plus adaptée. Ça c'est ce qui va permettre après par exemple quand ils ont des réactions à leurs angoisses très fortes de se taper etc., plus on va leur permettre d'expérimenter, de mettre en mot, de les exprimer dans un cadre sécurisant plus ils se sentiront compris et plus ces symptômes-là vont se réduire. Donc tout ce qui est ressenti interne.*
- *Relationnel : et social donc c'est les rapports avec l'extérieur et l'autre. L'autre vivant, l'autre cheval et l'autre moi l'autre thérapeute et l'autre s'il y a un groupe. Comment entrer en relation, comment adapter sa communication, travailler la communication corporelle, comment travailler la communication verbale etc. ... on est déjà sur un stade supérieur.*
- *Psychomoteur : donc ça va aller s'il y a des troubles déjà au départ de perception et de traitement de l'information, forcément de développement psychomoteur est altéré. Donc on va accompagner ce développement psychomoteur qui est retardé ou inadapté. Le cheval va offrir pleins de possibilités que ce soit à cheval, au niveau de la psychomotricité globale ou à côté du cheval sur la psychomotricité fine.*
- *Cognitif : c'est vraiment comment utiliser le cerveau, qu'est-ce que je retiens, c'est travailler la mémorisation, la concentration. Des choses plus spécifiques de la sphère cognitive. C'est pareil on est surtout sur les apprentissages, une fois qu'on a rétabli la communication.*

Et tout ça se travaille sur une seule séance. C'est 5 axes sur tout une séance on peut les travailler mais en fonction de comment on va accueillir ton enfant, il ne faut pas être trop gourmand. La progression entre chacun des axes peut être longue et varier en fonction des personnes, ça peut prendre jusqu'à 2 ans pour arriver à une relation mais d'autres peuvent nous amener très rapidement à autre chose, ils nous donnent très souvent les pistes.

10) Quels sont les résultats, les observations, que vous avez pu faire au cours de ces séances sur l'impact de l'équithérapie dans la relation du patient TSA avec son environnement ? comment les utilisez-vous pour accompagner le jeune ?

Les résultats sont fonction des objectifs posés en début de séance. Il faut en fonction des objectifs de toute façon évaluer, déjà à la séance mais 2 – 3 fois par an pour faire le point car on ne se rend pas compte à quel point ils évoluent de manière pfiou !!! Mais après ça dépend il y en a qui évoluent très vite d'autres plus lentement et puis souvent il y a une évolution en escalier. C'est-à-dire que tu as l'impression que ça stagne puis d'un coup ils comprennent un truc et d'un coup tu te dis waouh génial ça y est, il est parti et en fait non on repart sur quelque chose qui stagne un petit peu. Parfois il y a un peu de régression car il suffit qu'il y ait eu quelque chose qui se passe au niveau familial et des changements (les autistes sont très sensibles aux changements).

Pour revenir à la question : je te dirais que de toute façon il se passe quelque chose, après il faut que tu aies des objectifs qui t'aident à choisir ce que tu vas travailler en séance mais il faut savoir que l'enfant et le poney vont te donner un petit peu un cadre mais je sais à peu près ce que je vais travailler et il y a quelque chose dans l'instant présent qui s'improvise. Et je vais rebondir ce qu'ils me donnent à ce moment-là, il faut tendre vers cet objectif mais ne pas attendre de résultats. Et parfois oui ils vont nous époustoufler et aller au-delà de nos espérances de ce qu'on imaginait travailler avec eux, et quelque fois on va travailler petit à petit mais il ne faut pas se dire mince je n'y suis pas arrivée parce qu'ils donnent ce qu'ils peuvent donner et c'est ça la spécificité de l'autisme c'est que ce ne sont pas des robots, après c'est compliqué parce qu'on réfléchit beaucoup sur l'autisme et il y a des méthodes d'éducation pour les aider le plus possible à s'adapter à la société qui demandent des résultats et moi je ferais un mixte d'un peu de tout et pour pas casser la relation car pour moi c'est le plus important et moi je ne veux pas en faire des robots donc mon résultat c'est ce qu'il me donne à chaque fois et je suis capable de quantifier y'a toujours quelque chose qui se passe.

Malheureusement pour pouvoir prouver scientifiquement qu'il y a vraiment quelque chose qui se passe, on est obligé d'avoir une démarche scientifique et on est en train de travailler sur un outil d'évaluation quantifier avec des chiffres, on va être obligé de passer par là pour prouver que l'équithérapie peut faire partie du parcours de soins comme la psychomotricité ou l'ergothérapie mais on rajoute un cheval en plus mais en réalité, moi je ne suis pas aussi exigeante parce que sinon je serais déçue : mince je n'ai pas réussi à l'emmener à faire ça mais donne ce qu'il peut me donner moi je suis là pour lui donner des moyens afin d'atteindre cet objectif là mais après c'est comme n'importe quelle thérapie, t'y adhère, t'y adhère pas, si on prend pas ce chemin-là peut être que je biaiserai, je passerais par un chemin détourné. C'est ça l'évaluation, c'est être capable de réajuster, de douter, de passer par un autre chemin.

11) Comment pensez-vous que l'équithérapie peut évoluer ? Concernant la prise en charge d'autres populations, et l'amélioration de la prise en charge de la population autistique.

C'est une très vaste question. L'équithérapie pour les autres personnes que les patients atteints de troubles autistiques, ça existe déjà et ça se développe comme je te le disais pour les troubles du comportement, les problèmes sociaux etc... on voit bien que certaines écoles, développent poney école, et on a des résultats en petites et moyennes sections qui montrent le poney apporte énormément sur le développement psychomoteur. Et d'ailleurs « baby poney » était la seule activité sportive pour les tous petits. On a été les premiers dans le sport à faire du baby quelque chose. Maintenant on voit du baby partout, parce qu'au niveau du développement psychomoteur c'est excellent. Même si on n'est pas dans la pathologie l'aspect développement psychomoteur on est quand même un petit peu dans la thérapie, donc tout ce qui est troubles psychomoteur on en a plein. L'avenir de l'équithérapie est une bonne question en général, parce que l'équithérapie n'est pas règlementée, et que beaucoup de personnes se posent de plus en plus de questions, donc ils se sont rendu compte que c'était quand même très intéressant. Très juteux aussi, il y a plein de choses qui se développent comme l'équicoaching, l'équicie, qui ne sont ni plus ni moins que de l'équithérapie. Et les moniteurs d'équitation font de plus en plus d'équitation adaptée pour les handicaps physiques surtout avec les institutions. Il y a tout un recensement qui est en train d'être fait au niveau national par la FFE pour voir les ressources humaines dont la France dispose pour accueillir un public en situation de handicap. On est en train de réfléchir sur la création d'un réseau de professionnel pour essayer de travailler ensemble sur justement l'avenir des équithérapeutes en gros. En tout cas de se faire reconnaître dans le parcours de soin. Elle a un grand avenir et on y travaille très activement.

Annexe IV : Retranscription de l'entretien avec une infirmière en psychiatrie.

Présentation du soignant :

Nom : Caroline

Sexe : ~~M~~ / F

Age : 36

- 1) Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous ? Quel est votre parcours d'exercice ?

J'ai été diplômée en 2009. J'ai toujours travaillé à l'hôpital C., j'avais fait mon dernier stage à l'hôpital de jour pour enfant à S., donc j'ai signé un contrat pendant mon dernier stage. Les 6 premiers mois, j'ai fait un remplacement dans un hôpital de semaine avec des enfants autistes, et après je suis entrée à l'hôpital de jour enfant, il y avait de tout : des autistes, des psychoses infantiles etc ... J'ai travaillé en parallèle pendant 1 an dans un jardin d'enfants thérapeutique avec des petits autistes de 3 à 5 ans. Après, j'ai travaillé dans un hôpital de jour pour enfants autistes qui accueillait des enfants de 5 à 12 ans et maintenant je fais fonction de cadre en psychiatrie adulte.

- 2) Avez-vous une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

J'ai fait des formations internes à C. mais c'est tout.

- 3) Travaillez-vous avec des jeunes atteints de troubles du spectre autistique ? Depuis combien de temps ? Est-ce un choix de travailler avec cette population ?

Je ne travaille plus avec des patients autistes mais je vais y retravailler. J'ai travaillé pendant 8 ans. Oui, parce que c'est un domaine qui m'intéresse beaucoup et qu'il y a plein de choses à faire et parce qu'en France on est très en retard sur ce qui peut se faire par rapport à l'autisme. Donc voilà, j'ai eu envie de m'en occuper de l'intérieur.

- 4) Etes-vous salarié d'un établissement de soins ?

Je suis dans la fonction publique mais je suis en train de songer à partir dans le privé.

Questions au professionnel :

- 5) Comment sont sélectionnés les patients qui participent aux séances d'équithérapie ?
Par qui ? Quelles sont les pathologies des personnes que vous accompagnez ? Quels sont les groupes d'âge ?

Alors ça dépend du projet de l'activité et de ce qu'on veut y faire. Et en fonction de la problématique des enfants, si on veut travailler plus le côté moteur, plus la relation. Tout dépend du projet de l'activité. C'est de l'anxiété, ça peut-être la dépression, toutes formes de pathologie. Là où nous on a rencontré le plus de difficultés c'est pour les enfants qui avaient des psychoses infantiles et des gros troubles du comportement qui pouvaient être dangereux sur le poney, qui ne tenaient pas en place, qui n'arrivaient pas du tout à tenir le cadre. Là ça peut être dangereux tout de même ! Alors moi, où je suis, c'était que des enfants mais je connais ou j'ai connu des endroits où il y avait des petits voir des très petits à partir de 6 ans, adolescent, adultes un peu n'importe quel âge. C'est bénéfique l'équithérapie.

- 6) Pouvez-vous me décrire comment s'organise une journée pour un patient atteint de troubles du spectre autistique ?

Alors, dans ce qui se fait actuellement, on essaye de bien cadrer les journées. Il y a un accueil avec un lieu d'accueil bien précis, on leur fait des emplois du temps avec en général bien précis en fonction de s'ils savent lire ou pas, ou avec des pictogrammes. Et on essaie dans la mesure du possible de ne pas trop changer les emplois du temps et de les prévenir en cas de changement. Accueil des activités en fonction de leur projet de soins, on essaie de bien structurer, de bien cadrer chaque moment de la journée. On fait ça en hôpital de jour mais c'est la même chose en hôpital de semaine et de nuit où ils sont hospitalisés du lundi au vendredi. C'est pareil sauf qu'il y a la nuit en plus, les douches, tout est bien structuré. Et il faut que ce soit avec des images ou des écritures afin que les enfants se reconnaissent et s'impliquent dedans. Que les canaux de communication soient adaptés (pictogramme par exemple) et il ne faut pas forcer l'enfant sinon ça ne marchera pas.

7) Comment avez-vous été amené(e) à choisir de pratiquer l'équithérapie pour accompagner les jeunes TSA ?

C'était un choix, j'ai monté à cheval pendant 15 ans, j'ai commencé pendant que j'étais en école d'infirmière à aider le groupe de personnes en situation de handicap pratiquant l'activité équestre. A mon travail c'était un choix parce que c'est quelque chose que j'aime bien mais comme je connaissais l'équitation, où j'avais déjà aidé à encadrer des groupes c'était plus simple pour eux d'avoir quelqu'un qui s'y connaisse en cheval/équitation pour pouvoir monter un projet. En puis j'avais fait mon mémoire sur l'équithérapie et l'autisme. A l'hôpital les infirmières ont vraiment la possibilité de pouvoir faire n'importe quelles activités, là où je travaille en tout cas, et après c'est plutôt une question d'envie de choix d'activité donc c'est vraiment personnel à chaque individu. Je pense que pour encadrer l'équithérapie c'est quand même plus facile quand on s'y connaît un petit peu pour les indications et on sait ce qu'on cherche, ce qu'on veut faire, c'est plus pratique que quelqu'un qui ne sait rien du tout sur l'équitation, c'est moins facile.

8) Comment organisez-vous les séances sur l'année ? Sur la journée ?

Alors j'ai connu au départ quand je suis arrivée dans l'hôpital de jour pour enfants, c'était chaque semaine toute l'année dans la mesure où le temps le permettait. Après question budget ça a été un peu réduit car on avait changé de centre équestre et que c'était un peu plus cher. Les dates sont prévues à l'avance et puis dans la séance elle-même, il y a un temps de préparation avant de venir (mettre les bottes, prendre ses affaires) déjà là il faut qu'ils soient dans l'activité et en plus il y a le transport qui peut être compliqué et puis dans la séance elle-même on va d'abord chercher les affaires du poney, on le brosse, on s'en occupe bien et puis après il y a la séance avec une monitrice qui gérait et c'est là que connaître un peu ça peut aider. Donc chaque moment est bien découpé et ils savaient à l'avance ce qu'il y avait. Ce sont des séances collectives, ils étaient 3 maximum 4, les adultes eux étaient un peu plus.

9) Quelles sont vos attentes à la suite d'une séance d'équithérapie pour un jeune atteint de TSA ?

Qu'il arrive à bien se repérer, au fur et à mesure, qu'il se repère sur le déroulement de la séance, qu'il pense à avoir ses affaires, tout ce qui est autour de l'activité. Qu'il sache se repérer, qu'il sache quel jour il y a l'activité, qu'il y a telle ou telle chose, qu'il faut être habillé d'une certaine manière. Et après, il y a déjà le plaisir d'être avec le cheval, c'est important. Et après, pour le coup, c'est des séances collectives mais chaque enfant avait un projet personnalisé, on travaillait tout ce qui était posture moteur ou le lien avec l'animal, il y a tellement de choses à travailler à cheval, la coordination ... c'était vraiment individuel en fonction du projet de l'enfant. Il y a toujours une visée motrice pour la posture, la tonicité musculaire, travailler la coordination avec le cheval et tout ça. Et le lien avec l'animal pour essayer de le retransposer après et en général c'était vraiment ça et puis suivre les règles, le cadre. Déjà pour un enfant pas autiste ce n'est pas évident, alors pour un enfant autiste c'est encore moins simple.

10) Quels sont les résultats, les observations, que vous avez pu faire au cours de ces séances sur l'impact de l'équithérapie dans la relation du patient TSA avec son environnement ? comment les utilisez-vous pour accompagner le jeune ?

Pour certains enfants qui sont en permanence dans leur bulle et qui avec l'animal arrivent à prendre en considération l'animal et le brosser, la capacité à réussir à se repérer aussi et on a eu des progrès énormes face à ça. Et puis le lien qu'ils arrivent à se faire entre eux, il y a des années, on avait que 2 enfants qui étaient chacun de leur côté au début de l'année et qui à la fin de l'année arrivaient à jouer ensemble.

11) Comment pensez-vous que l'équithérapie peut évoluer ? Concernant la prise en charge d'autres populations, et l'amélioration de la prise en charge de la population autistique.

Très bonne question, pour toutes pathologies confondues c'est réussir à intégrer les enfants ou adolescents autistes dans des séances avec des personnes qui n'ont pas ces problèmes-là. On n'est plus dans l'équithérapie mais dans de l'équitation adaptée. Le but c'est comme à l'école : qu'on arrive à une inclusion. Et après je pense que si ce n'est pas suffisamment étendu c'est parce qu'on n'en parle pas assez des bienfaits car déjà pour beaucoup de gens l'équitation ce n'est pas un sport alors que ça aide même quelqu'un qui est valide sur plein de plans d'autant plus pour d'autres pathologies comme dépression, anxiété. Je pense que ce qui freine beaucoup les institutions, c'est le prix.

Annexe V : Retranscription de l'entretien avec une psychomotricienne en hôpital de jour.

Présentation du soignant :

Nom : Muriel Sexe : M / F Age : 42

- 1) Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous ?
Quel est votre parcours d'exercice ?

Je suis diplômée psychomotricienne depuis 2005. Et j'exerce depuis ce temps-là. Je suis arrivée en 2005 en pédopsychiatrie en hôpital de semaine et de nuit, à l'époque, avec des enfants autistes. Je n'ai pas trop bougé depuis.

- 2) Avez-vous une formation complémentaire ? Si oui, laquelle ?

J'ai fait des formations de service. Et après là je suis en dernière année d'équithérapie avec la SFE.

- 3) Travaillez-vous avec des jeunes atteints de troubles du spectre autistique ? Depuis combien de temps ? Est-ce un choix de travailler avec cette population ?

Oui, c'est une grosse partie des patients que je prends en charge, depuis 2005. Pendant mes études j'ai fait un stage long en deuxième année avec des enfants autistes et psychotiques, de 14 à 20 ans. Et voilà, quand j'ai postulé, de toute façon je postulais auprès d'enfants, maintenant c'est un peu par hasard qu'il y avait un poste à temps plein qui était disponible ici avec les enfants autistes. Nous on a moins le choix de population que les infirmiers.

- 4) Etes-vous salarié d'un établissement de soins ?

Oui, salariée à 100%. Après en tant qu'équithérapeute j'envisage de monter un projet avec un centre équestre, en plus de ma fonction salariée, en auto-entrepreneuse. Après faut voir, faudrait que je pose une dispo.

Questions au professionnel :

- 5) Comment sont sélectionnés les patients qui participent aux séances d'équithérapie ? Par qui ? Quelles sont les pathologies des personnes que vous accompagnez ? Quels sont les groupes d'âge ?

Euh, les patients ça dépend du projet de soin de l'enfant. C'est comme tout hôpital de jour, il y a une période d'observation, l'hospitalisation ou non du patient, le projet de soin qui en découle. Et dans ce projet de soin, il y a eu l'observation des différents professionnels, et on a imaginé à ce moment-là des séances, suivant les médiations qu'on a, des séances ou non d'équithérapie. En fait on sélectionne par rapport au projet de soin, ce qu'il y a à travailler, par rapport aussi à la possibilité de se mettre en contact avec l'animal ou pas, ça va être une question de sécurité. On va quand même prendre le temps d'observer l'enfant avant de l'inscrire à l'activité, et ensuite l'observer sur l'activité, avant de dire si c'est bon ou pas.

Enfants et adultes, de par mon parcours en parallèle, ça peut être des adultes dépressifs, des IMC, du syndrome de RETT, de l'épilepsie, des personnes âgées, ça fait quand même un panel assez large. Des tous petits aussi qui ont 3 – 4 ans, de l'hémiplégie et voilà.

- 6) Pouvez-vous me décrire comment s'organise une journée pour un patient atteint de troubles du spectre autistique ?

D'abord ils viennent au CMP, et en suite s'il y a une demande médicale d'hospitalisation, ce sera en hôpital de jour. Et en fonction du projet de soin individualisé, on va mettre en place des activités, des ateliers, des médiations, de la psychomotricité. Quand il arrive le matin, il déjeune et après il voit son planning à temps plein ou à temps partiel, écrit ou en pictogramme. Ils viennent souvent en taxi, ou avec un transport qui est prévu.

- 7) Comment avez-vous été amené(e) à choisir de pratiquer l'équithérapie pour accompagner les jeunes TSA ?

Parce que moi je suis une cavalière, parce que c'était une activité qui d'emblée m'a beaucoup plus parlée que d'autres médiations. Et c'est souvent une activité qui leur fait écho, et qui leur apporte quelque chose. Et quand je suis arrivé, il n'y avait plus de centre équestre, donc pour ne pas perdre cette activité, j'ai aidé la cadre à la remonter.

8) Comment organisez-vous les séances sur l'année ? Sur la journée ?

C'est la monitrice d'équitation qui fait les séances avec nous, en général on est 2 soignants pour 2 enfants. C'était maximum 2 enfants, ou alors on est déjà monté jusqu'à 3 mais c'était des adolescents, voir des adultes. Ça nous permet de travailler en binôme soignant-soigné. Les séances durent une heure, sur place, à raison d'une heure hebdomadaire. Sauf pendant les vacances, parce que en général dans les centres équestres pendant les vacances il y a des stages, etc... donc du coup c'est sur toute l'année scolaire de début septembre, à fin juin, début juillet.

9) Quelles sont vos attentes à la suite d'une séance d'équithérapie pour un jeune atteint de TSA ?

Alors y'a plusieurs objectifs :

- *Conscience du corps : limite du corps, ou l'orientation du corps dans l'espace.*
- *Psychomotricité : coordination et motricité fine.*
- *Relationnel : lien au cheval pour le transposer aux autres. Le poney peut réagir comme un humain en fonction de ce qu'on lui fait.*
- *Autonomie : prendre soin du cheval pour prendre soin de soi, prise de repères.*
- *Ne pas ritualiser : changer de temps en temps, sans sortir des repères de l'enfant*
- *Motivation et plaisir.*
- *Ne pas négliger sa sécurité : concernant le transport, l'extérieur du service, l'extérieur de l'hôpital.*

C'est un travail assez basique, mais qui permet de reprendre du sens quand on est de retour à l'institution, reprendre du contexte. Le but c'est de travailler sur ce que l'enfant peut avoir besoin au quotidien, parce que limite qu'il sache monter sur un poney on s'en fout, enfin ce n'est pas le but, c'est plutôt que psychiquement il intègre certaines choses que ce qu'il a vécu au niveau corporel, qu'il puisse le transposer ou le généraliser. On travaille sur ces petits progrès pour amener à l'autonomie notamment sur tout ce qui est soins quotidiens.

Les objectifs sont d'abord individuels, et ensuite on a aussi des objectifs de groupe, mais ça dépend des moments. Parfois les enfants ne collent pas du tout ensemble, et du coup on travaille qu'en individuel. Quand ça colle, on peut en responsabiliser un pour tirer l'autre vers le haut.

10) Quels sont les résultats, les observations, que vous avez pu faire au cours de ces séances sur l'impact de l'équithérapie dans la relation du patient TSA avec son environnement ? comment les utilisez-vous pour accompagner le jeune ?

Des résultats c'est un bien un grand mot. Surtout que ce sont des enfants qui ont des progrès très très lents. Donc ça va s'observer sur un an, voir deux ans. J'ai pu voir sur du long terme, des améliorations quant à la prise de repère, « tient aujourd'hui c'est poney ». Aussi que l'un des jeunes autistes qui accepte d'aider les autres, qu'ils peuvent voir leur poney alors qu'au début ils ne le voient pas, c'est comme s'ils étaient assis sur une chaise, au début c'était uniquement sensoriel, il lui tire les poils, sent la poussière. Faire des petits liens d'emplois du temps, d'enchainements dans la semaine. Des prises de conscience.

On voit les progrès mais que sur du long terme. Ce n'est pas ce qu'on peut voir à la télé.

11) Comment pensez-vous que l'équithérapie peut évoluer ? Concernant la prise en charge d'autres populations, et l'amélioration de la prise en charge de la population autistique.

Déjà, l'équithérapie n'est pas un diplôme reconnu, c'est pas un métier. A la différence de l'équicie qui a réussi à développer son truc. On n'a pas de référentiel, pas de fiche de poste. On arrive chacun avec notre poste d'origine. Ce qui offre un panel d'équithérapeutes. Pour évoluer il faudrait déjà que ça ce soit plus clair, et puis il faudrait qu'il y ait des études et des écrits plus objectivables, des recherches en fait qui soient faites. Pour évaluer les progrès, par exemple chez les enfants autistes. Il faudrait que certains ait le courage de se lancer là-dedans pour objectiver l'équithérapie. Pour les autres populations ça se fait déjà.



Avec l'animal, vers la vie

actualités sociales hebdomadaires
www.ash.tm.fr

ASH

ÉTUDIANTS en :

- TRAVAIL SOCIAL • SOINS INFIRMIERS • PSYCHOMOTRICITÉ
- ORTHOPHONIE • ERGOTHÉRAPIE

Votre mémoire de fin d'études 2018 est centré sur la médiation animale :
comment l'animal familial ou domestique intervient
dans un cadre social, thérapeutique ou éducatif ?

Vous pouvez participer au :

PRIX MARIE-CLAUDE LEBRET 2018



**3 PRIX d'une
valeur de 1 000 €**

COMMENT CONCOURIR ?

Consultez le règlement sur www.fondation-apsommer.org
Date limite : le lundi 3 septembre 2018

Marie-Claude Lebret est la fondatrice d'Handi'Chiens. Elle a su développer une prise en charge humaniste et pertinente des personnes en difficultés par des chiens d'assistance dits d'accompagnement social ou d'éveil.

La **Fondation Adrienne et Pierre Sommer** est aujourd'hui en France la seule organisation à but non lucratif, privée et indépendante, qui soutient le développement de pratiques fondées sur les interactions positives entre l'humain et l'animal domestique ou familial. La Fondation a créé le prix Marie-Claude Lebret pour honorer les voies nouvelles et des solutions inédites pour le mieux-être et l'intégration des plus vulnérables : enfants ou adultes fragilisés par la maladie ou le handicap, jeunes en errance, détenus en réinsertion, personnes âgées dépendantes...

Créées en 1955 par une assistante sociale, les **Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH)** se sont imposées comme l'incontournable outil de référence du secteur social et médico-social. Aujourd'hui, leader parmi les magazines spécialisés de l'action sociale, les ASH apportent aux professionnels jour après jour une information actualisée des sujets phares intéressants les métiers du secteur. Une newsletter est envoyée aux abonnés du lundi au vendredi. Quatre fois par an les ASH ont un supplément abordant un thème spécifique (la vie affective et sexuelle en ESSMS, le partage d'information dans le champ social et médico-social, etc.). Le guide ASH de l'action sociale, le guide Nérét, et les monographies sont les compléments du magazine. Les revues Doc'Domicile, Doc'Accompagnement et Doc'Alzheimer appartiennent à la société ASH.

LE SITE ET LE CENTRE RESSOURCES DE LA FONDATION A ET P SOMMER PEUVENT VOUS ACCOMPAGNER DANS VOS RECHERCHES

Sous l'égide de la Fondation de France, la Fondation a soutenu depuis 2003 plus de 650 projets pour un montant global de 6,5 millions d'euros.

Retrouvez les mémoires primés sur <https://www.fondation-apsommer.org/les-laureates-du-prix-marie-claude-lebret/>



Résumé et Abstract

L'équithérapie : Quand le patient reprend les rênes de sa vie sociale.

Mots clés : Troubles du spectre de l'autisme, Adolescents, Médiation, Equithérapie, Lien social.

Résumé

Ce mémoire de fin d'études interroge les bénéfices de la prise en charge par la médiation équine chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique. Étant cavalière depuis mon enfance j'ai choisi d'étudier en quoi l'équithérapie, utilisée comme médiation auprès de jeunes atteints de trouble du spectre autistique, permet-elle de créer un lien social ?

Pour répondre à cette question, j'ai mené une enquête exploratoire auprès de quatre professionnels travaillant auprès de jeunes autistes et pratiquant l'équithérapie. Les réponses des professionnels ont confirmé l'objectif de création de lien social.

Malgré ses nombreux bénéfices, l'équithérapie reste encore peu développée en France. En effet, l'aspect financier freine beaucoup les institutions à davantage ouvrir cette médiation pour toutes les populations.

L'équithérapie commence à se démocratiser autant pour les personnes en situation de handicap que pour les personnes valides. Par conséquent, de plus en plus de moyens de médiation aidés par un équidé voient le jour, comme des cours « baby-poney » ou encore de l'équicoaching. Cela me conduit à émettre la question suivante : Dans quelles mesures l'équithérapie pourrait-elle permettre la promotion du bien-être et de la qualité de vie au travail, afin de prévenir les risques professionnels auxquels les entreprises exposent leurs salariés ?

Equitherapy : When patients take back the reins of their social live.

Keys words: Autism spectrum disorders, Teenager, Mediation, Equitherapy, Social contact.

Abstract

This final year dissertation asks about the profit of medical care with equine mediation for young teenagers with autism spectrum disorders. Being a horse rider since my childhood I chose to investigate in what way equitherapy, used as a mediation for young people with autism spectrum disorders, helps them recreate social contacts.

To answers this question, I conducted an investigation involving nearby professionals who were working with local teenagers with autism spectrum disorders and also practicing equitherapy. I discovered that improving social contact is one of the objectives of equitherapy with this population, but not the main one.

Despite its great potential, equitherapy is at the present time not very well developed in France. Indeed, the financial aspect prevents institutions from further developing this mediation which however brings great benefit to all.

Equitherapy is beginning to develop both for handicapped as well as for the able-bodied people. And more and more types of mediation helped by equidae are emerging, such as « baby-pony » lessons or also equicoaching. I am also lead to ask : Under what circumstances could equitherapy promote the improvement of weel being and the quality of working life in order to avoid the risks that employees are exposed to during their professionnall lives ?