



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Sandrine CASAROTTO

Le 27 novembre 2013

EQUITHERAPIE EN PEDOPSYCHIATRIE

EVALUATION DE QUATRE SITUATIONS CLINIQUES

Examineurs de la Thèse :

M. le Professeur Bernard KABUTH	Président
M. le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC	Juge
M. le Professeur Emmanuel RAFFO	Juge
Mme le Docteur Béatrice TRIBOUT	Juge



Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : **Mme la Professeure Karine ANGIOI**
 Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : **Mme la Professeure Annick BARBAUD**
 Vice-Doyen Mission « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**

Asseseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : *(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)*

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))*

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Monsieur le Professeur Bernard KABUTH, Professeur de Pédopsychiatrie, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC, Professeur de Pédopsychiatrie, merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RAFFO, Professeur de Pédiatrie, merci de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Madame le Docteur Béatrice TRIBOUT, Docteur en Pédopsychiatrie, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail. J'ai beaucoup appris grâce à vous.

A Marie-Paule RAPENNE, Psychologue et Equithérapeute, merci pour votre aide et vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail. J'ai énormément appris à vos côtés.

A Philippe BOICHOT, Psychomotricien.

A Elliott, Simon, Tom et Gabin.

A toute l'équipe de pédopsychiatrie de l'hôpital de jour du CPN.

A ma Famille :

A mes parents, sans qui je n'en serais pas là. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue quoi qu'il arrive. Ma réussite est la vôtre. Sans oublier un grand merci de m'avoir permis de vivre ma passion qui est à l'origine de cette thèse.

A ma sœur Virginie, Dugenou, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Te rappelles-tu de ce fameux soir au téléphone ? Merci d'être toujours là pour moi. A Jonathan. A Margaux notre petit rayon de soleil...

A Pimpin, merci pour ton soutien et ta présence. Tu es vraiment une Grand-Mère extraordinaire !

A mon Grand-Père qui aurait été fier d'être présent à nos côtés aujourd'hui.

A Armand, même de l'autre côté de l'Atlantique, je pense souvent à toi, merci pour tout.

A Alain, merci pour tout.

A Amélie, mon amie depuis si longtemps. Nous avons partagé tellement de choses, merci d'être là et de m'avoir accompagnée pendant ces longues années... Et merci pour cette « chouette » organisation...

A Bérengère, mon amie. C'est à tes côtés que j'ai débuté l'équitation. Merci pour tous ces moments privilégiés que nous passons ensemble à cheval et ailleurs. Et bien évidemment merci pour ce que tu sais!

A Chloé, mon amie, merci d'être là, et merci d'être toi ! Nous avons traversé tellement d'épreuves ensemble... J'espère que cela continuera encore longtemps !

A Anne-Claire, ma Bernarde ! Merci pour tout ! Même si tu es loin maintenant, cela ne change rien !

A Sébastien, merci...

A Paul, nous avons partagé tellement de moments sur les bancs de la Fac et ailleurs ! Merci pour tout ! A Christelle...

A Anne, mon amie, je sais que je peux compter sur toi. Merci d'être là !

A Joëlle, quelle jolie rencontre! Je suis très heureuse de te compter parmi mes amies. Merci d'être là pour moi...

A Claire mon amie d'enfance, merci pour tout !

A Elodie, ravie de t'avoir retrouvée, merci à toi.

A Maxime et Solène.

A Lucie, merci d'être mon amie depuis tout ce temps !

A Mireille et Bernard, merci de votre soutien.

A Sébastien, Yassine et Julien la « dream team » de Remiremont ! Ravie de vous avoir rencontrés. Merci de votre présence.

A Antonin.

A Elise, Claude, Guillaume, quelle aventure ce dernier stage d'interne !

A Little...

A Alina, Docteur Pop, j'ai tellement appris à tes côtés. Merci pour tout. Les six mois passés avec toi ont été riches en émotions !

A Gabriel, Docteur Malerba, un grand merci pour tout mais surtout pour « The Elderly Pony » !

A Madame le Docteur Diligent, merci pour ces six mois à vos côtés en PMI. Ce fut une expérience riche.

A Monsieur le Docteur Goudot, merci pour ces six mois à vos côtés. J'ai beaucoup appris grâce à vous.

A Monsieur le Docteur Boussouf, merci pour ce que vous m'avez apporté au cours de ces six mois à Remiremont.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

EQUITHÉRAPIE EN PEDOPSYCHIATRIE

EVALUATION DE QUATRE SITUATIONS CLINIQUES

INTRODUCTION	22
CHAPITRE 1 : LA MEDIATION ANIMALE.....	23
A. L'ETHOLOGIE	23
1. Définition	23
2. L'éthologie équine	23
3. L'équitation éthologique	29
4. De l'équitation à l'Equithérapie.....	32
B. LA ZOOTHERAPIE	33
1. Définition	33
2. Histoire de la zoothérapie	34
3. Animaux intervenants en zoothérapie ^{7b}	36
4. Champs d'application et rôles de l'animal dans la thérapie ¹⁰	38
a. Interventions Thérapeutiques Assistées par l'Animal (ITAA) ou Thérapie Assistée par l'Animal (TAA)	39
b. Interventions Pédagogiques Assistées par l'Animal (IPAA)	40
c. Animations ou Activités Assistées par l'Animal (AAA)	40
C. L'EQUITHÉRAPIE	41
1. Définition	41
2. Historique	43
3. Les différentes activités avec le cheval	47
a. Définitions	47
b. Rôle du cheval en thérapie.....	49
c. Reconnaissance de l'équithérapie et aspect législatif	55
d. Conséquences sur les chevaux.....	56

4.	L'équithérapie : indications	58
a.	Quel Public ?.....	58
b.	Handicap psychique et équithérapie (intérêts du cheval en rééducation mentale).....	58
c.	Handicap physique et équithérapie (intérêts du cheval en rééducation physique).....	60
d.	Limites/Contre-indications de l'équithérapie	62
5.	Lieu et déroulement d'une séance	63
a.	Quel lieu ?.....	63
b.	Quel cheval ?	64
c.	Quel équipement ?.....	64
d.	Déroulement d'une séance	65
D.	LES FORMATIONS EN ZOOTHERAPIE.....	66
1.	La formation d'Equithérapeute	66
2.	Autres formations en Zoothérapie en France	70
CHAPITRE 2 : L'ATELIER PONEY A VISEE THERAPEUTIQUE.....		72
A.	ETUDE DE QUATRE SITUATIONS CLINIQUES DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION DE JOUR DU CPN DE LAXOU	72
B.	PRESENTATION DES QUATRE ENFANTS	72
1.	Gabin.....	72
2.	Simon	74
3.	Tom.....	76
4.	Elliot	78
C.	DESCRIPTION DES DIFFERENTES PATHOLOGIES	80
1.	Les Troubles Envahissants du Développement (TED)	80
2.	Le Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité TDA/H.....	84
3.	Les Troubles de l'attachement	88
4.	Le syndrome de Doose ⁴⁵	91
D.	PRESENTATION DU PROTOCOLE	91
1.	Introduction, matériel et méthodes.....	91
2.	L'Hôpital : Centre Psychothérapique de Nancy (CPN).....	92
3.	Le Poney Club	94

4.	Les enfants.....	94
5.	Déroulement d'une séance au poney club.....	95
6.	Différents protocoles d'observation dans la littérature.....	97
7.	Description et explications de la grille ayant servi à l'observation des quatre jeunes patients	99
E.	ETUDE CLINIQUE, RESULTATS	104
1.	Résultats graphiques des scores obtenus	104
2.	Détails des résultats pour chaque enfant.....	105
a.	SIMON :	105
b.	GABIN	111
c.	ELLIOT	117
d.	TOM.....	122
F.	DISCUSSION	128
1.	Gabin.....	128
2.	Simon	129
3.	Elliot	131
4.	Tom.....	133
	CONCLUSION	136
	ANNEXES.....	137
	BIBLIOGRAPHIE.....	141

INTRODUCTION

Depuis bien longtemps déjà, la pratique du cheval est reconnue comme bénéfique. Au cinquième siècle avant Jésus Christ, Xénophon, disciple de Socrate disait déjà : « *Le Cheval est un bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur* ».

On constate ces dernières années une recrudescence d'articles, de reportages dans les médias traitant du sujet des zoothérapies et plus particulièrement de l'équithérapie.

Les bienfaits de cette pratique sont utilisés depuis des dizaines d'années, en France comme à l'étranger. C'est dans les années soixante que la médiation équine se développe en France notamment grâce à Hubert Lallery, kinésithérapeute, et Renée de Lubersac, psychomotricienne. Au fil du temps, différentes associations sont créées afin de développer et de promouvoir cette thérapie. Cependant bien qu'elle suscite de plus en plus l'intérêt des médias et des professionnels de la santé, la médiation équine ne fait l'objet que de peu de recherches rigoureuses. Initialement les articles recensés s'intéressaient essentiellement aux bienfaits physiques de l'équithérapie, agissant sur des handicaps d'ordre moteur (hippothérapie). Mais depuis une dizaine d'années sont publiés des articles de qualité abordant la question du handicap psychique et de la médiation équine, plus particulièrement chez l'enfant présentant des pathologies telles que les troubles envahissants du développement (TED), les Troubles Déficitaires de l'Attention avec Hyperactivité (TDA/H).

Afin de mieux comprendre cette pratique nous tenterons de dresser « un état des lieux » de l'équithérapie dans une première partie. Pour cela, nous définirons tout d'abord l'éthologie équine. Puis nous aborderons l'équitation éthologique, méthode de dressage inspirée de l'éthologie équine. Cela nous conduira à dresser un éventail des différentes zoothérapies, puis nous nous pencherons précisément sur l'équithérapie et son histoire.

Dans une seconde partie nous observerons les bienfaits de cette approche au sein de l'Hôpital de Jour de Pédopsychiatrie de Nancy Laxou où les jeunes patients peuvent bénéficier de cette thérapie. Pour cela nous suivrons quatre jeunes patients sur une année scolaire (2012-2013), qui se rendent en alternance tous les lundis matin aux séances de poney à visée thérapeutique. Afin d'établir un suivi objectif nous utiliserons une grille d'observation et les observations individuelles remplies par l'équithérapeute à chaque séance.

Enfin, nous demanderons à chaque enfant de « dessiner » le poney à visée thérapeutique.

CHAPITRE 1 : LA MEDIATION ANIMALE

A. L'ETHOLOGIE

1. DEFINITION

L'éthologie est l'étude du comportement animal. Elle s'apparente à la biologie du comportement et à la biologie de l'interaction intra et inter spécifique¹. Elle s'est développée essentiellement à partir de 1854 notamment grâce au naturaliste Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

2. L'ETHOLOGIE EQUINE

L'éthologie équine est l'étude du comportement des chevaux. Elle s'intéresse non seulement à leur comportement en milieu naturel mais aussi aux relations intra-spécifiques, avec les autres chevaux, et inter-spécifiques avec les autres espèces animales. Par ailleurs cette science étudie leur comportement avec l'homme^{2a}.

Il faut faire la distinction entre éthologie équine et équitation éthologique. En effet cette dernière n'est pas une science mais une méthode de dressage inspirée de l'éthologie équine.

Pour mieux comprendre la médiation animale et notamment la médiation par le cheval il est nécessaire de mieux comprendre l'éthologie équine^{3a}.

Le cheval en liberté passe quinze heures par jour de son temps à pâturer tout en se déplaçant lentement. En effet c'est un herbivore non ruminant ayant donc un rendement digestif faible. Par ailleurs il passe en moyenne cinq à sept heures par jour à se reposer, et une à deux heures par jour à se déplacer, essentiellement au pas. Le reste de son activité est consacré à diverses activités telles que s'abreuver, se rouler ou développer des interactions sociales avec ses congénères. Ces diverses activités sont effectuées de jour comme de nuit.

L'éthologie a permis de comprendre l'organisation sociale et le mode de vie du cheval. Le cheval est un animal grégaire, qui vit en groupe. Une hiérarchie s'organise au sein des groupes formés, avec la notion de dominants et dominés. Le groupe compte en général trois à dix individus, un étalon entouré de plusieurs juments et de leurs poulains. Cette hiérarchie dominants/dominés s'établit en fonction de plusieurs facteurs notamment l'âge et le tempérament des différents membres. Cette structure permet d'assurer une surveillance

face aux prédateurs, le cheval étant une proie, c'est grâce à son instinct de fuite qu'il réussit à survivre^{2b}.

Les chevaux n'aiment pas la solitude, ils ont besoin d'établir entre eux des liens, de se sentir, se toucher, et communiquer. Leurs sens sont d'ailleurs extrêmement développés. Ces besoins sont parfois compensés par une relation extra-spécifique avec l'homme ou un autre animal.

En grandissant, les poulains développent au contact de leur mère et de leurs congénères des compétences sociales. Ils sont sevrés progressivement par leur mère peu avant la naissance du poulain suivant. Ils quittent alors le groupe de leur propre initiative ou repoussés par la mère ou l'étalon pour rejoindre ou constituer un autre harem. Cela limite fortement les risques de consanguinité. La tête d'un harem s'acquiète à la suite de duels entre mâles. Les différents groupes se côtoient régulièrement par exemple autour des points d'eau ou lors des grandes migrations. Les contacts entre les différents groupes sont alors encadrés par les mâles dominants^{2c}.

Pour survivre, la première stratégie de défense du cheval est la fuite. Etant dépourvu de moyens de défenses (crocs, cornes, griffes) la fuite est son premier moyen de survie. Il est considéré comme une espèce nidifuge, c'est-à-dire qu'il est capable après à peine quelques heures de vie de suivre sa mère au galop en cas de danger. La vitesse est un point essentiel à sa survie.

Sa vue est un point clé, ses yeux sont placés sur les faces latérales de sa tête et non sur la face antérieure. Il bénéficie donc d'un champ de vision extrêmement large (quasiment 365°.) Il est très observateur, son œil détecte le moindre mouvement même de très loin. Il sait repérer et interpréter chacun de nos mouvements selon l'apprentissage qu'il reçoit, ce qui est très utile notamment dans le travail en liberté.

Sa vision est différente de celle de l'homme, ses yeux situés sur le côté peuvent tourner dans leur orbite. Il dispose d'une vision monoculaire latérale qui lui permet de voir sur les côtés et vers l'arrière. Sa vision est binoculaire uniquement s'il regarde devant lui, ce qui lui permet de voir en relief.

Son champ oculaire effectue un tour presque complet laissant seulement deux petits angles morts devant et derrière lui. Ceci explique qu'il soit obligé de tourner la tête pour voir dans ces directions. Bouger la tête lui permet également d'accommoder sa vision à la distance.

Le cheval voit très bien dans l'obscurité presque totale mais sa vision des couleurs est différente de celle de l'homme^{3b}.

La communication étant primordiale chez les chevaux, ses sens sont extrêmement développés. Le cheval utilise les mêmes signaux, qu'il s'adresse à un individu de sa propre espèce ou d'une autre espèce (y compris l'homme).

La communication auditive^{2d} : le cheval utilise au moins sept sons différents.

- Le **hennissement** : c'est un signal à longue distance audible parfois à plus d'un kilomètre. Il est le plus souvent émis en cas de perte de contact visuel avec ses congénères. Il l'utilise également pour signaler sa présence à l'approche d'une zone où se trouvent d'autres chevaux.
- Le **couinement** : c'est un son émis en cas de rencontre rapprochée de deux chevaux souvent en palettant (lancé d'antérieur vers l'avant). Il est aussi émis lors de jeux particulièrement intenses.)
- L'**appel sourd** est une espèce de grognement de bienvenue ou d'appel émis particulièrement par la jument vis-à-vis de son poulain mais aussi du cheval vers son soigneur et notamment lors de la distribution de la nourriture.
- Le **gémissement** est un grondement sourd et gémissant émis lors d'effort physique. On peut l'entendre lorsque le cheval se couche.
- Le **souffle** est une expulsion violente et brève d'air par les naseaux audible à distance moyenne. Il est utilisé en cas de danger ou lors de la découverte d'une odeur particulière.
- L'**ébrouement** est une expulsion d'air rythmique par les naseaux émise lorsque ceux-ci sont irrités ou pour exprimer une nervosité ou une impatience.
- Le **ronflement** est une inspiration d'air vibrante par les naseaux émis en signal d'alarme audible à faible distance.

De plus, l'excellente acuité auditive du cheval est l'héritage de son passé de « proie ». Il est doté d'un système auditif très puissant, grâce à des oreilles très mobiles et de grande taille. Il est capable de capter tous les bruits qui l'entourent, y compris à des fréquences non audibles chez l'homme.

Ses oreilles sont par ailleurs un indicateur d'humeur qui permet d'anticiper ses réactions : c'est un langage corporel.

La communication olfactive^{2e} :

Le cheval possède un odorat très développé. Il l'utilise systématiquement lors d'une rencontre par un contact nez/nez (rôle essentiel dans la communication). Il perçoit à distance la présence d'ennemi, détermine la toxicité d'une plante. Le cheval possède une petite glande spécifique appelée organe voméro-nasal ou organe de Jacobsen située dans les fosses nasales qui lui permet de mieux analyser certaines odeurs. Il est particulièrement sensible aux phéromones, libérées par les juments en chaleur. Pour attirer l'odeur qui

l'intrigue vers son organe voméro-nasal le cheval se sert d'une mimique appelée Flehmen. Il retrousse sa lèvre supérieure en levant le nez.

Le goût^{2f} :

Tout comme l'homme, le cheval possède des papilles gustatives sur sa langue, sensibles au salé, sucré, acide, amer, réagissant différemment selon les concentrations. On constate que le cheval goûte ce qui est comestible, et peut même recracher ce qui ne lui plaît pas.

Le toucher^{2g} et le langage corporel :

Le toucher est un sens très développé chez le cheval. Il possède des moustaches appelées vibrisses, équivalentes aux moustaches du chat. Elles constituent un véritable organe sensoriel, très utile à son alimentation. Cela lui permet par exemple de ramasser un simple grain d'avoine et de trier les meilleurs brins du foin avant de les consommer. Il peut également s'approcher très près d'un objet sans même le voir.

Par ailleurs il possède une grande sensibilité cutanée, variable selon les parties du corps, certaines zones étant plus riches en terminaisons nerveuses. Il est capable de détecter la présence d'une mouche et de la chasser grâce à la contraction de ses muscles peauciers.

La sensibilité de ses sabots lui permet de transmettre des messages sur la nature du terrain sur lequel il évolue.

Nous avons trop souvent tendance à croire que chez l'homme la communication se résume à « la communication orale », comme si tout langage était parlé. Or l'homme communique avec ses semblables de bien d'autres façons que par la voix. Les études d'éthologie humaine ont mis en évidence que les jeunes enfants utilisent spontanément tout un répertoire de gestes, mimiques ou postures pour communiquer entre eux, répertoire immédiatement compris par le partenaire, même si les interlocuteurs ne se connaissent pas auparavant. Elles ont aussi mis en exergue qu'il existe « des universaux de comportements » qui se traduisent par des mimiques identiques chez tous les hommes y compris ceux des tribus les plus isolées. On observe que des enfants nés aveugles et qui n'ont par conséquent pas pu « apprendre » d'autrui par imitation l'usage de diverses mimiques, affichent le même sourire, la même moue de dépit, de crispation, que les autres enfants. Ils utilisent également les mêmes gestes de timidité consistant à détourner le visage, ou d'apaisement la main ouverte tendue en avant. On imagine aisément dans ces conditions quelle importance peuvent avoir les autres modes de communication que le mode oral pour des animaux qui ne sont pas dotés de la parole.

Le cheval utilise donc son corps pour communiquer, il dispose d'un éventail de codes précis lui permettant d'exprimer différentes émotions. Parler de communication implique qu'il y

ait au moins un individu qui émet des signaux portant une information et un autre qui les reçoit^{2h}.

Le langage des « gestes » :

L'appareil visuel du cheval étant bien développé, il possède donc un bon système de communication visuelle.

L'exemple de la posture d'alerte, correspondant à la détection d'un danger en est un exemple. Pour être alerté d'un danger le cheval vivant en groupe a deux possibilités, soit de façon directe en voyant lui-même le danger, soit de façon indirecte grâce aux signaux envoyés par son compagnon. Ainsi l'ensemble du groupe est rapidement prévenu. Une telle posture se traduit par un redressement d'encolure et de la tête, tournée vers la « menace », des oreilles « attentives », une expulsion d'air par les naseaux, une position d'ensemble campée, la queue relevée. Très souvent dans les groupes vivant en liberté c'est l'étalon qui possède ce rôle de guetteur. Si le danger se confirme, outre les hennissements, la posture s'accuse, tête et encolure hautes, et queue en panache, l'étalon fait quelques foulées tout en fixant la source du danger. Les membres du groupes répondant à ce danger se rassemblent prêts à répondre à la moindre sollicitation de fuite²ⁱ.

L'une des manifestations la plus reconnue comme agressive par une personne approchant un cheval est celle du cheval « qui couche les oreilles en arrière ». Un cheval qui prend l'initiative de coucher les oreilles en arrière exprime donc une menace. Il ne s'agit que d'une menace légère. Un degré de plus est franchi lorsque le cheval se met de surcroît à balancer la tête de haut en bas en allongeant l'encolure. Lorsque les chevaux sont entre eux l'escalade de la violence suit le même chemin. Si ses premières manifestations ne suffisent pas l'assaillant poursuivra ses menaces en découvrant les dents, les traits tirés vers l'arrière^{2j}. A un niveau supérieur le cheval décrira un mouvement de pseudo-morsure (mouvement de morsure dans le vide), puis il passera éventuellement à l'agression caractérisée en mordant son congénère.

La ruade représente également un comportement d'agression. Le cheval commence par se contenter de coucher les oreilles puis oriente la croupe vers l'objet d'irritation puis esquisse une ruade en levant tout juste un membre postérieur. Il peut aussi faire une démonstration plus énergique en laissant partir son sabot vers l'arrière. Lorsqu'il se livre à une agression effective ce sont les deux membres postérieurs qui sont projetés vers l'intrus.

Face à ce comportement d'agressivité du « dominant » il faut évoquer les réactions du congénère « dominé ». Elles consistent essentiellement en des réactions d'évitement ou de fuite. Ce sont de véritables réponses visuelles.

Quoi qu'il en soit ces comportements s'expriment selon un répertoire identifiable par les partenaires concernés et l'existence d'une hiérarchie au sein du groupe.

D'autres manifestations de « bon voisinage »^{2k} :

La toilette mutuelle ou toilettage social est une manifestation au cours de laquelle les deux congénères se trouvent souvent tête bêche et se mordillent doucement l'encolure, le garrot, le dos, la croupe. En se rapprochant on constate que leur expression est différente de celle des morsures. Ils peuvent également se frotter la tête sur leur congénère ou même rester immobile au contact l'un de l'autre. Des préférences individuelles se manifestent d'ailleurs entre les chevaux. Ces phénomènes de mordillements, et mâchouillements sont par ailleurs des phénomènes d'apaisement et de décontraction que l'on observe chez le cheval détendu tant lors du pansage ou lors du travail²ⁱ.

D'autres manifestations moins spectaculaires mais au combien importantes si elles sont perçues sont notamment les expressions du visage du cheval : des mouvements qui affectent le bout du nez, les naseaux, le roulement des yeux, les lèvres ou leurs commissures parlent de façon très précise à leur interlocuteur^{2c}.

Dans son livre «Le Cheval, Miroir de nos émotions » Isabelle Claude, éducatrice spécialisée et Equicienne, dit « se rendre compte que le visage du cheval est au moins aussi expressif que celui d'un enfant ». La partie située au-dessus des arcades sourcilières varie selon les personnes présentes, elle peut être très gonflée, très creuse, battant fortement ou faiblement. Le menton peut être très souple ou contracté. Les naseaux se lissent ou se plissent. Les lèvres très mobiles peuvent être souples ou tendues. Les veines apparaissent ou s'atténuent. Les oreilles dotées de treize paires de muscles chacune, indépendantes l'une de l'autre offrent une rotation de cent quatre-vingt degrés et « donnent la tonalité »^{4a}.

Quelques exemples d'attitudes révélatrices^{3c} :

- Cheval dominant qui chasse un congénère : oreilles plaquées en arrière, encolure tendue, bouche ouverte, croupe tournée plus ou moins prêt à taper.
- Deux chevaux se reposant tête-bêche, détendus, mâchouillant, se chassant les mouches mutuellement.
- Poulinière éduquant son poulain trop turbulent couche les oreilles, lui mordille les jarrets ou la croupe.
- Groupe de deux ou trois chevaux mis dans un nouveau pré : le dominant pousse les dominés.
- Cheval entier flairant l'odeur d'une jument : Flehmen tête relevée et lèvre supérieure retroussée.
- Cheval inquiet entendant un bruit et cherchant à l'identifier : tête haute, oreilles pointées en avant, prêt à fuir.
- Pouliche curieuse d'un objet inconnu : marche à pas comptés, tête basse, « en soufflant », nez en avant, oreilles pointées.

- Cheval au repos : se tient sur trois membres, un postérieur relâché, lèvre inférieure détendue^{3d}.

3. L'EQUITATION ETHOLOGIQUE

L'équitation éthologique est une méthode de dressage équestre inspirée de l'éthologie équine, qui vise à interagir avec son cheval tout en prenant en compte les particularités psychologiques de l'animal.

« L'équitation éthologique, une école de vie : Le cheval est un vecteur exceptionnel de développement et de progression personnelle, il a une capacité extraordinaire à faire sortir de chacun d'entre nous un potentiel parfois insoupçonné... Si nous acceptons bien sûr, de rester modeste face à lui et de nous remettre en question pour progresser et apprendre tous les jours davantage... Nous pensons que nous sommes le professeur mais, en fait, nous ne sommes que l'élève, c'est lui qui nous apprend comment dépasser nos propres limites et donner toujours plus, pour mériter sa confiance et son respect. » Elisabeth de Corbigny.

Le point clé de l'équitation éthologique est d'apprendre à observer et à mieux comprendre le fonctionnement du cheval afin d'en tirer un enseignement qui améliorera notre propre comportement, cela permettant de mieux communiquer avec lui. Pour cela il est nécessaire d'établir avec lui une relation d'harmonie et de compréhension mutuelle fondée sur la confiance et le respect.

La fédération française d'équitation FFE a organisé de façon réglementaire l'équitation éthologique en organisant la formation et en évaluant la pratique des cavaliers licenciés. Un programme officiel a été mis en place : il comprend cinq niveaux appelés « savoirs d'équitation éthologique », numérotés de 1 à 5.

Le centre de référence de l'équitation éthologique en France se trouve au Haras de La Cense, à proximité de la forêt de Rambouillet.

Programme des différents savoirs :

Savoir numéro 1 : Comprendre et approcher son cheval.

Pratique à pieds, Confiance et Respect

Capter l'attention et obtenir la confiance réciproque en abordant le cheval

Aborder un cheval dans le respect mutuel des espaces personnels

Mettre un licol en ayant obtenu l'acceptation du cheval

Savoir numéro 2 : Communiquer à pieds à distance réduite en filet ou licol

Pratique à pieds, Confiance et Respect

Capter l'attention et obtenir la confiance réciproque à tout moment de la séance

Contrôler l'allure et la direction sur terrain nu sans embûche et lors du passage d'embûches simples en utilisant les différents types de conduite (devant, à côté, derrière)

Pouvoir mobiliser l'avant et l'arrière main dans la décontraction depuis l'arrêt.

Savoir numéro 3 : Communiquer avec son cheval monté

Pratique montée, Confiance et Respect

- Obtenir une relation mutuelle attentive dans le relâchement et la décontraction du cheval à tout moment de la séance.
- Contrôler l'allure et la direction aux trois allures, indépendamment d'autres chevaux, sur terrain nu sans embûche (ou embûche simple).
- Pouvoir mobiliser l'avant main et l'arrière main dans la décontraction, depuis l'arrêt, au pas et au trot.

Savoir numéro 4 : Communiquer à pieds en liberté et à la longe

Confiance et Respect :

- Obtenir à distance une relation mutuelle attentive dans le relâchement et la décontraction du cheval
- Contrôler la vitesse et la direction sur un tracé précis dans chaque allure dans un espace fermé en liberté et sur terrain nu lors du passage d'embûche avec la longe.

Savoir numéro 5 : Affiner la communication à cheval

Confiance et Respect :

- Conserver une relation mutuelle attentive dans le relâchement et la décontraction du cheval pendant la séance.
- Contrôler la vitesse et la direction sur un tracé précis dans chaque allure en carrière et à l'extérieur sur terrain nu sans embûche et lors du passage d'embûches.
- Combiner la mobilisation des différentes parties du cheval.

On ne peut parler d'équitation éthologique sans citer « les chuchoteurs » ou « horse Whisperer ». Ce terme a été inventé au dix-neuvième siècle par Daniel Sullivan, un irlandais

qui travaillait sur la guérison de chevaux rendus rétifs suite à des accidents ou mauvais traitements. Si ces méthodes paraissent nouvelles, on constate aisément en se plongeant dans l'histoire équestre qu'en réalité elles datent au moins de l'antiquité. Pour preuve le traité de Xénophon sur l'équitation préconise déjà de traiter son cheval avec douceur et justice.

Les chuchoteurs ont élaboré des méthodes qui se caractérisent par une approche sans violence ni contrainte excessive prenant en compte la nature même du cheval. L'homme cherche donc à mieux comprendre le cheval afin de pouvoir entrer en relation avec lui dans la confiance et le respect mutuels. Ces pratiques initialement empiriques ont pu largement progresser grâce aux recherches en éthologie équine.

L'un des chuchoteurs les plus célèbres à l'initiative de « l'équitation éthologique » est l'américain Monty Roberts, né en 1935. Sa méthode est basée sur la coopération volontaire et la non-violence. Sa méthode de communication se nomme le « Join up ». Le but du « Join up » est d'amener le cheval à coopérer avec l'humain qui pour lui est un prédateur, en utilisant son langage à lui. Après quarante-cinq ans d'études Monty Roberts a pu observer et transcrire cent-quatre-vingt signes corporels naturellement compréhensibles par les chevaux. Il en fait un dictionnaire accessible à tous. Il a par ailleurs inspiré l'histoire du roman « L'Homme qui murmurait à l'oreille des chevaux ».

Ces dernières années les méthodes d'un autre chuchoteur se sont développées, celles de l'américain Pat Parelli, né en Californie en 1954. Il a mis au point une méthode équestre le « Parelli Natural Horsemanship » ou PNH. Cette méthode est basée sur une relation de confiance et de respect mutuels entre le cheval et l'homme. Elle débute tout d'abord à pieds puis en selle.

Elle commence initialement à pieds par des exercices structurés et progressifs appelés « **les sept jeux** ».

Le jeu de l'amitié ou friendly game : Désensibilisation. Ce jeu doit permettre à l'homme d'acquérir la confiance du cheval. Après avoir pris soin d'entrer dans la zone personnelle du cheval, il s'agit de caresser doucement et progressivement chacune des parties de son corps y compris les zones délicates telles que les yeux, les oreilles, la bouche. Dès que le cheval est sur la défensive il faut utiliser la technique d'approche-retrait qui consiste pour rassurer le cheval à éloigner l'objet de sa peur et dès qu'il est en confiance à le rapprocher. Ensuite il s'agit de caresser le cheval avec la longe ou d'autres objets, voire d'effectuer des mouvements inhabituels sans que le cheval ne soit effrayé, afin de gagner sa confiance en toute circonstance.

Le jeu du porc-épic ou Porcupine game : par la pression physique (main, doigts, stick de dressage...) le cheval doit céder à la pression physique et se déplacer. Ce jeu a pour but de se

faire respecter du cheval. Il permet en définitive de faire se mobiliser le cheval avec la moindre pression possible. Lors de l'apprentissage si le cheval résiste il est nécessaire d'augmenter la pression jusqu'à ce qu'il cède. Dès qu'il effectue une ébauche du mouvement demandé la pression doit immédiatement être relâchée et le cheval doit être récompensé, caressé. C'est le principe du confort/inconfort. Ce jeu diminue petit à petit le réflexe inné d'opposition du cheval.

Le jeu de conduite ou driving game : le cavalier par des indications à distance et un langage corporel fait bouger le cheval qui cède à cette pression non plus physique mais mentale. Le cheval apprend à maintenir une distance, une cadence, à se laisser mener, à affiner la communication.

Le jeu du yoyo ou yoyo game : le cheval apprend à reculer puis à avancer en ligne droite face au cavalier qui se tient immobile. Ce jeu permet d'équilibrer les deux pôles importants : respect, reculer devant l'homme, et confiance, revenir vers l'homme.

Le jeu du cercle ou circling game : le cheval doit rester sur un cercle en conservant l'allure et la direction données par le cavalier sans que celui-ci n'ait besoin de le « relancer ». Le cheval apprend à gérer son impulsion et se responsabilise.

Le jeu du déplacement latéral ou sideways game : le cavalier fait déplacer latéralement son cheval en alternant le croisement des antérieurs et des postérieurs. Ce jeu permet d'obtenir plus de souplesse, de suspension, atténue l'instinct de fuite et améliore la coordination des mouvements.

Le jeu du passage étroit ou squeeze game : le cheval apprend à passer au-dessus, entre, en dessous, à travers divers objets. Ce jeu lutte contre la claustrophobie naturelle du cheval.

Une réelle relation de respect et de confiance mutuelle se crée entre le cheval et le cavalier, gagnant en fluidité et en légèreté. Le travail monté peut ensuite être envisagé.

4. DE L'EQUITATION A L'EQUITHERAPIE

En essayant de passer en revue les grandes lignes de l'éthologie équine, il semble donc plus aisé de comprendre comment établir une relation de confiance et de respect entre l'homme et l'animal. C'est là que l'équitation prend tout son sens, et que l'on se rend compte qu'il ne s'agit pas « juste » de monter à cheval, ou de pratiquer un sport, mais que bien au contraire cela va au-delà.

« Le cheval est un bon maître non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur » Xénophon, Vème siècle avant Jésus-Christ.

En s'intéressant à l'éthologie équine, et en observant les chevaux avec attention, on peut mettre en évidence l'intelligence et la complexité de leur langage. Pour aller plus loin, si l'on observe avec attention le cheval et le visage de la personne l'accompagnant, il n'est pas rare de constater les mêmes signes de crispation ou de détente aux mêmes endroits. C'est ainsi que la transition entre éthologie équine, équitation et équithérapie prend tout son sens^{4b}.

Le cheval nous offre de grandes possibilités de découverte et d'évolution psychique. L'équithérapie utilise les principes de la relation isoesthésique (adaptabilité des ressentis) et de la relation isopraxique (adaptabilité des attitudes) par le biais de la communication infraverbale instaurée avec l'animal.

Nous développerons donc dans un chapitre à part entière l'Equithérapie.

B. LA ZOOTHERAPIE

1. DEFINITION

La mot zoothérapie vient du grec « zoo » signifiant animal et de « therapeia » signifiant soins, cure.

Elle se définit comme une thérapie assistée par l'animal où celui-ci est un véritable médiateur.

La zoothérapie est un programme structuré, d'interventions ou de soins qu'un thérapeute prodigue à son patient avec l'aide et en présence d'un animal. Elle a pour but de maintenir, ou d'améliorer la santé de personnes souffrant de divers troubles physiques, cognitifs, psychologiques, affectifs, sociaux. Elle utilise les liens naturels et bienfaisants existant entre les hommes et les animaux.

C'est une médiation qui se pratique professionnellement, en individuel ou en petit groupe à l'aide d'animaux spécifiquement sélectionnés et éduqués, sous la responsabilité d'un professionnel thérapeute ayant suivi une formation particulière⁵.

Le zoothérapeute est le fil conducteur : l'animal n'est pas le thérapeute, il existe une réelle notion de triangulation : l'animal étant le médiateur entre le patient et le thérapeute. Des objectifs précis sont fixés dans le cadre d'un projet de soins individuel.

La zoothérapie est donc un complément d'intervention s'incluant dans une prise en charge globale du sujet nécessitant une prise en charge multidisciplinaire (nombreux intervenants :

Psychiatres, Pédopsychiatres, Psychologues, Psychomotriciens, Educateurs spécialisés, Orthophonistes, Médecines rééducateurs...).

La zoothérapie est une pratique largement utilisée notamment aux Etats Unis et au Canada depuis plus de vingt-cinq ans. Les avantages de cette thérapie ont d'ailleurs été scientifiquement prouvés par des travaux de recherche se multipliant ces dernières années et portant essentiellement sur les troubles du comportement chez l'enfant ou la dépression chez la personne âgée. La zoothérapie complète de façon originale les thérapeutiques déjà existantes (psychothérapies, ergothérapie, kinésithérapie...).

Le lien étroit qui se tisse entre l'être humain et l'animal est donc à la base de cette thérapie. Compagnons fidèles et impartiaux les animaux s'attachent aux humains sans les juger, sans rien demander. Les relations avec les animaux sont simples car elles ne sont pas ambivalentes mais pures^{6a}. L'animal brise la solitude, aide à reprendre contact avec nos émotions et s'avère être un des meilleurs catalyseurs à la relation d'aide. Cependant il faut garder à l'esprit que la seule présence d'un animal ne fait pas la thérapie proprement dite, l'animal n'est pas thérapeute mais réel médiateur.

Dans le domaine scientifique on distingue :

-Les Activités Assistées par l'Animal (AAA)

-Les Thérapies Assistées par l'Animal (TAA)

Ces différents champs d'intervention seront détaillés dans un chapitre spécifique.

2. HISTOIRE DE LA ZOOTHERAPIE

De l'Antiquité à nos jours, l'animal a toujours fait partie de notre environnement, autant physique que spirituel. D'abord considéré comme une sorte d'intermédiaire entre le monde des humains et celui des dieux, il a petit à petit acquis une valeur propre, jusqu'à devenir animal de compagnie. Bien avant que ce phénomène - animal de compagnie - n'atteigne l'importance qu'il a de nos jours, son effet bénéfique sur l'Homme était déjà reconnu au dix-septième siècle. On pensait en effet que s'occuper d'un animal pouvait rétablir l'harmonie entre le corps et l'esprit. Aux dix-huitième et dix-neuvième siècle, diverses espèces d'animaux faisaient partie intégrante du décor de plusieurs institutions de soins en Angleterre et ailleurs. Il a toutefois fallu attendre la fin du vingtième siècle pour que la recherche se développe et démontre alors scientifiquement les effets bénéfiques que l'animal peut avoir sur la santé physique et psychologique des humains.

En 1796, dans le Yorkshire en Angleterre, William Tuke (1732-1822), humaniste et philanthrope, fonde l'institut « York Retreat » après avoir été outré des conditions de vie des

malades mentaux dans un asile de la ville de York dans le Nord de l'Angleterre attachés et brutalisés dans leur cellule. Ainsi il redéfinit la santé mentale et utilise une approche basée sur les concepts moraux de la bonté et de la considération de l'être humain. Il confie des lapins et des volailles aux malades pour leur entretien journalier. Grâce à cette démarche, les patients se sentent responsabilisés non seulement pour les animaux mais aussi pour eux mêmes. C'est à cette époque une grande avancée pour la reconnaissance des malades mentaux^{7a}.

A la même période en 1793, Philippe Pinel père de la psychiatrie en France est nommé à l'hôpital Bicêtre et parle déjà de traitement mental. En collaboration avec Jean Baptiste Pussin il prend en compte la part encore intacte de la raison de l'aliéné mental.

Pendant la guerre de Crimée (1854-1856) Florence Nightingale, infirmière britannique, pionnière des soins infirmiers modernes et de l'utilisation des statistiques dans le domaine de la santé, introduit une tortue dans l'hôpital où elle exerce, ayant noté une diminution de l'anxiété chez les patients hospitalisés en présence de cette dernière.

En 1867, à Bielefeld en Allemagne, l'institut Bethel soignant les épileptiques explore les mêmes procédés que William Tuke, par le contact des oiseaux, des chiens, des chats, et des chevaux. Ce centre existe toujours actuellement.

L'utilisation du cheval et plus précisément les promenades à cheval, s'est faite dès 1901 à l'hôpital orthopédique d'Oswestry au Royaume Uni. Cette expérimentation avec le cheval a été utilisée pour la rééducation des soldats blessés lors de la première guerre mondiale. Durant cette même période les « Poilus » faisaient lécher leurs plaies par les chiens de guerre.

En 1919, à Washington, à l'Hôpital Sainte Elizabeth, des chiens sont introduits à l'initiative du ministre de l'intérieur F.K. Lane auprès des patients rescapés de la guerre et hospitalisés en Unité Psychiatrique.

En 1942, toujours aux Etats Unis au centre de convalescence de l'Hôpital militaire de l'armée de l'air de Pawling (Etat de New York) l'Américain Red Cross a recours à des chiens pour aider les pilotes blessés de l'US Air Force lors de leur convalescence afin de l'accélérer et d'améliorer leur moral. Les blessés étaient par ailleurs invités à prendre soins du bétail, des chevaux et de la basse-cour de la ferme attenante à l'hôpital⁸.

Les publications à caractère scientifique relatant les expériences citées sont rares, les premières présentant des résultats datent des années 1960.

En 1937, Freud s'est rendu compte de l'avantage que l'on pouvait tirer de la relation de l'enfant à l'animal en considérant le fonctionnement des identifications. L'enfant s'identifie à l'animal comme à ses peluches. Freud note : « Les enfants n'ont aucun scrupule à considérer

les animaux comme leurs semblables à part entière. Ils se sentent d'avantage apparentés aux animaux qu'à leurs parents, qui peuvent bien être une énigme pour eux. Dans un premier temps, la ressemblance est du côté de l'animal, la différence du côté de l'adulte »^{7b}.

En 1953, Boris Levinson Psychiatre Américain met en évidence, un peu par hasard, les vertus de la thérapie facilitée par l'animal. Il reçoit en consultation une jeune enfant présentant des troubles autistiques, accompagnés de ses parents. Son chien Jingles est ce jour-là présent dans son cabinet. C'est alors qu'il constate stupéfait une interaction privilégiée entre le jeune garçon et Jingles⁹. Ainsi il se penchera pendant de nombreuses années sur la thérapie facilitée par l'animal^{6b}.

3. ANIMAUX INTERVENANTS EN ZOOTHERAPIE^{7B}

Les principaux animaux que l'on trouve en zoothérapie d'après l'Institut Français de Zoothérapie sont le chien, le chat, le cheval, le poney, l'âne, la chèvre des Pyrénées ou du Poitou, le lapin nain, le lama, le cochon d'inde, le dauphin^{6a}.

◆ LE CHIEN

Le chien est incontestablement le compagnon fidèle de l'homme depuis des millénaires. Ils sont devenus au fil du temps dépendants l'un de l'autre.

Le chien possède une mémoire connectée à un lobe préfrontal qui lui permet d'éprouver ce qu'il se représente. Des scientifiques tels que Konrad Lorenz puis Tinbergen, Prix Nobel de physiologie et de médecine en 1973 ont prouvé que l'animal et notamment le chien était pourvu de sens, d'instinct, de capacité à apprendre et à réagir face à des problèmes spontanés dans son environnement naturel.

Le chien recherche l'attention et l'affection de l'homme auquel il répond sur un mode corporel (lèche, se couche, se met sur le dos...). Il permet l'expression affective sans jugement.

Le chien peut être utilisé auprès d'un public varié, et permet notamment de travailler sur l'anxiété, les troubles du comportement, les phobies... Le choix de la race est très important : son sexe, son âge, son éducation, sa réceptivité, sa provenance font partie des critères de sélection.

En France l'association HANDI'CHIENS (Association Nationale d'Education de chiens d'Assistance pour Personnes Handicapées) a pour mission d'éduquer et de remettre aux personnes qui en ont besoin trois types de chiens :

- Les chiens d'assistance pour des personnes atteintes d'un handicap moteur
- Les chiens d'éveil à des enfants autistes, polyhandicapés ou handicapés mentaux

- Les chiens d'accompagnement social destinés aux institutions telles que les maisons de retraite et les centres de rééducation fonctionnelle.

L'éducation d'un chien dure deux ans et les races choisies sont le plus souvent le labrador et le golden retriever.

◆ LE CHAT

Il joue un grand rôle notamment dans la médiation avec la personne âgée. Son ronronnement sécurise, apaise. Il représente une compagnie et permet d'établir une communication, voire redonner la parole. Il peut participer au traitement de la dépression.

Par ailleurs son toucher soyeux permet de diminuer les angoisses. La race du chat choisie est importante, l'animal doit être calme¹⁰.

◆ LE CHEVAL, LE PONEY, L'ÂNE

L'âne est un animal rustique, résistant, endurant, difficilement fatigable. Il est le partenaire idéal pour les enfants, notamment atteints de troubles mentaux. C'est un animal doux, calme, docile, apaisant.

Le poney est l'animal de prédilection des jeunes enfants. Sa petite stature (1m48 maximum au garrot) rassure. Il est le complice idéal permettant à la fois de s'épanouir, de s'affirmer, tout en étant sécurisé. Il joue un rôle important tant sur le plan moteur que psychique.

Le cheval a les mêmes vertus que le poney. Le public concerné est plus large. Il permet une médiation avec l'enfant et avec l'adulte.

La particularité de certaine race telle que le cheval de trait permet par exemple un travail spécifique. En effet, de par sa corpulence impressionnante il induit une certaine forme de respect. Il peut être utilisé avec des personnes à fort caractère, voire agressif. Le cheval permet très vite de canaliser cette agressivité. Le travail d'attelage peut aussi être utilisé^{6c}.

◆ LA CHEVRE

D'un tempérament familial elle peut s'avérer être un médiateur de qualité. Elle permet de travailler la psychomotricité. Généralement on utilise la chèvre des Pyrénées ou du Poitou. Elle est nourrie au biberon et éduquée en présence de jeunes enfants.

Par ses cabrioles quand elle joue, elle amuse et provoque des émotions telles que rire, joie, regards attendris.

◆ LE LAPIN NAIN ET LE COCHON D'INDE

Un des grands bénéfices de la thérapie par l'animal possédant une fourrure sous forme de pelage à poils courts ou longs est le toucher de cette fourrure. D'après les études le simple

fait de caresser le pelage soyeux d'un animal a un effet bénéfique en diminuant le stress, l'angoisse, l'anxiété, et la fréquence cardiaque. Cela permet d'apaiser la personne et de diminuer l'agressivité, l'insécurité, et le sentiment de peur. Ce toucher devient un moment réconfortant. Il permet de favoriser l'amusement, les rires, l'envie de parler, de se confier. Ces petits animaux possèdent donc des facultés de médiation non négligeables.

◆ LES DAUPHINS

Les dauphins utilisés en delphinothérapie sont des individus captifs dressés, et conditionnés à interagir avec l'être humain sous forme de renforcement par la nourriture. Cela confère aux intervenants un contrôle sur les échanges entre les animaux et les patients.

Ils sont utilisés comme source de motivation auprès des patients dans le cadre de rééducation physique et langagière. Les séances se passent en présence du sujet, des intervenants et du dauphin et durent de vingt à cinquante minutes selon les centres.

Ces dauphins captifs sont habitués, conditionnés, à la présence et aux contacts physiques avec les humains. Au cours des sessions de thérapies, si les enfants réalisent l'exercice demandé ils sont récompensés en ayant une interaction avec un dauphin (ils peuvent le caresser, le nourrir ou se faire « remorquer » par un dauphin).

Cette thérapie comporte deux parties, tout d'abord la nage au milieu des dauphins. Les dauphins ne sont jamais nourris pendant ce temps afin de rendre la rencontre spontanée. Il s'agit d'un travail émotionnel. Ensuite ont lieu des séances sur la plateforme, adaptées à chaque patient. En participant à l'entraînement des dauphins, notamment celui auquel il s'est attaché, le patient est progressivement amené à un stade où il est capable de les nourrir et de leur faire des signaux connus. Ce travail se situe plus du côté cognitif¹¹.

La thérapie facilitée par les dauphins s'adresse à un très grand nombre de maladies : retard mental, trisomie, autisme, dépression, anorexie, troubles émotionnels et d'estime de soi, troubles de la concentration, troubles cognitifs, syndrome de stress post traumatique, hyperactivité, troubles envahissants du développement, cancer, mucoviscidose, surdité, handicap physique^{6d}...

4. CHAMPS D'APPLICATION ET ROLES DE L'ANIMAL DANS LA THERAPIE¹⁰

Dans le domaine scientifique on distingue

- **Les Activités Assistées par l'Animal (AAA)**
- **Les Thérapies Assistées par l'Animal (TAA)**

La distinction entre ces deux activités repose sur le fait que la thérapie assistée par l'animal requière de déterminer clairement les objectifs et de procéder à des évaluations aux différentes étapes du traitement.

L'Activité Assistée par l'Animal ne requière quant à elle aucun objectif ni aucune évaluation. Dans la pratique la distinction n'est pas toujours si simple à faire.

Selon la « Pet Partners Society » (ancienne Delta Society, renommée en 2012), organisme dont les activités dans le domaine de la zoothérapie sont reconnues aux Etats Unis, la définition de la thérapie assistée par l'animal (TAA) est la suivante :

La **TAA** est une intervention dirigée dans laquelle un animal présentant des critères spécifiques fait partie intégrante du processus de traitement. La TAA est dispensée ou dirigée par un professionnel du domaine de la santé ou du domaine social qui intègre un animal dans le cadre de sa pratique professionnelle. La TAA est conçue pour promouvoir l'amélioration du fonctionnement physique, social, émotionnel ou cognitif de l'humain. La TAA peut être dispensée dans une variété d'environnements différents et peut se faire de manière individuelle ou en groupe. Des objectifs spécifiques pour chaque individu concerné sont identifiés par le professionnel et les progrès sont mesurés et consignés.

La définition de la « Pet Partners Society » des Activités Assistées par l'Animal (AAA) est la suivante :

Les **AAA** fournissent des opportunités pour des bienfaits au niveau motivationnel, éducatif, et/ou thérapeutique afin d'améliorer la qualité de vie. Les AAA peuvent être dispensées dans une variété d'environnements différents par des professionnels, et/ou des bénévoles accompagnés d'animaux qui présentent des critères spécifiques. Il n'y a pas d'objectif spécifique, les bénévoles ou les intervenants ne sont pas tenus de prendre de notes et le contenu des séances est spontané.

Aujourd'hui ces deux méthodes de travail sont réunies sous le terme général d'Interventions Assistées par l'Animal (IAA), qui se déclinent elles-mêmes en interventions thérapeutiques ou éducatives, en interventions pédagogiques, ou en Animations Assistées par l'Animal (AAA).

a. Interventions Thérapeutiques Assistées par l'Animal (ITAA) ou Thérapie Assistée par l'Animal (TAA)

C'est une méthode d'intervention utilisée comme auxiliaire aux thérapies conventionnelles où l'animal joue un rôle de médiateur entre le thérapeute et le patient. L'animal est ici considéré comme « un adjoind thérapeutique ».

- Les psychothérapies de type cognitivo-comportementale sont un contexte particulièrement adapté à l'introduction d'un animal dans le but d'améliorer le lien thérapeutique entre le professionnel et le patient. L'animal apporte une motivation supplémentaire au patient.
- La thérapie du langage assistée d'un animal consiste à introduire un animal dans l'exercice afin de motiver le patient et apporter un environnement à la thérapie (exemple : aide à l'apprentissage de la lecture, séances d'orthophonie).

b. Interventions Pédagogiques Assistées par l'Animal (IPAA)

Les interventions pédagogiques assistées par l'animal sont utilisées comme auxiliaires aux méthodes pédagogiques conventionnelles où l'animal joue un rôle d'intermédiaire entre l'intervenant et la personne ciblée. Le but de ces interventions est par contre différent car c'est l'apprentissage qui est le centre de l'intervention.

Exemples :

- L'Animation animalière pédagogique consiste en une activité qui a pour but de permettre aux personnes concernées, le plus souvent des enfants, de se familiariser et d'approfondir ses connaissances sur l'animal concerné et son environnement.
- La Ferme Pédagogique est un lieu d'apprentissage privilégié qui se différencie de l'animation animalière du fait d'une diversité des animaux présents et également car elle permet aux personnes concernées de se rendre dans un lieu original et dépaysant.

c. Animations ou Activités Assistées par l'Animal (AAA)

C'est une méthode préventive utilisant l'animal dans le but d'améliorer la qualité de vie de la personne ciblée en augmentant sa motivation à participer à des activités récréatives. Dans ce cas l'animal n'est pas considéré comme un intermédiaire mais devient le centre de l'activité.

- L'Animation Animalière consiste en une activité liée au monde de l'animal. Cette animation se fait le plus souvent en groupe. Des intervenants viennent, accompagnés de différentes espèces d'animaux. On peut par exemple les rencontrer dans les foyers pour personnes âgées, les écoles...

- La visite animalière quant à elle consiste en la visite d'un intervenant accompagné d'un animal. Plus fréquemment présente dans les foyers pour personnes âgées elle apporte à ces derniers une activité différente qui les sort de leur quotidien et tend à améliorer leur qualité de vie.
- Le service animalier est l'activité qui ne demande aucune présence humaine. Un animal est simplement placé dans la chambre du patient qui doit s'en occuper. Ce genre d'activité reste encore peu fréquent devant des normes d'hygiène limitant l'accès aux animaux dans les hôpitaux. Certaines EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), acceptent parfois la présence de chats.

Les interventions assistées par l'animal sont donc diverses et variées. Les méthodes de travail et les objectifs sont aussi différents que les personnes et les problématiques ciblées.

Dans toute pratique de zoothérapie, trois entités différentes sont donc toujours présentes et vont influencer les unes sur les autres :

- Le zoothérapeute, avec ses connaissances, mais aussi sa propre façon d'être, son vécu, et une compréhension bien à lui des situations auxquelles il est confronté.
- L'Animal, avec ses caractéristiques propres.
- Le patient, avec son histoire, ses problématiques, ses angoisses, ses envies, son caractère.

C. L'EQUITHERAPIE

1. DEFINITION

« Le Cheval est un bon maître non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur » Xénophon, cinquième siècle avant Jésus Christ.

D'après la Société Française d'Equithérapie (SFE), l'équithérapie est un soin psychique fondé sur la présence du cheval comme médiateur thérapeutique et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle.

L'objet du soin est défini comme l'appareil psychique de la personne prise en charge. L'objectif de l'équithérapeute concerne aussi la diminution des symptômes

psychopathologiques, le mieux-être, le sentiment de confort. L'équithérapie n'est pas un traitement direct de maladies somatiques ou de troubles moteurs (cette spécificité correspond à l'hippothérapie), mais bien une intervention touchant à l'esprit, au moral, à la personnalité.

Les moyens mis en œuvre sont de deux ordres :

- Psychiques : la parole, le discours, le sens, le partage émotionnel, l'expérience vécue, le transfert, le désir...
- Corporels : la sensation, le mouvement, la communication infra-verbale, l'expression gestuelle

L'intérêt de l'utilisation du cheval s'explique par ses qualités en tant qu'être vivant ayant un appareil physique propre, relativement simple, doux et chaud, socialement valorisant et adapté, susceptible de porter et de transporter, non jugeant, et non intrusif, apte à accepter les projections, apte au dialogue sur un mode archaïque, digne d'intérêt et de soin¹².

Etymologiquement, « équithérapie » vient du latin equus, « cheval » et « thérapie », mot datant du dix-septième siècle du grec « therapeia » « soin, cure » lui-même dérivé du mot « thérapeutique » plus ancien qui signifie « prendre soin de ». Cela nous amène à la traduction « prendre soin du cheval ». Par extension il est admis aujourd'hui « prendre soin de la personne avec le cheval »¹³.

L'équithérapie a une visée thérapeutique et s'inscrit dans une dynamique de soin. La finalité n'est en aucun cas l'apprentissage des technicités équestres. L'accent est mis sur la communication et l'inter-sensibilité avec l'animal qui offre de grandes possibilités de découvertes et d'évolution psychique.

2. HISTORIQUE

Les origines de l'équithérapie remontent à plusieurs siècles. On retrouve des traces des « propriétés » thérapeutiques liées au cheval dans de nombreux écrits datant de l'antiquité. La mise à cheval était pratiquée en Grèce dans les Temples d'Esculape, Dieu de la médecine, pour favoriser l'évolution de certaines maladies somatiques et fortifier les membres.

Hérodicus maître et contemporain d'Hippocrate retira les meilleurs effets des exercices équestres. Enthousiasmé par les résultats il en fit une science nouvelle qu'il appliqua à la thérapeutique et à l'hygiène.

Platon dans *Laches*, situait déjà l'équitation comme un exercice permettant aux jeunes gens de les rendre plus vigoureux au même titre que la gymnastique et l'entraînement au combat.

Hippocrate évoquait l'aspect intéressant du rythme que procurent à la santé les allures à cheval. Dans son œuvre *Régime* il conseillait l'équitation pour régénérer la santé et préserver son corps de nombreuses maladies, principalement dans le traitement de l'insomnie.

Au Moyen-âge la médecine s'oriente vers la magie et les sciences occultes délaissant les activités corporelles.

Puis c'est au dix-septième siècle qu'Esprit-Paul de Lafont Pouloti écrit : « *le mouvement et l'exercice du cheval contribuent à la conservation de la santé en excitant la digestion, en ranimant les esprits. Ces effets sont merveilleux et presque incroyables dans la cure des malaises qui affectent la poitrine et le bas ventre. Ils produisent le plus grand bien aux hypochondriaques, suffisent même pour guérir les vapeurs* ».

Vers 1675, Mercuriali propose de réactualiser l'exercice comme hygiène, suivi par Francisco Fuller en 1728. A cette époque, seuls sont conservés les exercices à visée militaire. Vescosi dans *L'Importance de l'équitation dans la médecine ancienne et moderne* fait référence à son aspect salubre. Toujours au dix-septième siècle le médecin Christian Jahn pose l'indication de l'équitation pour les personnes hypochondriaques, leur recommandant de monter tous les jours.

En 1751, Diderot écrit dans son encyclopédie un long traité de l'équitation et de ses conséquences pour se maintenir en bonne santé et pour la recouvrer. Il aborde les aspects préventifs et curatifs d'un tel sport, le recommandant aux dames pour soigner les maladies nerveuses dont elles sont souvent atteintes. En 1780, ce thème est également abordé par le Chevalier De Fissol.

Au début du dix-neuvième siècle se développe le goût pour l'exercice physique. Puis en 1870, Chassaigne, physiologiste et chercheur de renommée, précurseur de la biologie

présente une thèse de doctorat en médecine : *Physiologie de l'équitation, de son application à l'hygiène et à la thérapeutique* où il aborde déjà largement le domaine de la psychiatrie par le biais de la physiologie. Proposant parmi différentes indications un effet bénéfique sur la chorée grâce à un travail approprié sur le rythme, mais également un effet thérapeutique sur l'hystérie, l'épilepsie, l'ataxie motrice que recouvre actuellement en partie le concept de dépression. Il propose également cette activité dans la cure de l'hypochondrie.

En 1889, dans la Revue sanitaire de la Province (Bordeaux), le Docteur Perron propose une étude intitulée : *Des affections provoquées par l'équitation, hygiène de cet exercice*¹⁴.

Dans son étude, il met en évidence les traumatismes et troubles pouvant être provoqués par l'équitation, mais aussi les bienfaits de l'équitation sur l'organisme notamment sur les fonctions respiratoires, circulatoires et motrices.

C'est seulement quelques années plus tard qu'apparaît réellement la rééducation par l'équitation (RPE).

Les premiers essais de RPE sont marqués par l'histoire de Lis Hartel, cavalière danoise, qui décrocha une médaille d'argent en dressage aux Jeux Olympiques d'été de 1952 à Helsinki, après avoir surmonté une poliomyélite, en poursuivant une pratique équestre intensive grâce aux conseils de sa kinésithérapeute et amie, Elisabeth Bodiker, norvégienne. Dans les suites de cet exploit, cette dernière fait débiter l'équitation à ses jeunes patients handicapés. En 1953, un centre équestre spécialisé voit le jour en Norvège, subventionné par le ministère de la santé de Norvège. Il regroupait des patients handicapés moteurs, ainsi que de jeunes patients épileptiques, de jeunes patients d'un foyer d'observation psychiatrique pour la jeunesse, de jeunes patients aveugles. Depuis 1964 le RPE est subventionnée par la sécurité sociale en Norvège au même titre qu'un traitement habituel dans une clinique.

En Angleterre, la RPE se développe grâce à Mademoiselle Saywell, directrice du département de kinésithérapie à l'hôpital de Winford qui réussit à faire construire un manège couvert dans l'enceinte de l'hôpital. Par ailleurs, M. Jacques à Chigwell contribua au développement en Angleterre de la RPE. Il met en place un appareillage spécifique destiné aux handicapés moteurs. Puis fut ensuite fondée en Grande Bretagne « The Riding for the Disable Association » (RDA), coordonnant les multiples expériences réalisées dans ce pays.

En Suisse, on peut citer les Docteur Eva Hoeck spécialisée depuis 1966 dans le traitement de la sclérose en plaques par le RPE.

Aux Etats-Unis, c'est en 1969 que le premier centre d'équitation thérapeutique a ouvert, dans le but de servir les cavaliers de tous les âges atteints d'un handicap physique, affectif ou cognitif, à Chicago : The North American Riding for the handicapped Association (NARHA).

C'est en 1970 dans le Michigan qu'ouvre le « Cheff Center for the handicapped » hébergeant 50 poneys et permettant l'accueil de 660 cavaliers handicapés par semaine.^{15a}

En France, c'est Hubert Lallery, kinésithérapeute qui en 1962 étudia l'influence de la RPE chez une jeune fille atteinte de la Maladie de Little (paraplégie spasmodique survenant dans les premiers jours de vie). Il observa alors chez la jeune fille une diminution des contractures musculaires après plusieurs séances d'équitation. C'est ainsi que le premier rapport sur la RPE fut présenté par Hubert Lallery en 1968 et qu'il fonde la première Association Nationale de Rééducation par l'Equitation (A.N.D.R.E).

De son côté, Renée de Lubersac, psychomotricienne, traite dans son mémoire de la Rééducation Psychomotrice et équitation classique.

Tous deux créent en 1970 l'association nationale HANDICHEVAL qu'ils définissent de la sorte « *HANDICHEVAL a pour but le développement de la pratique des activités équestres pour les personnes handicapées ou en difficultés d'adaptation, pour les bénéfiques de toute nature qu'elles peuvent en tirer* ».

En 1971 l'enseignement de la rééducation par l'équitation voit le jour à la faculté Paris VI. C'est Renée de Lubersac qui en assure la responsabilité. Ses travaux lui permettent de fonder en 1975 l'association pour la spécialisation, l'enseignement et la recherche dans les Thérapeutiques d'Approche Corporelle (ASERTAC) puis en 1986 la Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval (FENTAC).

Chronologie et mise en place en France des différentes associations utilisant le cheval comme « outil » thérapeutique :

- **HANDICHEVAL (FNHC Fédération Nationale Handi-Cheval) :**

Tout commence lorsque l'association HANDISPORT est créée en 1954 pour regrouper les personnes handicapées physique qui souhaitent pratiquer un sport. Elle se développe jusqu'en 1973, où HANDISPORT devient membre du comité olympique et sportif français. Puis en 1977, elle change de nom et devient la Fédération HANDISPORT. En 1974 la section Equitation voit le jour.

En 1976, pour se rattacher à l'association HANDISPORT, l'A.N.D.R.E prend le nom de HANDICHEVAL mais les avis divergent, certains thérapeutes créent alors l'ANETELH Association Nationale d'Equitation Thérapeutique Et de Loisirs pour Handicapés, sous la présidence de Renée de Lubersac.

Cependant pour des raisons de subventions, ces deux associations se réunissent en 1980 et depuis, la fédération HANDICHEVAL perdure et regroupe de nombreuses associations locales dans chaque département.

L'association HANDICHEVAL a pour objectif de développer la pratique des activités équestres pour les personnes handicapées ou en situation de difficultés d'adaptation. Son siège social se situe au service du Ministère de l'Agriculture qui la subventionne. Elle propose par ailleurs plusieurs formations professionnelles que nous détaillerons dans un chapitre spécifique.

- **La FENTAC (Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval) :**

Association de loi 1901 à but non lucratif créée en 1986 par René de Lubersac. Elle a pour objectifs de :

- regrouper les Associations et les personnes qui pratiquent la Thérapie avec le Cheval ou s'y intéressent
- mettre en place et assurer une Formation spécifique à la Thérapie avec le Cheval
- promouvoir la recherche et l'approfondissement théorique et pratique de cette thérapie
- favoriser, soutenir les initiatives qui intéressent la Thérapie avec le Cheval et s'y associer
- participer à toute manifestation en France et à l'étranger qui concerne la Thérapie avec le Cheval

Elle propose un programme de formation bien défini que nous détaillerons dans un chapitre spécifique.

La FENTAC fait partie de la FRDI (Federation of Horses in Education and Therapy International)¹⁶.

- **SFE (Société Française d'équithérapie) :**

Elle est créée en 2005 et marque un tournant dans le milieu équestre thérapeutique en apportant un nouveau regard sur les pratiques de soin associant le cheval. Elle met un accent important sur l'aspect psychothérapeutique de la relation homme-cheval.

Après le soin médical, le soin kinésithérapique et le soin psychomoteur, c'est à présent le soin psychique médiatisé par le cheval qui se voit ancré par l'apport des différents domaines de la psychologie et de la psychothérapie à l'utilisation du cheval en thérapie.

Là encore plusieurs formations sont possibles, l'un avec la SFE, et la seconde en partenariat avec l'Institut de Formation en Equithérapie (IFEq).

3. LES DIFFERENTES ACTIVITES AVEC LE CHEVAL

a. Définitions

Il est indispensable de définir quelques notions avant de détailler les différentes activités avec le cheval.

L'Hippothérapie : Elle est sans doute l'approche la plus simple à définir, car il est généralement admis qu'elle consiste en une rééducation fonctionnelle visant à maintenir, recouvrer ou développer en priorité les fonctions motrices. Pour cela la mise à cheval est souvent employée car elle favorise un ajustement tonique, travaillant de fait l'équilibre et la posture. Les exercices proposés peuvent également travailler la motricité fine, et la coordination pour ne citer que quelques exemples. Ce type de dispositif est généralement proposé aux personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale, de troubles musculaires, de déficits sensoriels... Un matériel spécifique est souvent nécessaire pour aider les personnes à se hisser sur le cheval et leur procurer plus de confort et de sécurité. A noter : par son seul déplacement et le mouvement hélicoïdal qu'il produit dans le bas du corps le cheval mobilise plus de trois cents muscles chez le cavalier.

Rééducation par l'équitation (RPE) : Discipline initiée en France et développée depuis la fin des années soixante par René de Lubersac et Hubert Lallery. Il s'agit initialement d'utiliser la technique équestre comme moyen de rééducation d'ordre psychomoteur. Ce terme est par la suite abandonné pour laisser place à « la thérapie par le cheval » et « l'équithérapie » qui prend en compte la personne dans sa globalité.

Thérapie avec le cheval (TAC) : Le terme de TAC a été créé dans les années quatre-vingt sous l'influence de René de Lubersac, après des réunions et des groupes de réflexion de différents professionnels pour souligner l'importance du rapport de connivence entre le Cheval, le Patient, et le Thérapeute. Ce terme est surtout utilisé par la FENTAC.

Elle touche une population plus large souffrant de pathologies physiques, de troubles psychiques ou de difficultés ponctuelles nécessitant un travail complet à la fois sur les plans psychomoteur, social et affectif. Cela implique un encadrement d'autant plus rigoureux qu'il doit être assuré par un professionnel de santé formé à l'écoute et à la relation d'aide. C'est cette approche qui est la plus répandue en France¹⁷.

Pour bien comprendre cette expression il faut analyser chaque terme :

Thérapie : C'est un traitement médical dont le but est d'améliorer, de guérir ou de conserver des acquis. Elle doit être effectuée par des personnes formées aux soins et à l'écoute des autres. C'est une spécialisation à un métier de soignant. Elle est soumise comme toute autre thérapie à une prescription médicale.

Avec : Et non pas « sur » car l'objectif n'est pas forcément la monte. Il y a également un grand travail à effectuer à pied avec un cheval en liberté, longé, .La rencontre avec le cheval entraîne des réactions différentes chez les patients, à exploiter par le thérapeute. Le travail d'approche et de pansage est fondamental pour approfondir ensuite la relation entre le patient et le cheval. Il est donc primordial pour les soignants d'acquérir des connaissances d'éthologie du cheval.

Cheval : C'est un animal grégaire qui présente de nombreuses qualités nécessaires à la relation avec les personnes handicapés. Ainsi le cheval est le médiateur vivant entre le patient et le thérapeute.

Equithérapie : D'après la FENTAC c'est un terme plus générique pour désigner toute action d'équitation à visée thérapeutique.

D'après la Société Française d'Equithérapie (SFE), l'équithérapie est un soin psychique fondé sur la présence du cheval comme médiateur thérapeutique et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle.

L'objet du soin est défini comme l'appareil psychique de la personne prise en charge. L'objectif de l'équithérapeute concerne aussi la diminution des symptômes psychopathologiques, le mieux-être, le sentiment de confort. L'équithérapie n'est pas un traitement direct de maladies somatiques ou de troubles moteurs (cette spécificité correspond à l'hippothérapie), mais bien une intervention touchant à l'esprit, au moral, à la personnalité.

Equicie/Equicien : L'équicien est un professionnel de la relation d'aide avec le cheval. Ce métier s'inscrit dans le cadre des actions à médiation animale. L'équicien construit son accompagnement sur la méthodologie de projet de l'action sociale.

C'est un mot créé récemment à partir de la racine equus (cheval) et « cien » terminaison de métier. Il vient donc donner un nom de métier permettant de regrouper tous les termes plus ou moins flous visant à identifier les activités avec le cheval pour les personnes en situation de souffrance passagère ou durable ou atteintes d'un handicap moteur, social, sensoriel, ou mental.

L'équicien pratique l'équicie, actions à médiation cheval. Les formations sont dispensées par la Fédération Nationale Handi Cheval^{18a}.

b. Rôle du cheval en thérapie

Lorsque l'on évoque l'équithérapie se pose la question initiale « Pourquoi une médiation avec l'aide du cheval ? ». Nous en arrivons donc à nous interroger sur la relation entre l'homme et le cheval avant même de parler de thérapie¹⁹.

Ainsi si l'on mène une réflexion sur cette idée, on constate que le cheval est omniprésent dans notre culture. Que l'on pratique ou non l'équitation, il existe un imaginaire collectif lié au cheval. Le cheval fascine, suscite l'admiration, mais il peut aussi impressionner, faire peur. Il a par ailleurs une place dans l'inconscient de chacun. Le cheval a indéniablement quelque chose en commun avec l'histoire de l'Homme. Initialement chassé à la préhistoire, puis domestiqué, utilisé pour le travail agricole, ou comme moyen de locomotion, animal de labour, de labeur, de guerre, il occupe aujourd'hui une place différente dans notre société. Il est toujours bel et bien présent dans nos sociétés où règnent la production, l'efficacité, la rapidité, et les lois du marché. Il est donc intéressant de se demander pour qui, pourquoi le cheval est-il toujours là ? Il demande de l'énergie, beaucoup de temps, il ne produit rien de palpable, et il n'a rien à vendre. Plus encore il coûte bien plus qu'il ne rapporte. Qu'a donc l'homme à y gagner ? Pourquoi continuer à faire vivre cette relation ? Sans nul doute parce que l'homme y gagne psychologiquement.

L'homme se déclare comme non-animal, comme si nous ne pouvions être humains qu'à condition d'atténuer, de nier ou de refouler notre animalité. C'est ce que dit Freud (1929) lorsqu'il parle de la nécessité de maîtriser, donc de refouler, nos pulsions archaïques (sexuelles et agressives) desquelles la vie en collectivité exige le sacrifice²⁰.

Ainsi on peut dire que l'animal apparaît comme une étrange figure de l'altérité pour l'homme. L'animal apparaît comme « un tiers pensant » qui nous renvoie à la fois des différences qui nous séparent de lui (comme la parole) mais qui peut aussi nous permettre de plonger dans les profondeurs archaïques de notre être. Il semble que cette idée soit particulièrement adaptée à un animal : le cheval. L'étude du comportement du cheval lorsqu'il est en interaction avec un humain permet de mettre en relief les mécanismes psychiques sous-jacents à cette relation homme/animal.

◆ La dimension symbolique du cheval

Si l'on se penche sur la symbolique du cheval, on constate que celui-ci est représenté dans la mythologie, les religions, le folklore populaire, l'art, la littérature et la psychanalyse en tant que symbole dans sa capacité à désigner, à signifier un concept abstrait, au-delà de la réalité physique de l'animal quadrupède. De nombreux rôles et dons magiques s'associent au cheval à toutes les époques et dans toutes les régions du monde où des populations

humaines se sont trouvées en contact avec lui, faisant de lui l'animal le plus symboliquement chargé avec le serpent.

Les chevaux mythiques et légendaires possèdent souvent des pouvoirs merveilleux comme celui de parler, de traverser les eaux, de se rendre dans l'Autre Monde, les enfers et le ciel. A travers le mythe du centaure, le cavalier cherche à faire corps avec sa monture en alliant l'instinct animal et l'intelligence humaine.

Le cheval est souvent présenté avec un grand paradoxe car il est à la fois magnifié dans la mythologie et les fables populaires mais également humble compagnon de travail de l'Homme depuis des siècles pour des tâches rudes et ingrates.

◆ Le cheval miroir

« L'animal a cette particularité qui n'existe pas chez les hommes : il ne cherche pas à faire plaisir, à nuire, ou à donner ce que l'on attend de lui. Il réagit en fonction de ses besoins, de ce qu'il perçoit du langage de qui est près de lui. Il est cheval et réagit en cheval, doué d'absence de jugement et de réponses toutes faites. » Isabelle Claude.

En observant le cheval on constate qu'il change d'attitude et de comportement en fonction de la personne qui l'approche. Comme tous les animaux, le cheval échange avec ses congénères par émission et réception de messages corporels et sensoriels. Par ailleurs comme nous avons pu le voir précédemment le cheval est une proie et sa peur ainsi que son instinct de fuite sont indispensables pour le maintenir en vie. Son espace sensoriel est donc continuellement en éveil. Il en découle donc l'usage des mêmes « outils » de communication dans sa relation avec les humains. Il réagit avec la personne à deux niveaux : corporel et émotionnel. Ses attitudes et son comportement vont donc être la réplique de ce qu'il voit en face de lui : « le cheval va donc répondre par des attitudes corporelles plus ou moins complexes et développer un comportement en relation avec l'état intérieur de la personne. Pour l'animal cela correspond à une réponse logique qu'il voit visuellement et sent (olfactif) en face ou à côté de lui. »

Dans son livre « Le cheval, miroir de nos émotions » Isabelle Claude nous explique à travers son vécu et divers exemples comment elle en est arrivée à cette hypothèse. Après une observation attentive et plusieurs axes de travail (observation du cheval dans son écosystème, comparaison, observation d'une même personne en présence de chevaux différents, hypothèse d'état émotionnel, recueil d'indices relevés sur le comportement et les attitudes du cheval en interaction avec l'humain) elle en est arrivée à la conclusion que si l'on se donne la peine d'observer les réactions du cheval sans les interpréter (ce qui rend l'exercice difficile) on constate que celui-ci est réellement le miroir de nos émotions. Une personne qui a peur ou qui est en colère même « intérieurement » par exemple va faire

ressortir chez le cheval cette même peur ou agressivité qu'il sera possible de décoder plus ou moins facilement selon l'expressivité de ce dernier en décryptant son langage (expression du visage du cheval, orientation des oreilles, mouvement de queue...).

En poussant la réflexion un peu plus loin, Isabelle Claude s'est intéressée à l'état de santé des chevaux, non pas d'un point de vue vétérinaire mais bien d'un point de vue relationnel, c'est-à-dire les maux parfois inexpliqués des chevaux, comme des boiteries à répétition sans étiologies retrouvées. C'est en observant une multitude de situations qu'elle en est arrivée à l'expression résumant plutôt bien les choses : « J'ai mal à mon cheval » ; comme si l'état émotionnel d'un humain pouvait avoir une incidence sur la santé de son cheval. Cela peut paraître irrationnel, mais en « soignant » les maux plus ou moins enfouis du cavalier, il n'est pas rare de pouvoir soulager ceux du cheval qui les porte parfois à notre place « juste parce qu'il ne peut pas faire autrement »...

◆ Le cheval, quel objet ?

- Le cheval comme objet maternant
- Le cheval comme objet paternant
- Le cheval comme objet transitionnel
- Le cheval comme objet intermédiaire
- Le cheval et le langage du corps

◆ La fonction maternelle :

Tout d'abord le cheval peut apparaître comme un véritable objet transférentiel au sens où il peut rééditer la fonction maternelle et les notions de portage et de sécurisation qu'elle met en jeu. De plus le cheval permet de rejouer les besoins primaires. En effet il semble pouvoir éveiller des sensations et des émotions archaïques liées à la mère car le cheval porteur au pelage doux et chaud, au rythme berceur du pas semble présenter des aptitudes nécessaires pour faire vivre au patient une situation de régression²⁰.

Le cheval a naturellement tendance à éveiller des sensations archaïques proches de celles que l'enfant a vécues avec sa mère dans les premiers mois de vie : le fait d'être porté, balancé, de ressentir une certaine chaleur semble faire écho aux premiers mois de vie, voire même à la vie intra utérine. Ainsi apparaissent les concepts de Holding et de Handling décrits par Winnicott, psychiatre et psychanalyste britanniques des années 1950. Pour lui le holding correspond à la façon dont la mère porte son enfant, le soutient à différents niveaux, physique, psychologique et ainsi le maintient en état de dépendance absolue. Grâce à ce portage la mère protège l'enfant de ses peurs et de ses angoisses et permet une cohésion de

ses différents états sensori-moteurs. Elle lui procure ainsi un sentiment de sécurité qu'il perdra progressivement en grandissant et en se détachant de sa mère. Deux notions doivent être vérifiées pour qualifier une relation de holding : il doit y avoir un échange émotionnel et une reconnaissance olfactive entre les deux protagonistes. La relation cheval-humain semble répondre à ces deux notions.

Dans l'utilisation du cheval en thérapie la fonction de Holding est présente et le cheval en est l'origine. Il est porteur, permet le bercement, par la régularité de son pas et sa hauteur fait dominer le monde (revalorisation psychologique). Le cheval porte le sujet sur son dos comme les parents portent un enfant dans leurs bras. Cependant le portage est différent, le dos du cheval sert de support et sa crinière de poignée. De plus le patient est en contact direct avec le corps de l'animal dont la chaleur est sécurisante car elle renvoie à celle du corps de sa mère. Le cheval porte et transporte physiquement et psychiquement. L'idée de soutien est réelle, le centre de gravité du sujet se situe entre lui et le cheval. Par ailleurs la notion de bercement et de rythme est omniprésente. L'allure la plus importante dans la visée de la thérapie avec le cheval est le pas. Cette allure rythmée à quatre temps, symétrique, est sécurisante et provoque un bercement. Le rythme et les répétitions qu'apporte le bercement permettent de contenir, d'administrer l'excitation. On peut sans doute mettre cela en rapport avec la vie fœtale, pendant laquelle les sons et les rythmes (cardiaque de la mère, respiratoire) ont une importance plus que notable puisqu'il s'agit des premières expériences sensibles liées aux vibrations. On peut avancer que le rythme du cheval au pas peut rappeler ces instants de vie in utero pendant lesquels le bébé était en parfaite sécurité. Ainsi voit-on chez les sujets que le rythme induit par le pas reproduit une sensation sécurisante.

Les quatre temps que constitue le mouvement du cheval qui marche au pas se décomposent de la façon suivante : posé du postérieur droit, posé de l'antérieur droit, posé du postérieur gauche, posé de l'antérieur gauche. Cela provoque dans le corps du cavalier un mouvement de bercement d'avant en arrière, du bas vers le haut et de droite à gauche. Cela anime le corps du cavalier d'un mouvement hélicoïdal, sorte de huit de chiffre allongé. On peut dire que ce balancement donne l'impression de faire « le tour de soi-même ». Il y a l'idée d'une unification corporelle et psychique. Le bercement en revient à l'idée du portage de la mère. Cette fonction maternelle est en lien avec la fonction contenant de la mère. Le cheval prendrait donc ce rôle d'objet contenant. En effet, le cheval est perméable aux stimuli de l'environnement au sens où il les reçoit. Il est doté de cette incroyable alliance entre non-attente, présence et réception. Il y a donc l'idée d'une présence capable « d'accueillir » les demandes, les pulsions, les émotions du sujet sans pour autant être intrusif à l'égard de ce dernier, et sans rien attendre en retour. Le cheval peut donc apparaître comme un support identificatoire pour le sujet tant sur le plan de l'identité psychique que sur ceux de l'identité corporelle et sociale.

Le cheval est donc un animal vivant, porteur, berceur, et chaud (holding), mais c'est aussi un animal à poils, manipulable.

La notion de handling (maniement) désigne pour Winnicott la manière dont l'enfant est traité, manipulé corporellement, soigné. Il signifie le maniement qui participe au développement du fonctionnement mental de l'enfant et permet l'identification du « je » et donc de la personnalité de l'enfant.

Le cheval entre dans ce concept de « handling » : lors des promenades avec le cheval tenu en main par le sujet, et au pansage qui provoque le contact. Le pansage a une triple fonction : de soins, de massage, de relation. Il s'agit de la rencontre de deux êtres vivants qui s'observent. L'activité de pansage est souvent le cadre d'un questionnement et d'une observation attentive sur la différence des sexes, la différenciation entre le corps de l'homme et le corps de l'animal, et souligne l'importance accordée aux soins corporels autant pour le cheval que pour le corps de chacun des patients. En effet le corps et les sensations qui l'habitent constituent la base et le support privilégié du sentiment d'identité. L'identité se construit dans un double mouvement de va et vient entre identification aux autres et distinction par rapport à eux. C'est ainsi que le sujet va pouvoir prendre conscience de son corps dans sa totalité, et dans sa subjectivité. En fait c'est en voyant les différentes parties du corps du cheval que le sujet va pouvoir se différencier de lui. De plus le contact avec le cheval met en place la nécessité absolue pour le sujet de tenir compte de « l'Autre »^{6e}.

◆ La fonction paternelle :

Le cheval semble rééditer quelque chose de l'ordre de la fonction paternelle au sens où il a une fonction cadrante, car le travail avec le cheval nécessite la mise en place et le maintien d'un cadre et de règles. Le cheval peut donc incarner l'image paternelle à travers les notions de lois, de règles. De plus le cheval peut représenter le père de par son image de puissance et de par son sexe.

◆ Objet transitionnel :

L'objet transitionnel est défini comme un objet privilégié choisi par l'enfant. Il est la première possession du non-moi. Il n'est perçu ni comme faisant partie de la mère, ni comme étant un objet intérieur. Il permet le cheminement de l'enfant du subjectif vers l'objectif. Il sera plus tard désinvesti et l'espace transitionnel donnera accès au jeu et aux activités culturelles pour l'adulte. Il est spécifiquement décrit en 1951 par Donald Woods Winnicott²¹.

Le parallèle entre le cheval et l'objet transitionnel a souvent été fait. L'objet investi de phénomènes transitionnels par le bébé peut être supposé, fantasmé ou parlé. Il est utilisé au moment de l'endormissement. C'est une défense contre l'angoisse. L'animal est décrit pour avoir dans le développement psychoaffectif de l'enfant un rôle d'objet transitionnel médiatisant²².

Lallery en 1987 au congrès HANDI CHEVAL a repris en sept points les caractéristiques de l'objet transitionnel défini par Winnicott et les a comparés au cheval :

- Souvent l'enfant s'arroge des droits sur l'objet ; l'enfant dit « mon cheval »
- L'objet est choyé et maltraité. L'enfant caresse et embrasse le cheval mais l'insulte et le frappe également
- Il ne peut être changé qu'avec la volonté du sujet. On peut alors mieux comprendre les difficultés qui apparaissent quelques fois quand on propose à l'enfant un cheval dont il n'a pas l'habitude.
- Il doit survivre à tous les sentiments. C'est le cas du cheval par sa taille et sa relative indifférence affective.
- Il doit en retour communiquer une certaine chaleur, témoigner de vitalité, ce que fait le cheval.
- Il ne doit ni être du dedans ni du dehors.
- L'objet est destiné un jour à l'abandon progressif. L'enfant un jour demande à changer de monture.

◆ **Objet intermédiaire :**

On peut penser le cheval comme objet intermédiaire car il se positionne comme un intermédiaire entre le sujet et « l'Autre ». L'objet intermédiaire, pour Rojas-Bermudez, doit présenter une existence réelle et concrète, il doit avoir un caractère inoffensif, et être malléable, manipulable. De plus il doit permettre la communication tout en gardant une distance juste. Il doit pouvoir s'adapter facilement au sujet et être assimilable par lui. Enfin il doit avoir le caractère d'un outil et être facilement identifiable. Nous retrouvons bien toutes ces caractéristiques chez le cheval²⁰.

◆ **Le cheval et le langage du corps :**

L'élaboration de l'image du corps induit l'appréhension de la sensorialité. Ouïe, vue, odorat, toucher... Tout cela est extrêmement présent dans la relation avec le cheval où le corporel et l'espace des sens sont au premier plan. Au contact du cheval les sens sont en perpétuel éveil, et c'est notre corps qui parle. Une sorte de mimétisme est par ailleurs repérable dans

le contact entre sujet et cheval. Tout mouvement du sujet tend à provoquer chez le cheval un mouvement homologue et à l'inverse tout mouvement du cheval entraîne chez le sujet une gestualité homologue. Ce mimétisme peut également être présent dans ce qui est de l'ordre de l'affectivité et il s'agira alors d'une mise en relation affective synchronisée entre sujet et cheval. On parlera alors d'isoesthésie (du grec iso : égal et esthésie : sensibilité). Il y a donc une sorte de mouvement de va et vient corporel et émotionnel entre le sujet et le cheval.

Par sa finesse de perception des stimuli le cheval est capable de capter les messages infra verbaux émis par l'homme. Ainsi on peut dire que le cheval perçoit le langage corporel et émotionnel de l'homme alors que ce dernier n'en a pas lui-même conscience. C'est ainsi que l'on peut rejoindre le concept du « cheval miroir ».

c. Reconnaissance de l'équithérapie et aspect législatif

L'équithérapie s'inscrit parmi les activités de soin légales situées en dehors d'un cadre réglementé.

L'équithérapie est légale, aucune loi n'interdit sa pratique tant que « les praticiens » n'exercent pas d'actes réservés aux médecins, kinésithérapeutes ou autres professionnels de santé. Sa pratique au sein des établissements de santé tels que les hôpitaux de jours relève d'une prescription médicale, par le médecin référent, et se décide en général en concertation pluridisciplinaire avec l'avis de tous les professionnels de santé (médecin, psychologue, psychomotricien, infirmier...).

Elle n'est pas règlementée c'est-à-dire qu'aucune loi ne définit ce qu'est l'équithérapie. Il n'est donc interdit à personne de se prétendre équithérapeute y compris si la personne ne justifie d'aucune formation spécifique à l'équithérapie, au soin, à la relation d'aide ou à l'utilisation du cheval car il n'existe pas de diplôme d'état d'équithérapie (formation publique) mais uniquement des formations et diplômes de droit privé. De ce fait il existe à la fois une absence de protection des équithérapeutes qui ne disposent pas de moyens leur permettant de se mettre à l'abri de la concurrence déloyale de prétendus thérapeutes n'ayant dans les faits aucune formation et aucune légitimité mais surtout du public qui ne dispose pas d'une appellation fiable lui permettant de s'adresser en toute confiance à un équithérapeute compétent, l'utilisation du titre d'équithérapeute n'étant pas encadré et ne garantissant aucune formation ou compétence.

Il est donc primordial pour les personnes exerçant l'équithérapie de posséder un diplôme officiel dans un domaine du soin ou de l'aide ainsi que de posséder une formation spécialisée en équithérapie (même si celle-ci n'est pas un diplôme d'état) et d'adhérer à un

organisme représentatif et/ou de signer une charte de déontologie spécifique à l'équithérapie.

Bien que l'état ne soit pas lui-même en mesure d'assurer la formation des équithérapeutes, faute de cadre officiel, il accorde au secteur privé la capacité d'y pourvoir. Il n'existe à ce jour ni formation publique ni diplôme national d'équithérapeute mais uniquement des formations et diplômes de droit privé que nous détaillerons dans un chapitre ultérieur.

Pour autant l'équithérapie est une activité connue et reconnue par l'Etat et ses institutions aussi bien au travers de travaux de recherches menés au sein des Universités que dans l'implication de structures publiques de santé ou de collectivités territoriales dans la mise en place de séances d'équithérapie ou dans le financement de formations d'équithérapeutes au bénéfice de professionnels du secteur public²³.

d. Conséquences sur les chevaux

Les chevaux sont des animaux sauvages à l'origine, cela implique des conditions de vie adaptées notamment dans les suites de la domestication.

Tout d'abord il faut remarquer que l'état domestique apporte certains avantages à une espèce : la protection contre les prédateurs, un environnement physique contrôlé dans lequel l'animal n'a pas ou peu à lutter contre les intempéries, une alimentation abondante et constante au cours de l'année et des soins. « Mais ce confort se paye et ne va pas sans quelques sacrifices ». Le principal est la privation de liberté. Une autre contrainte est la gestion par l'homme des relations sociales et sexuelles. La reproduction est le plus souvent contrôlée par l'homme.

En contrepartie du travail fourni par le cheval l'homme a toujours pris soin de lui, à l'origine plus par intérêt que par sentiment ou compassion. La première loi française de protection animale ne date en effet que de 1850 : la loi Grammont (du nom de celui qui la fit voter). Elle était surtout à l'origine destinée à protéger les chevaux des maltraitances et brutalités des cochers. Le Comte de Grammont fut également le fondateur de la Société de Protection des Animaux (SPA) qui fit ouvrir une école aux cochers et installa des relais au bas des côtes les plus abruptes de la région parisienne où se tenaient des chevaux « renforts » (les côtiers) qui aidaient les attelages à les franchir.

Il faut noter que les premières écoles vétérinaires virent le jour en 1762 à Lyon puis en 1765 à Alfort grâce à Claude Bourgelat directeur de l'académie équestre de Lyon.

La relation entre le cheval et l'homme créée au fil du temps, n'a donc pas été simple. Depuis trente ans la société se préoccupe de plus en plus du bien-être de l'animal. L'efficacité des

thérapies assistées par les animaux fait débat depuis leur apparition mais ce n'est que depuis peu que certains scientifiques cherchent à évaluer leur impact sur les animaux²¹.

On constate que la principale source de stress chez le cheval est son environnement, car comme nous l'avons vu précédemment le cheval est une proie dans son milieu naturel sans arrêt sur le qui-vive afin de détecter toute attaque potentielle, et enclin à son instinct de fuite. Le cheval qui est un animal sociable peut facilement créer des liens avec d'autres espèces dont l'espèce humaine. Cela explique la facilité de sa domestication et les bons rapports que le cheval entretient avec l'homme. Cependant la communication qui s'exerce entre un cheval et un cavalier, et celle s'exerçant entre un cheval, un sujet suivant une séance d'équithérapie et son équithérapeute est-elle la même? Il semble intéressant de savoir quels sont les impacts des programmes d'équithérapie sur les chevaux et d'évaluer les conséquences des séances d'équithérapie sur le bien-être du cheval. Il est à noter que de par leur handicap les personnes participant aux séances peuvent ne pas adopter la position requise pour l'équitation et peuvent montrer des gestes brusques et inadaptés. Cela entraînerait-il un stress supplémentaire pour les montures ? Il n'existe que peu d'étude sur le sujet.

La seule étude rapportée concerne vingt-huit chevaux de quatre programmes d'équithérapie différents. Cinq chevaux participaient à deux sessions ce qui ramène l'échantillon à trente-trois animaux. Les patients étaient atteints de handicaps moteurs ou mentaux. Le stress qu'aurait pu engendrer de tels programmes a été évalué de deux manières : la concentration plasmatique de cortisol a été dosée avant et après chaque session, et les séances ont été filmées pour évaluer le comportement de chaque cheval. A noter : la concentration plasmatique en cortisol augmente normalement en cas de stress aigu^{24a}.

A la surprise des auteurs les concentrations de cortisol avaient diminué chez 82% des chevaux après les sessions d'équithérapie. Ce résultat signifierait donc une diminution du stress après la séance.

Il est tout de même important de noter que le taux de cortisol témoin, avant la séance d'équithérapie, était évalué dans la matinée. L'heure de prélèvement n'est pas précisée or la concentration de cortisol fluctue dans la journée avec des valeurs les plus élevées entre six et dix heures du matin. La diminution de cortisol pourrait donc être attribuée à cette fluctuation²⁵.

L'évaluation de l'impact des programmes d'équithérapie sur les chevaux nécessite encore de nombreuses investigations. Les données sur le sujet restent maigres. Malgré le manque d'études il semble admis par la société que ces programmes ne nuisent pas à leur bien-être. Les associations de protection animale semblent favorables à ces programmes.

4. L'EQUITHÉRAPIE : INDICATIONS

a. Quel Public ?

L'équithérapie s'ouvre aux enfants, dès trois ans, aux adolescents et aux adultes. Les personnes prises en charge rencontrent des difficultés multiples et variées qui sont :

- Psychiques, inhérentes ou non à une pathologie mentale sous-jacente : il peut s'agir d'un mal être passager (deuil, dépression, anxiété, perte d'estime de soi, réinsertion suite à un « décrochage social » ...) aussi bien que de maladies psychiques telles que des Troubles obsessionnels compulsifs (TOC), des troubles du spectre autistique, des troubles anxio-phobiques¹²
- Retards mentaux et autres troubles cognitifs
- Troubles des apprentissages (dysphasie, dyslexie...)
- (Psycho) Motrices ou maladies somatiques : infirmité motrice cérébrale IMC, handicap moteur, Sclérose en plaques SEP, épilepsie, trisomie, cancer, atteinte ostéo-articulaire avec scoliose, déformations structurelles, membre absent ou atrophié, troubles de la sensibilité, troubles de l'équilibre, troubles du tonus, atteintes du système nerveux et atteintes musculaires avec paralysies, mouvements involontaires...

La liste n'est pas exhaustive car de nouvelles indications sont décrites chaque année, la prise en charge se faisant au cas par cas avec l'équipe accompagnante²⁶.

Les indications sont nombreuses, l'équithérapie peut notamment être utilisée chez toute personne présentant un handicap, défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé. »

Ce handicap peut être la conséquence d'une pathologie physique ou mentale ou encore la combinaison des deux²⁷.

b. Handicap psychique et équithérapie (intérêts du cheval en rééducation mentale)

Si on s'intéresse à la littérature scientifique, on ne retrouve que peu d'articles prouvant les bienfaits de l'équithérapie sur le plan psychologique. En effet il n'est pas simple de mesurer cliniquement et de manière objective les impacts d'une telle pratique.

Cependant, des observations ont pu être réalisées, notamment auprès de patients atteints de troubles mentaux, ou présentant des difficultés relationnelles et comportementales, ainsi que dans des programmes de réinsertion de jeunes délinquants au Royaume Uni. Dans son étude Hannah Burgon met en évidence des effets positifs tels qu'une amélioration significative de la confiance en soi²⁸.

Dans une évaluation quantitative menée par l'équipe de L. Hameury (CHRU de Tours) auprès de six enfants présentant des troubles autistiques, les résultats montrent une nette amélioration dès la première séance d'équithérapie. L'activité d'équithérapie est utilisée en complément de soins réalisés au centre de pédopsychiatrie. Elle est incluse dans le programme thérapeutique établi pour chaque enfant dans le cadre d'un projet de soins personnalisés. L'objectif est d'appliquer les principes et techniques thérapeutiques développés pour les troubles du développement de l'enfant dans un cadre extra hospitalier, dans une ambiance apaisante et ludique avec l'aide du cheval comme médiateur. Toutes les fonctions impliquées dans le développement sont améliorées, surtout celles concernant la communication, l'imitation, la régulation perceptive, émotionnelle et motrice. L'équithérapie constitue donc une rééducation efficace de la communication et de la socialisation ainsi que de la régulation cognitivo-émotionnelle. Elle permet des échanges appropriés, des acquisitions cognitives, sensorielles et motrices. L'enfant est stable, apaisé par les mouvements de son poney. Il sollicite l'équithérapeute dans une interaction adaptée et prend conscience de l'effet de ses actions sur le poney, excellent co-thérapeute favorisant aussi l'attachement²⁹.

Par ailleurs il semblerait que l'attention et l'hypersensibilité seraient deux facteurs que partagent l'enfant autiste et le poney, ce qui pourrait faciliter leur contact. Une forme de communication primitive passant par la sensibilité cénesthésique et la notion d'affect messenger semble non seulement exister entre eux mais être favorisée par les particularités de la pathologie autistique, dont le mode de contact peut s'avérer rassurant pour l'animal³⁰.

Le cheval permet un contact physique qui réveille les sensations et qui entraîne une prise de conscience par le patient de son schéma corporel. Il permet également une revalorisation psychologique par suprématie du cavalier sur le piéton. C'est un processus long mais bénéfique également pour des personnes présentant des troubles caractériels, car le cheval leur impose un apprentissage de la patience et de l'autonomie³¹.

Par ailleurs, les différentes symboliques du cheval décrites précédemment prennent toute leur importance :

- Le cheval comme objet maternant
- Le cheval comme objet paternant
- Le cheval comme objet transitionnel
- Le cheval comme objet intermédiaire
- Le cheval et le langage du corps.

c. Handicap physique et équithérapie (intérêts du cheval en rééducation physique)

La rééducation physique avec l'aide du cheval est essentiellement décrite dans l'hippothérapie³².

Le principe de base est de créer en permanence un déséquilibre où le cheval est générateur de stimuli rythmiques, de modifications posturales. Ce déséquilibre aboutit à des adaptations posturales. Cette thérapie repose donc sur le mouvement du cheval. Grâce aux mouvements, à la variation de vitesse et de position les patients déplacent leur centre de gravité travaillant ainsi leur stabilité, leur posture dynamique, leur équilibre vestibulaire et leurs réflexes somato-sensoriels³³.

Pour mieux définir les effets des mouvements du cheval sur le patient il est nécessaire d'analyser les trois allures du cheval (pas, trot, galop).

Intérêts du pas :

Le pas est une allure marchée, symétrique. C'est la plus lente allure du cheval à environ six kilomètres par heure.

Le cheval marche sur quatre temps égaux. Si le postérieur droit entame la marche, il sera suivi de l'antérieur droit puis du postérieur gauche puis de l'antérieur gauche. Les membres se posent dans l'ordre de leur lever. L'encolure entraîne les mouvements des antérieurs grâce à un mouvement de bascule de haut en bas et un léger balancement latéral attirant successivement les deux épaules³⁴.

Les mouvements de l'encolure, des membres postérieurs et antérieurs sont transmis à la colonne vertébrale qui supporte le poids du cavalier. Selon les travaux de Townsend et Leach, l'amplitude des mouvements du cheval est maximale dans la seconde moitié de la région thoracique entre T9 et T14. C'est sur cette même zone que le cavalier est assis. Il bénéficie donc de la région la plus mobile du dos du cheval pour sa rééducation.

Effets du pas sur le squelette du cavalier :

Lorsque le cheval place le premier postérieur, le bassin situé du même côté va s'abaisser et s'incliner latéralement. Ceci engendre le même mouvement chez le cavalier avec un allongement du tronc du côté en mouvement et un raccourcissement du tronc du côté en appui. Pour que le postérieur en mouvement atteigne le sol, le cheval doit fléchir la colonne vertébrale et tourner le bassin de ce côté-là. Cela engendre une rotation du bassin du cavalier. La phase de mouvement du postérieur est également une phase d'accélération, déplaçant momentanément le poids du cavalier vers l'arrière suite à une inclinaison de son bassin vers l'arrière.

Lorsque le postérieur entre en contact avec le sol (phase de frappe), le centre de gravité du cheval est déplacé du même côté, entraînant ainsi un déplacement latéral du cavalier. Cette phase correspond aussi à une période de décélération au cours de laquelle il se produit un déplacement du cavalier vers l'avant, suite à une flexion antérieure du bassin.

Le pas du cheval induit donc au niveau du bassin du cavalier :

- une poussée postéro-antérieure
- un déplacement latéral
- une poussée verticale

Il en résulte un déplacement dans les trois plans de l'espace. Cela engendre un mouvement de bassin en huit de chiffre chez le cavalier (mouvement d'avant en arrière, mais aussi de haut en bas, qui se rapproche du mouvement de bassin retrouvé chez l'homme qui marche).

Les mouvements du bassin du cavalier se synchronisent avec ceux du cheval. La colonne vertébrale et les articulations du bassin du cavalier sont soumises à une série de poussées qui entraînent un ajustement continu de la part des muscles et du tonus.

Les changements de rythme et de direction du cheval augmentent ou diminuent le nombre de déplacements du bassin ainsi que leurs amplitudes^{24b}.

Effets du pas sur les muscles du cavalier :

Effets sur le tonus musculaire et sur la musculature : le fait de rester assis à cheval au pas fait contracter plus de trois cents muscles et impose plus de deux mille ajustements posturaux par demi-heure³⁴.

Le pas du cheval induit des mouvements du bassin chez le cavalier dans les trois plans de l'espace. Ceci engendre une contraction et un relâchement des muscles agonistes et antagonistes des deux côtés. Par le biais de la colonne vertébrale du cavalier les mouvements sont transmis aux muscles du tronc.

Le pas mobilise alternativement et de la même façon l'ensemble des muscles de façon symétrique et harmonieuse. Les muscles lombaires et abdominaux sont notamment sollicités. Contrairement aux idées reçues, l'équitation et l'équithérapie ont une action bénéfique sur certaines pathologies lombaires grâce au renforcement musculaire engendré.

Le développement musculaire se fait même de façon passive d'où son intérêt. On observe également un travail de synchronisation des membres inférieurs et supérieurs avec un ajustement tonique pour maintenir l'équilibre ainsi qu'un travail proprioceptif profond.

Intérêts du trot :

Le trot est une allure symétrique et sautée. Le cheval avance simultanément les deux membres diagonalement opposés qui poussent vers l'avant et le haut. La vitesse moyenne est de quatorze à quinze kilomètres par heure. Cette allure fait subir au cavalier une importante poussée verticale de bas en haut et longitudinale d'arrière en avant.

Intérêts du galop :

C'est une allure dissymétrique, sautée, à trois temps plus un temps de suspension. C'est une allure sautée pendant laquelle le cheval perd tout contact avec le sol pendant un court laps de temps. Le cheval au galop se balance tandis que le cavalier doit rester droit. Cette allure impose au rachis du cavalier une phase de flexion puis une phase d'extension. Le galop est rarement utilisé en équithérapie pour des raisons de sécurité^{24c}.

Intérêts sensoriels du cheval :

L'équitation stimule le sens tactile par le toucher (le cheval est doux et chaud) et par les stimuli environnementaux. Le système vestibulaire est aussi stimulé par le mouvement du cheval, ses changements de direction et de vitesse. Le système olfactif répond aux nombreuses odeurs présentes dans les écuries. La vision est mise à contribution dans le contrôle du cheval. Le système auditif est lui aussi stimulé.

d. Limites/Contre-indications de l'équithérapie

Ne s'agissant pas d'un sport mais d'une réelle thérapie les contre-indications sont rares¹². Comme la thérapie ne se limite pas uniquement à monter à cheval mais qu'elle s'intéresse réellement à l'interaction entre le cheval et le patient notamment dès l'arrivée aux écuries ou lors du pansage par exemple, les contre-indications propres à l'équitation ne sont pas celles de l'équithérapie.

Néanmoins les enfants âgés de moins de deux ans ne peuvent pas participer aux sessions d'équithérapie, car leur développement structurel et neurologique est insuffisant.

Contre-indications médicales :

- Arthrite aigue
- Poussée aigue de Sclérose en Plaque
- Plaie ouverte sur une surface importante

- Allergie sévère

Contre-indications neurologiques :

- Une spasticité majeure des membres inférieurs empêchant l'abduction des hanches nécessaire à la position à califourchon (néanmoins seule la monte en elle-même reste contre indiquée)
- Une perte trop importante du tonus musculaire axiale peut être une contre-indication à la monte à cheval

Contre-indications orthopédiques :

- Hernie discale en phase aiguë
- Instabilité atlanto-axiale
- Ostéoporose sévère
- Spondylolisthesis
- Scoliose structurelle supérieure à 30°
- Fracture récente

Les contre-indications sont donc relatives et sont à mesurer au cas par cas puisque l'équithérapie est clairement à différencier de l'équitation classique^{24c}.

5. LIEU ET DEROULEMENT D'UNE SEANCE

a. Quel lieu ?

Les séances d'équithérapie se déroulent dans des centres équestres.

Ces centres équestres peuvent être des structures spécialisées uniquement orientées vers la médiation par le cheval, mais le plus souvent il s'agit de centres équestres « classiques » dans lesquels se rendent les patients accompagnés de personnes formées à l'équithérapie (psychologue, psychomotricien, infirmier diplômé d'état, médecins...). Cela permet de travailler et de développer les facultés d'adaptation au monde extérieur, aux individus, et aux autres groupes ainsi que de mettre en place les meilleures conditions pour une insertion agréable dans la société.

Les séances doivent forcément être encadrées par des personnes qualifiées non seulement en équitation mais aussi en équithérapie.

Si on prend l'exemple de l'étude réalisée en deuxième partie de cette thèse, les séances d'équithérapie se déroulent au sein d'un centre équestre classique, qui dispose de locaux adaptés. Les poneys et chevaux vivent dans des box. Le pansage et la préparation des poneys peuvent donc se faire en toute sécurité dans les écuries. Les locaux donnent un cadre rassurant. Les poneys peuvent être confortablement installés dans les aires de pansages.

Le manège est un lieu idéal pour débiter la monte à poney et pour servir de cadre à l'activité thérapeutique. La carrière (lieu clos mais cette fois-ci en extérieur) peut être une zone de travail idéale par la suite. Enfin la possibilité de faire des balades en forêt, dans un cadre naturel est également utilisée.

b. Quel cheval ?

Le cheval étant un être vivant, ses réactions sont donc spontanées. Il en résulte que l'équithérapie n'est pas sans danger et nécessite des précautions particulières afin d'agir en toute sécurité.

Le choix des chevaux et poney en équithérapie est primordial : il se fera essentiellement sur son caractère peu craintif, réceptif et attentif. Ils doivent avoir « bon caractère », être calmes, attentifs et obéissants. Ils doivent avoir une certaine expérience. Par ailleurs ils doivent être « connus » du moniteur/équithérapeute. Ils ne doivent pas être dangereux, ainsi un cheval ou un poney « mordeur », « botteur », « sur l'œil », devra être évité afin d'assurer au maximum la sécurité des patients. Ils doivent également être habitués à être manipulés, brossés, caressés, tenus en main, travaillés en liberté car cela constitue un temps important dans la médiation par le cheval.

Les temps de travail à pied autour du cheval sont privilégiés, que ce soit lors du pansage (brossage, curage des pieds...), du travail en liberté dans un manège ou lors d'un déplacement à pied avec le cheval en longe.

C'est au début de chaque séance que l'équithérapeute attribue les poneys aux jeunes patients en essayant d'harmoniser les capacités du cavalier au caractère du poney.

c. Quel équipement ?

Pour le jeune patient participant aux séances de poney à visée thérapeutique il est tout d'abord nécessaire d'être habillé en fonction des conditions climatiques, d'autant qu'en hiver par exemple les températures sont souvent basses dans les écuries. L'idéal est qu'il

porte un pantalon et une paire de bottes. Le port du casque d'équitation est obligatoire, le plus souvent prêté par le poney club.

L'équipement du poney est en général prêté par le poney club : licol, selle, filet, brosses... Cependant des selles spécifiques peuvent s'avérer utiles. Elles permettent un meilleur maintien du jeune patient et une meilleure perception des sensations lors de la monte à poney. Par ailleurs elles sont équipées d'une poignée permettant au jeune cavalier de s'y tenir. Ainsi il est plus à l'aise et ne risque pas de faire mal au poney en tirant sur les rênes.

d. Déroulement d'une séance

Les séances sont très variables. En effet elles dépendent des patients, de leurs pathologies, des thérapeutes, des montures, des facteurs environnementaux... Par ailleurs dans un même groupe, les séances peuvent être très variables d'un jour à l'autre.

Pour cette partie nous prendrons l'exemple des séances de poney à visée thérapeutique effectuées par les jeunes patients suivis dans la deuxième partie de cette thèse.

Tout d'abord la mise en place de séances de poney à visée thérapeutique au sein du CPN (Centre Psychothérapeutique de Nancy), en hospitalisation de jour de pédopsychiatrie est une prescription médicale rédigée par le Pédopsychiatre après concertation pluridisciplinaire entre psychologues, psychomotriciens, infirmiers, orthophonistes...

Une fois la décision prise les groupes de jeunes patients sont formés, en moyenne quatre à cinq enfants par groupe.

Deux groupes de même âge sont formés, le premier groupe se rend au centre équestre tous les lundis matin pendant une heure trente, jusqu'aux vacances scolaires. Après les vacances scolaires le second groupe prend le relais. Puis après les vacances scolaires suivantes le premier groupe revient, et cela tout au long de l'année scolaire.

Les séances se déroulent de la manière suivante : les jeunes patients sont accompagnés en minibus jusqu'au centre équestre. Le trajet est l'occasion d'échanges entre les soignants et les enfants.

A leur arrivée les enfants se rendent dans le local pour choisir leur casque, puis une fois équipés ils rejoignent les poneys dans l'aire de pansage et commencent à les brosser. Une fois le temps de pansage terminé, ils contribuent à la préparation du poney (mise en place de la selle et du filet).

Une fois prêts et après répartition des poneys, les enfants se rendent au manège ou dehors pour la séance de monte, toujours accompagnés d'un soignant.

S'il s'agit d'une séance en manège, divers jeux sont proposés. Sinon une balade en forêt s'organise.

A la fin de la séance chacun descend de sa monture et la ramène aux écuries.

Vient ensuite le temps de la récompense pour le poney : du pain spécialement préparé est donné, puis le temps pour chacun de conclure sur sa séance avec l'équithérapeute.

D. LES FORMATIONS EN ZOOTHERAPIE

1. LA FORMATION D'EQUITHERAPEUTE

Actuellement en France il existe principalement quatre formations possibles pour devenir équithérapeute. Elles possèdent chacune leurs spécificités. A noter, qu'actuellement il n'existe encore aucun diplôme d'état, les formations restent dans le domaine privé, ce qui pose un problème de reconnaissance de diplôme pour lequel les différentes associations et institutions se battent.

◆ LA FORMATION HANDICHEVAL

Présidente de la Fédération Nationale Handi-Cheval : Isabelle CLAUDE.

Il existe différents référents répartis en fonction des régions : quart nord-ouest, quart sud-ouest, quart nord-est, quart sud-est et île de France.

Le Centre Ressource de la Fédération Handi-Cheval est implanté en Lorraine, à la ferme de Mange-Seille.

Cette formation permet d'obtenir entre autre un certificat d'équicien ou d'équicien accompagnant (professionnel habilité à accompagner des actions avec le cheval auprès de toute personne en situation de handicap ou de souffrance passagère ou durable. C'est un professionnel de la relation d'aide à médiation avec le cheval).

Formation courte : équicien accompagnant 105 heures de cours théoriques, travaux pratiques, travaux dirigés (3 UE)

- UE1 Pratique avec le cheval 35 heures
- UE2 L'accompagnement individuel 35 heures
- UE3 Handicaps et cheval 35 heures

+ 70 heures de stage d'expérience dans un lieu recherché par le stagiaire

Evaluation : évaluation à chaque fin de session, avec réalisation d'un document de fin de formation (étude de cas, projet individualisé, grille d'évaluation), analyse écrite réalisée par le stagiaire lors du stage d'expérience, et pratique avec les équidés évaluée en continue.

Coût pédagogique employeur : 4 845 euros

Coût pédagogique particulier : 3 875 euros

12 stagiaires par session.

Elle s'adresse à des professionnels ayant déjà une formation initiale, demeurant sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un centre équestre.

Formation longue : équicien 280 heures de cours théoriques, travaux pratiques, travaux dirigés (8 UE)

- UE1 Pratique avec le cheval 35 heures
- UE2 L'accompagnement individuel 35 heures
- UE3 Handicaps et cheval 35 heures
- UE4 Connaissances équinnes et éthologie 35 heures
- UE5 Communication humaine et animale 35 heures
- UE6 L'Action sociale, éducative et ou Thérapeutique 35 heures
- UE7 L'accompagnement collectif 35 heures
- UE8 Législation-administration

+120 heures de stages d'expérience dans un lieu recherché par le stagiaire.

Evaluation : à chaque fin de session par un contrôle des connaissances, sur mise en place d'une séquence éducative ou thérapeutique, sur production d'un projet professionnel, rapport de stage d'expérience.

Coût pédagogique employeur : 11 492 euros

Coût pédagogique particulier : 9194 euros

12 stagiaires par session.

Elle s'adresse à des personnes souhaitant devenir responsable d'une structure spécifique cheval handicap^{18c}.

◆ LA FORMATION FENTAC (Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval)

Cette formation s'adresse exclusivement aux professionnels de santé ou du médico-social. Elle est de type modulaire. Le cursus de formation comprend 12 modules, dure 600 heures et s'accomplit en 3 ans (70 heures stages d'observation, 112 heures stage d'implication en thérapie avec le cheval, 16 heures mémoire, 406 heures de cours théoriques/travaux pratiques)

Coût pédagogique employeur : 7200 euros

Coût pédagogique particulier : 4860 euros

Chaque module théorique est constitué de cours associés à des études de cas, des groupes de travail corporel, des mises en situation avec les chevaux et de l'analyse des pratiques.

L'ensemble de la formation est validée par la délivrance d'un diplôme fédéral FENTAC et une attestation Universitaire dans le cadre de l'AFPUP (Association de Formation Post Universitaire de la psychomotricité), Université Pierre et Marie Curie, site Pitié Salpêtrière, Paris VI.

Modules 1.2.3.4.5.6.9 : le corps et le psychisme : notions appliquées avec le cheval

Modules 7.8.10.11.12 : Rencontres avec le cheval et la thérapie³⁵.

◆ LA FORMATION SFE (Société Française d'Equithérapie)

Formation médicale continue d'équithérapeute. Objectifs : apporter aux professionnels médico-sociaux les connaissances théoriques, la culture professionnelle, les compétences techniques et les qualités personnelles permettant d'exercer l'équithérapie dans les meilleures conditions d'efficacité, de sécurité, de qualité, d'éthique, et de déontologie.

La formation s'adresse aux professionnels de santé, médicaux, paramédicaux et médico-sociaux.

Déroulement de la formation :

Session de 25 mois, formation de 600 heures. 308 heures de cours sur 22 weekends répartis entre le Mans (72), Aix en Provence (13), Boigneville (91), Monceaux (01)

2 regroupements de 4 jours (56 heures)

2 regroupements de 5 jours (70 heures)

22 heures de travail personnel (lectures, préparations, devoirs)

140 heures de stage, organisées par le stagiaire

4 heures de supervision de stage auprès d'un superviseur SFE

Le diplôme d'équithérapeute SFE est délivré en fin de formation au vu des évaluations continues, de l'examen terminal, du rapport de stage et de la soutenance d'un mémoire d'étude.

Il est en outre obligatoire de valider le galop 6 (inscription à la formation possible uniquement si minimum galop 5 à l'entrée) et le PSC1 (formation secouriste).

Coût pédagogique employeur : 7500 euros

Coût pédagogique particulier : 5990 euros³⁶

◆ **L'INSTITUT DE FORMATION EN EQUITHERAPIE (FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE D'EQUITHERAPEUTE)**

L'institut de formation en Equithérapie propose une formation longue préparant à l'exercice du métier d'équithérapeute.

Cette formation est conçue pour des professionnels de la relation d'aide ayant déjà une bonne connaissance du cheval.

12 stagiaires.

Elle se réalise en 12 à 18 mois et comprend :

- 420 heures d'enseignement (1 semaine par mois pendant 1 an à Paris et en région parisienne) 12 modules thématiques de 35 heures (6 modules théoriques à Paris, 6 modules pratiques à Milly la Forêt (91))
- 175 heures de stage (à répartir sur 12 à 18 mois)

Elle débouche après validation des compétences par un jury indépendant sur l'obtention du diplôme d'Equithérapeute de l'IFEq qui atteste de l'aptitude de son détenteur à exercer l'équithérapie. Ce diplôme privé vise l'enregistrement au RNCP (Registre National des Certifications Professionnelles) à partir de 2016.

3 critères d'inscription :

- être professionnel de santé et détenir le PSC1
- détenir le galop 4
- avoir un projet professionnel

Coût pédagogique employeur : 10 500 euros

Coût pédagogique particulier : 8400 euros³⁷

2. AUTRES FORMATIONS EN ZOOTHERAPIE EN FRANCE

◆ **L'INSTITUT FRANÇAIS DE ZOOTHERAPIE (IFZ) :**

Institut de Formation Professionnelle et de Recherche sur les pratiques de la Thérapie par Médiation Animale

Il propose différentes formations tout au long de l'année, s'adressant aux professionnels de la santé et du domaine social. Les thèmes abordés pour l'année 2013 sont :

- Formation Médiation animale auprès des personnes âgées (démences)
- Formation Inadaptation sociale, Enfants en danger, troubles du comportement, maison d'éveil
- Formation aux pratiques de la Médiation Animale pour personnes en situation de handicap mental, polyhandicapés
- Formation Médiation par l'animal et troubles des apprentissages
- Formation Autisme et trouble envahissant du développement et la médiation animale
- Approche de la médiation par l'animal
- Formation : l'éducation du chien médiateur

Chaque session nécessite une inscription préalable avec un nombre limité de stagiaires. Elles se déroulent en moyenne sur 5 jours. Le coût moyen est de 810 euros par formation.

Des colloques et conférences sont également organisés tout au long de l'année.

◆ **LE DU-RAMA (Diplôme Universitaire - Relation d'aide par la médiation Animale) :**

Mis en place depuis 2009, à la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand par le Docteur Didier Vernay, Neurologue.

22 candidats retenus par an.

Coût pédagogique employeur : 1300 euros

Coût pédagogique particulier : 2300 euros

◆ **L'INSTITUT DE ZOOTHERAPIE INTERNACIONAL (LYON)**

Formation d'initiation en zoothérapie Module 1 (84h)

Volet théorique : 40 heures de cours réparties sur 5 jours

Volet pratique : 40 heures de stage réparties sur 5 jours

Evaluation des compétences théoriques par un examen à questions ouvertes. Evaluation des compétences pratiques lors des stages.

A la fin de la formation l'étudiant reçoit un certificat attestant de sa formation par l'institut de zoothérapie international.

Coût 1700 euros.

CHAPITRE 2 : L'ATELIER PONEY A VISEE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE

A. ETUDE DE QUATRE SITUATIONS CLINIQUES DANS LE SERVICE D'HOSPITALISATION DE JOUR DU CPN DE LAXOU

Après une première partie descriptive et explicative sur l'équithérapie nous avons souhaité nous intéresser plus particulièrement à celle-ci dans le cadre du suivi de jeunes patients en pédopsychiatrie, et plus spécifiquement en hôpital de jour.

L'activité poney à visée thérapeutique est utilisée en complément de soins réalisés en hospitalisation de jour au CPN. Elle est incluse dans le programme thérapeutique établi pour chaque enfant dans le cadre d'un projet de soins personnalisés. L'objectif est d'appliquer les principes et les techniques thérapeutiques développés pour les troubles du développement de l'enfant dans un cadre extrahospitalier, une ambiance apaisante et ludique, et avec l'aide du poney comme médiateur.

Pour ce faire nous avons suivi quatre enfants souffrant de pathologies diverses. Le suivi s'est effectué sur une année scolaire, de septembre 2012 à juin 2013. Les enfants sont répartis en deux groupes, le premier groupe se rend au poney tous les lundis à partir de septembre et jusqu'aux vacances scolaires. Le second groupe prend le relais après les vacances scolaires. Les groupes alternent donc après chaque période de vacances scolaires. Deux enfants par groupe ont été suivis au cours de cette étude, soit quatre enfants au total.

Le protocole sera détaillé dans un chapitre spécifique.

B. PRESENTATION DES QUATRE ENFANTS

1. GABIN

Gabin est né en août 2006. Il est entré en hospitalisation de jour en novembre 2010, adressé par le CAMSP devant la mise en évidence de troubles du contact, de la relation et du

comportement, associés à des troubles du langage. Le diagnostic d'autisme atypique est retenu.

Il est né par césarienne, réalisée en urgence devant des signes de souffrance foetale, trois jours après le terme prévu. Il a séjourné en néonatalogie neuf jours. Sa mère ayant 41 ans lors de la grossesse, une amniocentèse a été réalisée, et a mis en évidence une mosaïque génétique (45X0/46XY).

A trois semaines Gabin est hospitalisé pour mouvements anormaux. L'EEG et l'IRM sont sans particularité. Très tôt apparaissent des troubles alimentaires et du sommeil ainsi que des pleurs fréquents.

La marche est acquise à 14 mois. C'est à cette époque qu'il devient capricieux, coléreux, agressif. Un essai de mise en halte-garderie se solde par un échec devant l'angoisse de séparation de l'enfant.

La scolarité débute en septembre 2009 puis s'arrête devant l'absence de contrôle sphinctérien.

Re-scolarisé en septembre 2010 à temps partiel, il s'adapte très progressivement mais l'agressivité sur sa maman augmente. Il entre en hospitalisation de jour en novembre 2010.

Sur le plan médical :

Gabin a présenté quelques épisodes d'otites avec une audition vérifiée normale.

Il présente un astigmatisme corrigé.

Il présente par ailleurs des extrasystoles suivies par le service de cardiologie infantile.

Il est porteur d'une mosaïque génétique (45X0/46XY), suivie par le service de génétique du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

Sur le plan familial :

Gabin est né d'une grossesse initialement non désirée, fruit d'une union récente, chez une mère nullipare alors âgée de 41 ans. Les parents ne vivent pas ensemble, le père a reconnu Gabin à la naissance.

Sa mère est âgée aujourd'hui de 48 ans.

Son père est âgé aujourd'hui de 53 ans. Il a deux autres enfants d'une première union.

A partir de l'entrée en hospitalisation de jour :

Lors de la synthèse de mai 2011, on constatait que l'adaptation de Gabin sur l'unité était difficile. Il était peu dans l'échange, observait beaucoup les autres. Gabin était décrit comme fatigable, insécure, triste, dans la plainte. Il présentait beaucoup d'autostimulations visuelles et gestuelles. Il n'avait pas accès à l'abstraction, à la représentation mentale. Les traits autistiques étaient marqués avec un score global de 45 à l'évaluation CARS, dans l'intervalle sévèrement autistique.

En janvier 2012 le passage de l'unité des petits à l'unité des moyens avait été différé tant l'angoisse et l'ambivalence que cela suscitait chez Gabin semblaient grandes. Puis une diminution des stéréotypies, des écholalies et de l'angoisse en général avait été constatée. Cela a permis son entrée chez les moyens par la suite. Sur l'unité il avait alors progressé, était moins anxieux, plus en confiance. La communication et l'adaptation s'étaient améliorées, mais la personnalité restait très dysharmonieuse et le retard massif. Un maintien en grande section de maternelle avait été décidé.

En décembre 2012, on constatait une amélioration sur l'hôpital de jour mais Gabin restait encore tyrannique à la maison. Les progrès étaient nets mais il restait encore beaucoup de difficultés en communication et dans l'adaptation. L'angoisse et les stéréotypies étaient encore nombreuses. Un cadre structuré était nécessaire. Le score global à l'évaluation CARS était de 31, dans la zone légèrement à moyennement autistique. Gabin a continué de progresser en communication et entre dans les apprentissages. Le CP sera tenté à la rentrée prochaine avec présence d'une AVSI (Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle) et poursuite de la prise en charge en hospitalisation de jour.

Objectifs du poney à visée thérapeutique :

- Permettre un ancrage dans la réalité
- Diminuer les angoisses
- Diminuer « la toute-puissance »
- Prendre conscience du danger
- Réduire le comportement d'opposition.

2. SIMON

Simon est né en septembre 2004. Il est entré sur l'hôpital de jour en novembre 2010, initialement adressé devant un Trouble Envahissant du développement sans précision.

Simon est né quinze jours avant le terme, d'une grossesse vécue difficilement sur le plan psychologique. Le grand-père de Simon est décédé trois semaines après l'annonce de la

grossesse dans des circonstances non élucidées (overdose ? suicide ?). A noter la notion de toxicomanie et d'éthylisme chez ce grand-père.

A l'annonce de la grossesse les parents se sont séparés. Le père de Simon a rétabli un contact avec lui un an après sa naissance et l'a reconnu.

A la naissance, Simon pesait 2.110kg, il est de ce fait resté en néonatalogie 12 jours. Il a été allaité un mois et demi. Le sevrage s'est fait sans problème. La marche a été acquise à seize mois. Le langage est apparu la première année et a toujours été utilisé. Simon était décrit comme un enfant curieux, méticuleux, qui dormait bien jusqu'à l'âge de trois ans.

Sur le plan médical :

Fin août 2007 Simon se retrouve aux urgences à deux reprises après une suspicion de crise convulsive. Les médecins sont alors rassurants et évoquent une surprotection de la mère.

C'est en novembre 2007, alors qu'il est chez sa nourrice, que Simon fait une crise d'épilepsie Grand Mal. Après bilan complet le diagnostic de **syndrome de Doose** est posé. Un traitement associant Lamictal et Dépakine est alors débuté. Un équilibre est obtenu en mai 2008 après de multiples épisodes d'absences.

A partir de cette crise de 2007 le sommeil est perturbé, puis restauré en janvier 2010 après mise sous traitement par mélatonine.

Par ailleurs c'est à compter de cette même crise que la mère de Simon constate une régression dans les apprentissages et une souffrance à l'école.

L'année scolaire 2007-2008 est marquée par un absentéisme scolaire du fait des nombreux bilans médicaux.

En octobre 2009 l'équipe de neurologie pédiatrique adresse Simon au CMP devant une agitation, une opposition, une immaturité du comportement, un détournement ludique de tout ce qui est proposé. Puis il est adressé en hospitalisation de jour en novembre 2010 par le CMP en parallèle du suivi en neurologie.

Sur le plan familial :

Mère : âgée aujourd'hui de 36 ans. Ses parents se sont séparés alors qu'elle avait 15 ans. Elle travaille en intérim.

Père : âgé aujourd'hui de 38 ans. Militaire de métier.

Depuis son entrée en hospitalisation de jour :

Simon apparaît à l'arrivée comme un enfant dans la toute-puissance, sollicitant beaucoup l'adulte, pouvant s'opposer, très envahissant. Simon passe de l'imaginaire à la réalité, saute

du coq à l'âne, a des bizarreries de comportement et de pensées. Il présente un retard psychomoteur, un retard mental léger, un retard dans les apprentissages. L'ensemble du tableau s'inscrit dans une dysharmonie de la personnalité avec discours angoissé et incohérent, défaut d'accès à la symbolique, et à l'abstraction.

En avril 2011 le diagnostic de troubles envahissants du développement évoluant dans un contexte de syndrome de Doose se confirme. L'envahissement freine le processus cognitif et le retard se creuse. Une proposition d'orientation en CLIS est faite avec poursuite du suivi en hospitalisation de jour.

Durant l'été 2011 le traitement par Lamictal est arrêté, et un traitement par Risperdal est débuté en octobre 2011. Depuis ce changement on observe un meilleur ancrage dans la réalité. Simon se réfugie moins dans ses histoires imaginaires et semble un peu plus être un interlocuteur quand on s'adresse à lui. Il semble parfois plus apaisé. Mais Simon reste un enfant difficilement adaptable, qui a du mal à organiser sa pensée, à accéder à certains raisonnements.

Au cours de l'année 2012 il progresse peu à peu dans les apprentissages.

En janvier 2013 ces progrès se confirment notamment dans le domaine des apprentissages scolaires, qu'il semble aujourd'hui prêt à investir. La Dépakine est arrêtée en janvier 2013, la dose de Risperdal est quant à elle diminuée de 0.75mg à 0.50mg en juin 2013. A cette date le constat est plutôt positif avec une entrée réelle dans les apprentissages

La fluctuance de l'humeur et du comportement est encore un obstacle à une évolution plus rapide mais là encore des progrès sont notés avec un enfant qui se pose un peu plus, qui cède plus facilement, et qui est surtout moins envahi au niveau psychique.

La scolarité en CLIS est à poursuivre.

Objectifs du poney à visée thérapeutique :

- Ancrage dans la réalité
- Diminuer l'agitation
- Travailler sur la distance
- Réduire la recherche d'exclusivité.

3. Tom

Tom est né en février 2007. Il est adressé en hospitalisation de jour à Toul en juillet 2010 pour des troubles de l'attachement avec comportement de type abandonnique.

A la naissance, il vit en foyer maternel puis est placé très tôt en pouponnière à l'âge de trois mois devant une immaturité de sa maman. A l'âge de neuf mois il est placé en famille d'accueil. Des visites médiatisées avec la maman sont alors organisées.

Devant un retard de développement psychomoteur mis en évidence à la crèche, il est pris en charge par un CMP en janvier 2009. Tom présente des difficultés à établir une relation qui ne soit pas utilitaire et apparaît comme un enfant instable, décideur, se mettant en danger, indisponible, avec un important retard de langage.

La marche est acquise à seize mois. A noter que Tom ne tenait pas assis à douze mois.

En juillet 2010 débute une observation à l'hôpital de jour. Le comportement de Tom évoque alors un trouble de l'attachement avec un comportement de type abandonnique. Il présente de nombreuses colères, se montre opposant, provoquant, décideur, angoissé, ne respecte pas les règles, en famille d'accueil, où la situation devient difficile.

A partir de septembre 2010 la prise en charge en Hospitalisation de Jour à Toul est effective à raison de trois demi-journées par semaine. Par ailleurs le bilan psychologique met en évidence une efficacité intellectuelle plutôt faible.

En juin 2011, devant des difficultés croissantes, la famille épuisée arrête l'accueil et Tom est alors admis en maison pour enfants où les visites médiatisées avec la maman se poursuivent. Par la suite pour des raisons de proximité le suivi de Tom est alors effectué au Centre Psychothérapique de Nancy Laxou.

Sur le plan médical :

Un traitement par Risperdal depuis février 2012 permet d'améliorer en partie les troubles du sommeil, en diminuant les cauchemars et diminue l'agressivité.

Sur le plan familial :

Mère : âgée aujourd'hui de 22 ans. Elle a eu une fille née en septembre 2011 d'un deuxième père dont elle est séparée aujourd'hui. N'ayant pu être rencontrée qu'une seule fois nous n'avons que peu d'éléments la concernant.

Père : aucune information, la mère n'ayant jamais voulu révéler son identité.

Depuis son entrée en hospitalisation de jour :

Entrée en hospitalisation de jour en septembre 2010 à Toul.

En juillet 2012, du fait de son retour en foyer à Vandœuvre Tom est suivi en Hospitalisation de jour au Centre Psychothérapique de Nancy Laxou, poursuivant sa scolarité à Vandœuvre.

Tom présente d'importants troubles du comportement, à type d'agressivité, de violence et de provocation. Il se trouve très en difficultés lorsqu'il est en groupe et s'apaise plus facilement s'il est seul. Il a besoin de valorisation et de reconnaissance. Cependant il progresse doucement dans la socialisation et les apprentissages qu'il semble désireux d'investir.

Il est très expressif corporellement.

Sur le plan de l'apprentissage il progresse dans l'utilisation du langage. Son niveau scolaire est moyen, mais il s'améliore, a des capacités certaines, mais ses troubles du comportement et de concentration peuvent entraver son apprentissage. C'est un enfant persévérant, motivé.

Une entrée en CP est envisagée en septembre 2013.

Objectifs du poney à visée thérapeutique :

Donner un cadre, évoluer dans le respect des règles et des consignes, obtenir une meilleure tolérance à la frustration

Ne pas se disperser, diminuer l'agitation, l'avidité, la précipitation

Adapter son corps à la situation

Etre attentif aux autres

Apaisement, réassurance

Progresser dans la relation avec autrui.

4. ELLIOT

Elliot est né en juillet 2006. Il est adressé en hospitalisation de jour en novembre 2011 devant un tableau hyperkinétique et des troubles du comportement.

Elliot est né au terme d'une grossesse non programmée. Il pesait 3.3kg. Un diagnostic de CIV-CIA est posé à la naissance et nécessite une intervention chirurgicale à l'âge de 4 mois.

La marche est acquise à 13 mois, la propreté à 2 ans, les premiers mots pendant la première année.

Au cours de ses premières années de scolarité sont mis en évidence des troubles du comportement. Elliot est décrit comme un enfant maladroit dans ses relations aux autres, se mettant en danger, ne restant pas en place, pouvant faire mal sans le vouloir, avec une agressivité inconstante.

Sur le plan médical :

Malformation cardiaque opérée et suivie.

Bronchiolites à répétition dans la petite enfance.

Sur le plan familial :

Mère : âgée aujourd'hui de 25 ans. Elle a vécu une enfance douloureuse dans un contexte familial difficile et a été placée. Elle même présente des antécédents d'hyperactivité, avec un suivi en pédopsychiatrie et notamment un traitement par Théralène de l'âge de deux à douze ans et demi ; et des antécédents de toxicomanie (addiction à l'héroïne).

Père : âgé de 29 ans. Il vient d'un milieu familial plus porteur, travaille ponctuellement en intérim. Sa mère est très présente et aide beaucoup la famille.

Depuis son entrée en hospitalisation de jour :

En novembre 2011 Elliot était décrit comme un enfant toujours en mouvement, pouvant répondre à l'agression, s'intéressant à beaucoup de choses, présentant un déficit de l'attention et une impulsivité. Il présentait également un retard psychomoteur, un retard de parole et du langage. Un tableau de TDA/H (Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité) était alors évoqué après utilisation du questionnaire de CONNERS.

Devant la persistance de ces troubles, un traitement par Ritaline a été introduit en septembre 2012 permettant une nette diminution de l'agitation et une amélioration des facultés de concentration.

Elliot a progressé à l'école se faisant même « oublier » en classe d'après son institutrice.

Afin de respecter la fenêtre thérapeutique préconisée chaque année, ce traitement a été stoppé du 15 au 26 juillet 2013 pendant les vacances scolaires et a été secondairement réintroduit le 29 juillet 2013 devant l'importante dégradation d'Elliot.

Ainsi la concentration permet aujourd'hui l'entrée dans les activités scolaires. Cependant l'apaisement d'Elliot laisse aujourd'hui apparaître des déficits dans beaucoup de domaines. Les difficultés d'apprentissage sont bien réelles et le retard important.

Devant ses problèmes de langage, de difficultés d'expression et de troubles de l'apprentissage, une orientation en classe TSL (troubles spécifiques du langage) a été demandée initialement pour la rentrée 2013 mais refusée par la MDPH. A défaut une orientation en CLIS (Classe d'inclusion scolaire) a été proposée mais elle aussi refusée. C'est finalement en CP que se fera la rentrée de Tom en septembre 2013.

Objectifs du poney à visée thérapeutique :

- Canaliser ses émotions
- Ne pas se disperser
- Respecter les règles et les consignes
- Utiliser ses capacités de concentration.

C. DESCRIPTION DES DIFFERENTES PATHOLOGIES

1. LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT (TED)

D'après les dernières recommandations, datant de janvier 2010, de la Haute autorité de Santé (HAS)³⁸ :

Dans le cadre des troubles envahissants du développement (TED), la classification internationale des maladies (CIM-10) est la classification de référence.

Les TED sont classés par la CIM-10 dans les troubles du développement psychologique : « Les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. »

Les TED regroupent des situations cliniques diverses, entraînant des situations de handicap hétérogènes.

Huit catégories de TED sont identifiées dans la CIM-10 :

- Autisme infantile : c'est un TED qui apparaît précocement dans l'enfance puis concerne tous les âges de la vie. Il peut altérer dès les premiers mois de vie la communication et l'interaction sociale.
- Autisme atypique : il se distingue de l'autisme infantile en raison de l'âge de survenue ou de la symptomatologie ou de l'âge de survenue et de la symptomatologie.
- Syndrome de Rett.
- Autre trouble désintégratif de l'enfance.
- Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés.
- Syndrome d'Asperger.

- Autres TED.
- TED sans précision.

La distinction entre les différentes catégories de TED est en partie fondée sur l'âge de début, les signes cliniques (l'association ou non à un retard mental, à un trouble du langage) ou sur la présence d'atteinte génétique.

Les TED et les troubles du spectre autistique (TSA) recouvrent la même réalité clinique, les TED à partir d'une diversité des catégories, les TSA en rendant compte de cette diversité de façon dimensionnelle, selon un continuum clinique des troubles autistiques dans trois domaines (interaction sociale, communication, intérêts et activités stéréotypées).

Prévalence/incidence :

En 2009 la prévalence estimée pour l'ensemble des TED, dont l'autisme, est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Dans cette même population la prévalence des TED avec retard mental est estimée entre 2 et 3 pour 1000 personnes.

En 2009 la prévalence estimée de l'autisme infantile est de 2 pour 1000 personnes de moins de 20 ans, alors que celle de l'autisme selon la définition de l'époque était de 0.4 pour 1000 personnes dans les années 1960-1970.

L'augmentation du nombre de personnes avec TED est en partie expliquée par la modification des critères diagnostiques, l'amélioration du repérage par les professionnels des troubles du spectre de l'autisme dans la population générale, et le développement de services spécialisés.

La modification des critères diagnostiques a également entraîné une augmentation de la proportion de personnes avec TED sans retard mental (QI > 70).

Facteurs de risques :

Les TED sont présents dans toutes les classes sociales.

L'autisme infantile est quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles.

Pathologies et troubles associés – Maladies génétiques :

De nombreux troubles ou pathologies peuvent être associés aux TED.

Les associations les plus fréquentes sont :

Les troubles du sommeil : ils constituent une des plaintes les plus fréquemment rapportées par les familles. Ils concernent selon les études entre 45 et 86% des enfants avec autisme infantile ;

Les troubles psychiatriques : ces troubles sont plus fréquents chez les personnes avec TED que dans la population générale. Ils concernent entre 50 et 75% des personnes avec TED selon les études. Ils sont difficiles à déceler chez les personnes avec TED associé à un retard mental. Chez les adultes avec TED sans retard mental, l'anxiété, la dépression, sont les troubles psychiatriques associés les plus fréquents. Chez l'enfant avec TED, le trouble « déficit de l'attention-hyperactivité » est un des troubles psychiatriques associés les plus fréquents. La possibilité d'une pathologie psychotique (délire, bouffées délirantes, schizophrénie) associée aux TED justifie des recherches complémentaires ;

L'épilepsie : elle est plus fréquente chez les personnes avec TED que dans la population générale. Elle concerne selon les études entre 5 et 40% des personnes avec TED. Le risque d'épilepsie est plus élevé chez les filles que chez les garçons ; il est également plus élevé chez les personnes avec TED associé à un retard mental, que chez celles avec TED sans retard mental. L'incidence de l'épilepsie chez les personnes avec TED a une répartition bimodale avec un premier pic chez les enfants d'âge préscolaire et un deuxième pic à l'adolescence.

Le retard mental : sa prévalence varie selon le type de TED :

Par définition il n'y a pas de retard mental dans le Syndrome d'Asperger.

Chez les personnes avec autisme infantile 70% présentent un retard mental associé ; celui-ci se distribue en 40% de retard mental profond et 30% de retard mental léger.

La prévalence du retard mental est plus faible dans les catégories « autisme atypique », « autre TED », et « autre TED, sans précision » que dans la catégorie « autisme infantile ».

Des données récentes indiqueraient une prévalence élevée de TED dans la population d'enfants et d'adolescents ayant reçu initialement un diagnostic de retard mental ; des recherches complémentaires sont nécessaires avant de confirmer ce résultat.

Certaines maladies génétiques monogéniques sont associées à des TED. Les plus fréquentes sont le Syndrome de Rett, le Syndrome de l'X-fragile, et la sclérose tubéreuse de Bourneville. Par ailleurs, d'autres anomalies génétiques, dont des anomalies chromosomiques ont été mises en évidence chez certains enfants avec TED.

Conclusion :

Les données épidémiologiques mettent en évidence une multiplicité des facteurs de risque et des pathologies ou troubles associés aux TED.

Ces études donnent des arguments en faveur de la nature multiple des facteurs étiologiques des TED avec une implication forte des facteurs génétiques dans leur genèse.

Les facteurs psychologiques parentaux, en particulier maternels et les modalités d'interactions précoces n'expliquent en aucune façon la survenue de TED.

Il existe un consensus de plus en plus large sur la nature neuro-développementale des TED.

Démarche diagnostique et outils validés d'évaluation du fonctionnement des personnes avec TED :

La démarche diagnostique comprend plusieurs étapes :

- Une étape de repérage individuel des troubles
- Une étape de confirmation du diagnostic permettant de poser le diagnostic de TED, d'identifier d'éventuels facteurs étiologiques et pathologies associées et, le cas échéant, de poser un diagnostic différentiel
- Une étape complémentaire d'évaluation du fonctionnement de la personne.

Le diagnostic de ce trouble et l'évaluation du fonctionnement de la personne avec TED est une démarche pluridisciplinaire réalisée par des professionnels spécifiquement formés.

Le repérage des troubles peut être réalisé par les professionnels de terrain (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI, etc.) lors d'examens systématiques du 9^{ème} et du 24^{ème} mois, des consultations de routine ou suite à des préoccupations parentales.

Un certain nombre de signes sont évocateurs d'un risque de TED :

Une régression dans le développement, en particulier de la communication sociale ou du langage quel que soit l'âge, est un signe d'alerte symptomatique primordial d'un TED et/ou d'une encéphalopathie sous-jacente.

Dès la première année, l'inquiétude des parents relative au développement de leur enfant, l'absence ou la rareté du contact par le regard, du sourire ou de l'orientation à l'appel du prénom sont des signes d'alerte qui peuvent évoquer un risque de TED.

Au fur et à mesure du développement de l'enfant d'autres signes d'alerte peuvent être repérés en particulier les perturbations du langage ou de la socialisation, de même que des comportements répétitifs ou stéréotypés.

Chez le jeune enfant avant 2 ans, les signes observés peuvent être suffisants pour diagnostiquer un trouble du développement sans qu'un diagnostic précis de TED puisse être établi. L'évolution dans les semaines ou mois qui suivent permet de préciser avant l'âge de 3 ans s'il s'agit ou non d'un TED.

La Confirmation du diagnostic :

Le diagnostic des TED, dont l'autisme infantile est clinique. Il n'existe pas pour l'instant de diagnostic biologique de l'autisme ni des autres TED.

Les critères diagnostiques communs aux différents TED sont une altération qualitative des interactions sociales réciproques et de la communication, et la présence d'activités restreintes ou stéréotypées.

Le diagnostic est fondé sur un entretien orienté avec les parents et une observation clinique directe de l'enfant. Des outils validés de confirmation diagnostique tels que les échelles d'évaluation ADI-R et ADOS permettent de structurer l'entretien et l'observation clinique.

Les examens complémentaires et consultations spécialisées suivants, examen de la vision, de l'audition, consultation neurologique et consultation génétique, permettent de rechercher les pathologies associées et les éléments étiologiques, du fait de la fréquence des troubles sensoriels (vision et audition), somatiques (épilepsie et maladies associées) et génétiques associées au TED.

Des échelles d'évaluation sont par ailleurs utilisées afin de repérer des troubles ou pathologies psychiatriques associées (anxiété, dépression, hyperactivité, etc.) ou pour poser un diagnostic différentiel.

La démarche diagnostique est suivie par la définition d'un projet personnalisé de soins et d'interventions.

Il existe des centres spécialisés tels que le CRA Lorraine (Centre Ressource Autisme) situé dans l'enceinte du CPN permettant un dépistage à tous âges, par le biais d'un bilan à visée diagnostique et d'une évaluation fonctionnelle de l'enfant et de l'adulte, avec la participation active de sa famille. Cette mission est assurée par une équipe pluridisciplinaire.

Parmi les TED l'autisme est l'une des entités les plus citées. Il est considéré comme une des anomalies psychiques les plus complexes³⁹.

2. LE TROUBLE DEFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITE TDA/H

Ce trouble est défini par :

- un **déficit de l'attention** (l'enfant présente une incapacité de terminer une tâche, des oublis fréquents, une distractibilité et un refus ou évitement des tâches exigeant une attention soutenue)
- une **hyperactivité** motrice (constituée d'une agitation incessante, d'une incapacité à rester en place quand les conditions l'exigent et d'une activité désordonnée et inefficace)
- une **impulsivité** (l'enfant présente des difficultés à attendre, le besoin d'agir et une tendance à interrompre les activités d'autrui)

A cette triade est associé un ensemble de comorbidités qui affectent le développement de la vie cognitive, du langage, de la vie émotionnelle et affective des patients.

Histoire⁴⁰ :

La description du TDAH remonte au moins à 1817 où les « touche-à-tout » étaient alors décrits dans la littérature enfantine. C'est Pierre Blanchard (1772-1836) qui publie vers 1817 un recueil de contes Les jeunes enfants dont l'une est l'histoire de Touche-à-tout.

En Allemagne le Docteur Heinrich Hoffmann écrit en 1844 un poème intitulé L'histoire de Zappel-Philipp un enfant au comportement « hyperactif » assez semblable à celui de Touche-à-tout.

En 1862 les symptômes du déficit d'attention et de l'impulsivité sont décrits par les premiers « aliénistes ». Charles Boulanger réalise sa thèse de Doctorat en Médecine en 1892 sur « l'instabilité mentale ».

En 1902, Georges Frederic Still (1868-1941), pédiatre, décrit le « Brain Damage Syndrome ». Il décrit la « perte de contrôle moral » chez des enfants atteints de diverses pathologies neurologiques et précise qu'elle existe chez des enfants sans atteinte de « l'intelligence générale ».

En 1937 Charles Bradley, directeur du Emma Pendleton Bradbury Home observe l'effet paradoxal de la benzédrine (amphétamine) sur l'hyperactivité motrice des enfants qu'il soigne. Par ailleurs elle semble améliorer les performances scolaires et la réponse émotionnelle de ces mêmes enfants.

En 1957 pour Eisenberg, une conduite motrice excessive par rapport au développement normal de l'enfant est évocatrice d'un syndrome hyperkinétique ou syndrome d'hyperkinésie. Il publie en 1963 avec Conners, au niveau international, le premier article sur l'effet du méthylphénidate sur l'hyperactivité de l'enfant.

Des années 1990 à nos jours le TDAH « trouve sa place », « après une longue histoire d'errance, de préjugés, d'incompréhension, le TDAH prend sa place en consultation médicale et s'inscrit dans les nouvelles préoccupations en santé mentale. Pourtant son histoire ne vient pas d'ailleurs et une fois la littérature parcourue on ne comprend plus vraiment pourquoi il a été si longtemps méprisé et non traité avec un large choix de thérapeutiques adaptées aux besoins de chaque patient. »⁴⁰

La prévalence des TDA/H est estimée à 3 à 5% des enfants d'âge scolaire aux Etats-Unis. En France il existe peu de données épidémiologiques précises mais les professionnels estiment une prévalence d'environ 5% des enfants.

Le diagnostic :

Selon la CIM-10 les troubles hyperkinétiques sont définis comme des « troubles caractérisés par un début précoce (habituellement au cours des cinq premières années de la vie), un manque de persévérance dans les activités exigeant une participation cognitive et une tendance à passer d'une activité à l'autre sans en finir aucune, associée à une activité globale désorganisée, incoordonnée et excessive. »

Selon le DSM IV⁴¹ « Le TDAH est défini comme étant un trouble comportemental d'origine neurobiologique comportant des problèmes de concentration associé à une impulsivité et une hyperactivité psychomotrice. Il existe trois types de TDAH : avec prédominance « déficit attentionnel », avec prédominance « hyperactivité/impulsivité » ou de type mixte (hyperactivité et/ou impulsivité et troubles attentionnels associés). »

Selon le DSM V qui n'est pas encore publié en France, la différence essentielle est l'âge d'apparition des symptômes avant douze ans (avant six ans dans la précédente classification).

Selon les études les comorbidités sont présentes chez 60 à 87% des enfants présentant un TDAH : troubles oppositionnels avec provocation, troubles du sommeil, abus de substances, troubles des apprentissages, troubles anxieux et dépression, tics et syndrome de Gilles de la Tourette, troubles de l'élimination (énurésie).

Le diagnostic requiert le témoignage concordant des divers environnements (famille, école, médecins...), un recul d'au moins six mois, et un bilan médical et psychologique permettant d'évaluer les problèmes associés. A la maison, l'enfant est opposant, il ne respecte pas les consignes, l'autorité, il est souvent irritable. A l'école, l'enfant est décrit comme agité, bavard, turbulent, excessif, impulsif, perturbateur au sein du groupe, non concentré, inattentif...

L'évaluation pluridisciplinaire est basée sur l'entretien avec les parents, l'enfant et les informations données par l'enseignant.

Le questionnaire le plus utilisé est le Questionnaire de Conners composé de 48 items pour les parents et 28 pour l'enseignant⁴¹.

Cette pathologie à plusieurs conséquences sur l'enfant : il se voit de façon négative, il a une faible estime de lui-même (sentiment d'autodépréciation), il est souvent en échec scolaire et s'intègre difficilement socialement. Il existe donc un réel impact négatif sur tous les aspects de la vie sociale, affective, scolaire de l'individu.

Dans cinquante pour cent des cas les premiers symptômes sont présents avant l'âge de quatre ans. Avant six ans c'est l'hyperactivité motrice qui domine le tableau clinique. Les

troubles de l'attention et l'impulsivité se traduisent par des changements d'activité incessants.

Avec l'âge le comportement s'améliore chez environ deux enfants sur trois entre 13 et 16 ans.

Diagnostiques différentiels :

L'hyperactivité Normale (entre 3 et 5 ans)

Enfant ayant une intelligence supérieure à la norme, Enfant possédant un Quotient intellectuel bas

Déficits sensoriels (visuels, auditifs...)

Affections neurologiques (épilepsie)

Iatrogénie (Corticothérapie, antiasthmatiques, antiépileptiques)

Hyperactivité psychotique

Hyperactivité réactionnelle

Hyperactivité des carences affectives

Troubles de l'apprentissage

Trouble oppositionnel avec provocation

Troubles de l'Humeur

Troubles des conduites

Prise en charge :

Traitement médicamenteux : le traitement stimulant est le traitement de premier choix. Le Méthylphénidate (Ritaline, Concerta, Quasym), forme simple et forme retard, est la molécule la plus utilisée. Cette molécule est inscrite sur la liste des stupéfiants et nécessite des modalités de prescription particulières. A noter que l'AMM l'interdit avant 6 ans afin de faire le diagnostic différentiel avec une hyperactivité normale entre 3 et 5 ans.

Les principaux effets indésirables sont l'insomnie, la diminution d'appétit, les céphalées et les douleurs abdominales.

20% des patients sont non répondeurs, 1 à 2 % développent des effets secondaires sous traitement nécessitant son arrêt.

Prise en charge rééducative : elle est pluridisciplinaire faisant intervenir les éducateurs spécialisés, les psychomotriciens, les orthophonistes...

Prise en charge psychothérapique individuelle et/ou familiale.

3. LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

L'absence de milieu familial normal, en particulier d'une figure maternelle entraîne des conséquences sur le développement des êtres humains de l'enfance à l'adolescence, voire jusque dans la vie adulte. C'est surtout à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle que le monde psychiatrique s'intéressa à cette psychopathologie.

Sur le plan clinique il est important de différencier la carence (du latin *carere*, manque), de la séparation, de prendre en compte l'âge de l'enfant au moment où surviennent ces événements de vie et leur durée en raison de la variation de la symptomatologie et des conséquences.

Historique :

C'est essentiellement à partir de l'observation directe des enfants privés de milieu familial normal que furent faites les premières descriptions cliniques.

Aux Etats Unis en 1945, W. Golfarb compara le développement de jeunes enfants élevés avec leurs mères en prison et ceux d'une pouponnière. Puis R. Spitz en 1946, décrivait les troubles des bébés privés partiellement de leur mères dépressives, et s'aggravant au fil du temps en institution.

En 1949, A.Freud et D.Burlingham décrivaient le développement des bébés de la pouponnière de Hampstead près de Londres.

En 1952, J. Bowlby rédigea pour l'OMS « Soins maternels et santé mentale » démontrant l'intérêt central des soins maternels pour la santé physique et psychique des enfants. Ce rapport faisait état de la situation des enfants orphelins élevés en institution dans l'Europe de l'Après-guerre. Il élaborait la théorie de l'attachement en 1969.

En France, ce sont M. Soulé, S. Lebovici, L. Kreiler et surtout M. David et M. Lamour qui à la fin du XX^{ème} siècle décrivaient cette clinique particulière.

Tous ces travaux ont permis de mettre en évidence le fait que l'enfant a besoin pour se développer « harmonieusement » d'un tuteur de développement, c'est-à-dire d'un adulte stable, empathique et sécurisant auprès de lui⁴².

Définitions :

La carence est définie comme un manque quantitatif d'interactions mère-enfant.

La séparation est définie comme une rupture du lien mère-enfant.

Il est important de faire la distinction entre ces deux entités car une séparation n'aboutit pas obligatoirement à une carence de soins. Elle n'apparaîtra que si l'enfant est placé après la séparation dans un environnement où il sera en incapacité de retrouver un substitut maternel lui permettant de tisser un nouveau lien d'attachement.

L'âge de l'enfant est un point clé :

Avant l'âge de six mois le lien d'attachement n'est pas encore singularisé. En cas de séparation non suivie de carence, l'enfant est privé de sa mère mais peut sans difficulté tisser un nouveau lien d'attachement avec un autre adulte (cas de l'adoption après accouchement sous X). En cas de séparation suivie de carence l'enfant sera privé du lien d'attachement ce qui aura des conséquences plus ou moins graves en fonction de la durée de la carence, réalisant au maximum l'absence d'attachement, entraînant de lourdes répercussions sur le développement.

Après l'âge de six mois le lien d'attachement est d'autant plus singularisé que l'enfant est âgé. Il devient spécifique d'une relation vers deux ans.

Il faut distinguer les carences institutionnelles et les carences intrafamiliales. Majoritairement actuellement ce sont les carences intrafamiliales que l'on retrouve en France : la clinique rencontrée émane d'enfants vivant auprès de parents s'adaptant mal à leurs besoins. Certains enfants resteront exposés toute leur enfance à des risques de carence; d'autres de façon épisodique, seront séparés de leurs parents pour être placés temporairement et répétitivement en famille d'accueil et/ou en institutions. La multiplicité des placements et des déplacements aboutira souvent aux mêmes conséquences, par l'impossibilité de tisser un lien stable et sécurisant avec un substitut maternel.

Les parents fragiles à risque d'instituer des carences présentent souvent des troubles psychiatriques plus ou moins francs (psychose, troubles de la personnalité, insuffisance intellectuelle...) auxquels s'associent parfois différentes addictions telles que l'alcool ou la toxicomanie. Aux carences de soins peuvent s'associer pour un grand nombre d'enfants une maltraitance sous plusieurs formes : physique, sexuelle, psychologique à des degrés divers. Certains enfants développeront ainsi associés à la clinique carentielle des troubles psycho-traumatiques.

Il est rare qu'un enfant soit élevé dans un environnement totalement carenciel, c'est-à-dire sans possibilité d'attachement. Les styles d'attachement retrouvés chez les jeunes enfants vont donc des attachements dits inséculs (anxieux, évitants), à des attachements dits désorganisés pour ceux qui ont pu construire à certaines périodes même temporaires de leur vie, des relations avec un adulte en position parentale. Les ruptures répétées des liens d'attachement du fait de la psychopathologie parentale (psychose, toxicomanie, troubles de

la personnalité...) vont amener pour certains enfants l'impossibilité de construire des stratégies pour s'adapter, à l'origine d'attachements désorganisés⁴².

Les troubles de l'attachement sont répertoriés dans la classification DSM IV dans les troubles réactionnels de l'attachement de la première et de la deuxième enfance⁴³.

Ils sont définis par un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de cinq ans. Les manifestations peuvent être :

- une incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hyper vigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires
- des liens d'attachement diffus qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs

Ces manifestations ne sont pas imputables uniquement à un retard du développement et les troubles sont différents de ceux décrits dans les TED mais ils sont parfois difficilement différenciables de ces derniers notamment dans la petite enfance.

Par ailleurs les enfants exposés dans le premier âge à des carences environnementales sévères et prolongées seraient à haut risque d'altérations cérébrales en raison de la plus faible activité du câblage neuronal. En effet ce dernier se ferait sous l'influence de stimuli sensoriels qui activent les voies nerveuses. Ces altérations cérébrales risquent d'entraver les capacités de mentalisation de ces enfants. Cela pourrait les perturber dans leurs capacités de résilience face à des événements de vie ultérieurs. Certains pays ont pris conscience de l'importance de ces nouvelles connaissances pour modifier leur politique de prévention et de protection de la jeunesse par exemple le Canada. En France les services de protection de l'enfance sont encore majoritairement imprégnés de la nécessité de maintenir les liens biologiques entre parents et enfants quand bien même la souffrance psychique des enfants atteste de l'inadaptation de ces derniers à leurs besoins développementaux et vitaux. Certains enfants vont en effet garder des distorsions relationnelles précoces et des séquelles cognitives et affectives définitives⁴⁴.

Le trouble de l'attachement se caractérise donc par une incapacité à établir un lien sélectif avec une figure d'attachement dans la petite enfance. Cette problématique touche souvent des enfants qui ont vécu une rupture du lien mère-enfant. Ce trouble entraîne souvent un handicap émotionnel, social, affectif, un manque de confiance en soi, des réponses excessivement inhibées ou hyper vigilantes.

4. LE SYNDROME DE DOOSE⁴⁵

Le Syndrome de Doose ou épilepsie myoclonico-astatique débute en général dans la petite enfance (entre 7 mois et 6 ans), chez un enfant par ailleurs normalement développé pour l'âge. Ce syndrome fait partie des épilepsies généralisées idiopathiques. Une prédominance masculine et une certaine agrégation familiale sont décrites ainsi qu'une photosensibilité. Chez l'enfant le tableau clinique comprend des crises polymorphes dont les crises à caractère myoclonique et astatique typiques : des secousses myocloniques touchant plutôt la musculature axiale ou proximale symétriquement, suivies par des atonies soudaines qui mènent à des chutes. Des crises tonico-cloniques généralisées peuvent également survenir. L'évolution comitiale est favorable chez un grand nombre de patients au bout de quelques années. Les crises disparaissent chez plus de 70% des patients.

L'évolution neuropsychologique est souvent marquée par des troubles phasiques et une dysarthrie. Parfois on retrouve des troubles visuo-spatiaux et des troubles du comportement à type d'irritabilité. Chez les patients avec une évolution comitiale favorable les déficits cognitifs constatés ont tendance à s'améliorer mais parfois on constate malgré l'arrêt des crises comitiales un syndrome déficitaire attentionnel avec hyperactivité pouvant persister jusqu'à l'adolescence. Chez d'autres patients les performances cognitives restent altérées à long terme. Autour de 40% des patients pourront présenter un retard mental modéré à léger.

D. PRESENTATION DU PROTOCOLE

1. INTRODUCTION, MATERIEL ET METHODES

L'activité poney à visée thérapeutique est utilisée en complément de soins réalisés en hospitalisation de jour au CPN. Elle est incluse dans le programme thérapeutique établi pour chaque enfant dans le cadre d'un projet de soins personnalisés. L'objectif est d'appliquer les principes et les techniques thérapeutiques développés pour les troubles du développement de l'enfant dans un cadre extra-hospitalier, une ambiance apaisante et ludique, et avec l'aide du poney comme médiateur.

Pour ce faire nous avons suivi quatre enfants souffrant de pathologies diverses. Le suivi s'est effectué sur une année scolaire, de septembre 2012 à juin 2013. Les enfants sont répartis en deux groupes, le premier groupe se rend au poney tous les lundis à partir de septembre et jusqu'aux vacances scolaires. Le second groupe prend le relais après les vacances scolaires.

Les groupes alternent donc après chaque période de vacances scolaires. Deux enfants par groupe ont été suivis au cours de cette étude, soit quatre enfants au total.

Une grille d'observation a été établie à partir des données de la littérature et à partir d'autres grilles d'observation⁴⁶ retrouvées dans des protocoles d'observation. Le but étant de pouvoir quantifier l'évolution au fil des séances. Cette grille a été remplie de façon régulière par nos soins. Par ailleurs à chaque séance un « résumé » de la séance a été réalisé par l'équithérapeute en présence des enfants (temps de parole).

L'ensemble de ces résultats a ensuite été analysé.

2. L'HOPITAL : CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY (CPN)

Le CPN a pour mission la prise en charge des troubles en santé mentale. L'établissement a une zone d'action dédiée sur le territoire de la Meurthe et Moselle Sud où il met à disposition de la population, des services et équipements de prévention, diagnostic, de soin et de suivi pour adultes, adolescents et enfants.

Le site principal est situé sur la commune de Laxou, Les services dispensent leurs activités à l'intérieur de l'établissement, mais aussi sur l'ensemble des structures externes implantées sur le territoire dévolu. Les personnes qui s'adressent aujourd'hui au CPN sont ainsi susceptibles de bénéficier de prises en charge médicales diversifiées et adaptées, au plus proche de leur domicile.

Selon le principe de la "sectorisation", chaque département français est découpé en secteurs géo-démographiques. Toute personne nécessitant des soins psychiatriques sera prise en charge par le secteur dont elle dépend en fonction de l'adresse de son domicile.

La Meurthe et Moselle compte à ce jour 9 secteurs de psychiatrie adulte (ou de psychiatrie générale) et 4 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ou psychiatrie infanto-juvénile).

Le Centre Psychothérapique de Nancy a la responsabilité de 5 secteurs de psychiatrie adulte et de 3 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Dans le cadre de notre étude, les quatre jeunes patients sont suivis dans la structure E.S.P.A.C.E du Pôle Infanto-juvénile (Espace de Soins Psychiatriques Adaptés Centrés sur l'Enfant). Il est situé dans l'enceinte du CPN à Laxou.

Cette Unité de vingt places accueille des enfants de 2 ans et demi à 10 ans présentant des pathologies du comportement et/ou de la personnalité entravant leur socialisation.

E.S.P.A.C.E⁴⁷ propose une unité de tout petits « La Petite Ourse » accueillant les enfants de 2 ans et demi à 5 ans et une unité de moyens-grands « La Grande Ourse » accueillant les enfants de 5 à 10 ans répartis en groupes A et B en fonction de l'âge et/ou de la pathologie.

Les horaires d'accueil des enfants sont 9h00 à 16h15 du lundi au vendredi.

Les enfants sont suivis sur indication médicale et les prises en charge sont réalisées par une équipe pluridisciplinaire.

Les prises en charge peuvent être individuelles ou en groupe. L'encadrement des enfants est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de deux médecins, d'un cadre de santé, d'infirmiers diplômés d'état, d'éducateurs spécialisés, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de psychologues dont une psychologue équithérapeute.

Un temps de scolarité est proposé par des enseignants spécialisés de l'éducation nationale au nombre de deux.

Un projet de soins est élaboré avec les parents ou les titulaires de l'autorité parentale au cours des entretiens médicaux.

Chaque enfant a un emploi du temps personnel établi par le médecin et l'équipe de l'unité, ce qui peut l'amener à venir tous les jours de la semaine ou à temps partiel.

Les prises en charge proposées sont regroupées sous forme d'ateliers thérapeutiques, de rééducations psychomotrices et du langage, de suivis psychologiques. Différents supports sont utilisés : le poney (sujet de notre étude), l'eau, la peinture, la terre...

L'emploi du temps n'est établi qu'après un bilan de chaque enfant par les différents intervenants.

Des entretiens avec le médecin, l'équipe soignante et la famille sont régulièrement organisés.

Une réunion hebdomadaire est prévue pour chaque groupe sans les enfants, regroupant l'ensemble des spécialistes et partenaires.

Les écoles sont rencontrées régulièrement dans le cadre d'ESS (Equipe de Suivi de Scolarisation), mises en place pour chaque enfant scolarisé pendant sa prise en charge en hospitalisation de jour.

Par ailleurs des visites à domicile peuvent être organisées.

Les transports sont pris en charge par la Sécurité Sociale. Ils peuvent être effectués par les parents si ces derniers le souhaitent.

Du point de vue structurel l'unité bénéficie de salles d'activités thérapeutiques, d'un atelier bricolage, d'une salle multi-sensorielle en cours de réalisation, d'une salle de musique, d'une salle de sport, d'une salle de psychomotricité, de cuisines, d'un grand jardin.

Les supports utilisés sont divers : sport, cuisine, piscine, bricolage, sorties extérieures : médiathèque, ludothèque, musique, théâtre, dessin, peinture, poneys...

3. LE PONEY CLUB

Le Centre équestre se trouve à 9 km du Centre Psychothérapique de Nancy Laxou (CPN). C'est un Centre équestre « classique », où se déroulent des reprises préparant à tous les niveaux, où se mêlent toutes les disciplines : dressage, saut d'obstacles, balades en forêt, concours divers...

Il regroupe aussi bien des cavaliers de club que des propriétaires.

Il compte une quarantaine de chevaux et poneys, répartis dans des box au sein de l'écurie. Il dispose d'un manège, d'une carrière, d'un club house. Par ailleurs il se situe au cœur de la Forêt de Haye, permettant selon les séances des balades à poneys en forêt.

Les poneys bénéficient d'une allée particulière permettant une sécurité maximum pour les jeunes cavaliers. Pour les séances de poney à visée thérapeutique ils sont « choisis » selon leur caractère et leur nature afin de limiter au maximum les risques potentiels encourus par les enfants au cours des séances.

Les séances d'équithérapie se déroulent au sein du centre équestre sur un temps défini : tous les lundis matin dans le cas des quatre jeunes patients suivis, tout au long de l'année scolaire et en dehors des périodes de vacances. Elles sont orchestrées par une Psychologue équithérapeute et un psychomotricien qui dirigent la séance et attribuent les poneys, assistés d'un nombre variable de personnel qualifié selon le nombre d'enfants présents (éducateurs spécialisés, infirmiers, stagiaires psychologues...).

Une convention est signée entre le CPN et le Centre équestre.

4. LES ENFANTS

L'indication des séances de poney à visée thérapeutique est médicale. Elle est décidée en concertation pluridisciplinaire avec tous les intervenants de la structure.

Les quatre jeunes patients sont suivis en hospitalisation de jour dans l'unité « Grande Ourse ».

Ils sont âgés de 6 à 8 ans.

Ils présentent des troubles du comportement à type de troubles envahissants du développement, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, troubles de l'attachement, retards, syndrome dépressif...

Ils sont répartis en deux groupes différents pour les séances de poney à visée thérapeutique.

5. DEROULEMENT D'UNE SEANCE AU PONEY CLUB

Déroulement d'une séance de poney à visée thérapeutique :

Les séances se déroulent tous les lundis matin en dehors des périodes de vacances scolaires, et en dehors des jours où les conditions climatiques extrêmes ne le permettent pas (verglas, neige abondante).

Quatre enfants appartenant à deux groupes différents ont donc été suivis. Le premier groupe a débuté à la rentrée de septembre jusqu'aux premières vacances scolaires, le second groupe a débuté après la première période de vacances scolaires. Le premier groupe est revenu après la deuxième période de vacances scolaires et ainsi de suite jusqu'à la période des grandes vacances.

Organisation de la séance :

Avant l'arrivée des enfants au poney club, l'équithérapeute et le psychomotricien commencent à préparer les poneys. Ils les lâchent dans le manège afin qu'ils puissent se défouler avant l'arrivée des enfants puis les brossent et curent les pieds des poneys. Ils préparent également le matériel afin de seller les poneys.

Les enfants arrivent entre 9h30 et 9h45 accompagnés par leurs éducateurs et infirmiers. Ils viennent en minibus depuis le CPN situé à environ 9 km.

Ils descendent du minibus puis se dirigent vers la sellerie afin de choisir leur bombe. Il est déjà à cet instant intéressant d'observer leur attitude et leur comportement à l'arrivée aux écuries. Cela fournit déjà des informations à prendre en compte dans « l'analyse » de la séance.

Un poney est installé dans l'aire de pansage afin que les enfants puissent le panser. Le matériel est mis à disposition à proximité du poney. C'est un temps primordial de la séance de poney à visée thérapeutique. Lors des premières séances des explications sont données aux enfants sur la façon de procéder afin de panser le poney, l'ordre et l'intérêt de l'utilisation des différentes brosses. Là encore l'observation de l'enfant au cours du pansage va fournir des informations de taille à l'équithérapeute (l'entrain de l'enfant au cours du

pansage, le contact recherché ou non de l'enfant à la douceur et à la chaleur du poney, l'approche des différentes parties du poney, la nécessité ou non d'une guidance pour le pansage). Nous détaillerons cela dans la partie explicative de la grille d'observation.

Une fois le poney brossé, les enfants participent à la mise en place du tapis et de la selle. Ils sont mis à contribution pour apporter le matériel. Là encore c'est un temps d'observation primordial.

Les autres poneys ont préalablement été sellés et bridés.

Dès que tous les poneys sont prêts, vient le temps pour les enfants de conduire leur monture au manège ou devant les écuries si une sortie en forêt est décidée.

Au fur et à mesure des séances les enfants participent, avec une aide plus ou moins importante de l'adulte, à la conduite du poney en main en direction du manège. Leur comportement donne là encore de nombreuses informations à l'équithérapeute qui les observe.

Avant leur entrée dans le manège, celui-ci a été préalablement aménagé avec le matériel nécessaire aux jeux qui seront effectués au cours de la séance de poney à visée thérapeutique.

Une fois dans le manège, l'enfant conduit son poney en main au pas, puis se dirige vers le centre du manège, où il s'arrête. Là, avec l'aide plus ou moins importante d'un adulte et après vérification du sanglage du poney et du bon positionnement du harnachement par l'équithérapeute (afin de sécuriser au mieux la séance et de ne pas blesser le poney), l'enfant monte à poney.

Une fois à poney, l'enfant est amené à se détendre au maximum, raison pour laquelle les étriers ne sont pas chaussés, afin de permettre un relâchement maximum du tronc et des membres.

La séance se poursuit par le déplacement à volonté au pas du poney et de son jeune cavalier, accompagné d'un adulte, intervenant avec l'enfant et son poney de façon variable.

Puis une fois un certain degré de confiance installé au pas, les différents jeux peuvent débuter (ils seront détaillés dans les différentes séances).

Selon les séances un temps de trot peut être proposé aux enfants.

A la fin de la séance, l'enfant conduit son poney au centre du manège puis descend sous la surveillance d'un adulte.

Il conduit en main son poney du manège à son box. Les poneys sont ensuite libérés de leur harnachement par les adultes.

Pour récompenser leurs poneys, les enfants leur apportent du pain dur en fin de séance.

Puis un temps de parole entre l'équithérapeute et les enfants permet de faire le point sur la séance. Ils obtiennent selon leur comportement, en récompense de leur séance, une image qu'ils choisissent.

La séance dans son ensemble dure en moyenne une heure. Les enfants repartent avec leurs accompagnateurs après avoir préalablement déposé leur bombe dans la sellerie.

6. DIFFERENTS PROTOCOLES D'OBSERVATION DANS LA LITTERATURE

Compte tenu du déroulement d'une séance de poney à visée thérapeutique, après réflexion et recherches bibliographiques une grille d'observation a été élaborée afin d'évaluer quantitativement les progrès réalisés par les enfants au cours des séances.

Très peu d'éléments sont retrouvés dans la littérature afin de permettre une évaluation quantitative du retentissement bénéfique du poney à visée thérapeutique sur le bien-être de l'enfant.

Le bien-être est en effet difficilement quantifiable, et quand bien même une quantification serait possible, celle-ci est difficilement reproductible d'un individu à l'autre.

Une étude publiée en mai 2012 dans le journal A.N.A.E (Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant) tente de réaliser un état des lieux de la médiation équine en psychiatrie infanto-juvénile. Bien que les dispositifs de médiation équine soient de plus en plus nombreux et médiatisés, ils ne font l'objet que de peu de recherches rigoureuses. Cette étude tente en premier lieu de faire le point sur les dispositifs existants, et parallèlement d'évaluer la pertinence de la médiation équine à visée thérapeutique.

Les propriétés bénéfiques accordées au cheval datent de l'antiquité, mais les premiers essais documentés d'utilisation du cheval en tant « qu'outil thérapeutique » ne sont que récents. En 1973 De Lubersac et Lallery publient sur les bénéfices psychomoteurs de la rééducation par l'équitation.

Plus récemment en 2009 A Lorin de Reure publie un cas clinique détaillé s'intéressant aux échanges corporels et psychiques infra-verbaux mis en jeu dans les interactions entre enfants autistes et poneys. Elle conclue à une amélioration des capacités d'expressions relationnelles et émotionnelles et à une amélioration de la communication non verbale chez les enfants autistes bénéficiant de la thérapie avec le poney. Il semblerait par ailleurs exister une forme de communication primitive entre l'enfant et le poney passant par ce que l'éthologie équine appelle la sensibilité cénesthésique que le poney et l'enfant autiste partageraient peut-être plus particulièrement³⁰.

En 2010 une autre étude publiée par Hameury et al. s'intéresse aux effets de l'équithérapie sur l'autisme dans le cadre d'une pratique d'une heure toutes les deux semaines. L'évaluation a été effectuée à l'aide de l'échelle d'évaluation des comportements autistiques ECA de Lelord et Barthelemy (1989) et de la grille d'évaluation fonctionnelle des comportements (EFC, Barthelemy et al. 1995). Des bénéfices ont été démontrés avec une amélioration significative des scores globaux à l'EFC et à l'ECA. Cependant on ne peut négliger le fait que la prise en charge de ces enfants reste globale et que d'autres prises en charge différentes de celle du poney sont menées en parallèle, d'où une amélioration significative des résultats probablement liée à une prise en charge pluridisciplinaire et non liée uniquement à la médiation thérapeutique par le poney²⁹.

Les méthodologies de ces différentes études sont représentatives de ce qui se fait en matière de recherche sur les thérapies médiatisées avec le cheval, c'est-à-dire un intérêt majoritaire pour leurs effets dans la prise en charge d'enfants autistes, avec des protocoles ne portant que sur de petits échantillons. La difficulté réside donc dans l'extension des recherches à d'autres pathologies pédopsychiatriques, posant le problème d'évaluation et de quantification des données. Très peu d'études se sont penchées sur la question. Elles se résument très souvent à l'étude d'un cas clinique isolé.

Dans leur étude de mai 2012, Ansorge et Sudres²⁶ ont interrogé 600 établissements à orientation psychiatrique. Seuls 103 ont répondu à leur questionnaire d'évaluation. La répartition semble homogène sur l'hexagone. L'approche ne semble pas être récente, la progression est constante depuis les années 1980, ce qui correspond au développement des autres thérapies médiatisées.

Par ailleurs dans le même temps ils se sont intéressés à 23 enfants dont 19 garçons et 4 filles âgés de 7 à 12 ans, accueillis en hospitalisation de jour en Midi-Pyrénées et présentant divers troubles : 12 enfants présentaient des TED, dont 6 avec un autisme, 2 avec un Syndrome d'Asperger, 1 enfant avec un autisme associé au syndrome de l'X fragile, 1 enfant avec un autisme associé à une épilepsie et 2 enfants avec un TED non spécifié. Les autres souffraient de :

- Traits autistiques associés à des troubles du comportement (1 enfant)
- Syndrome de Lennox Gastaut (1 enfant)
- Troubles de l'attachement avec désinhibition (2 enfants)
- Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels (2 enfants)
- Troubles oppositionnels avec provocation (1 enfant)
- Troubles émotionnels de l'enfance (1 enfant)
- Troubles obsessionnels compulsifs (1 enfant)
- Troubles de la personnalité (1 enfant)
- Déficience intellectuelle légère (1 enfant)

Ces enfants étaient accueillis en hospitalisation de jour et bénéficiaient d'une prise en charge pluridisciplinaire. Ils ont tous participé à une activité poney une fois par semaine sur une durée d'environ 2 heures tout au long de l'année scolaire sur 1 an pour 12 d'entre eux, 2 ans pour 10 d'entre eux et 3 ans pour un d'entre eux.

Des questionnaires ont été remplis à chaque séance reposant sur neuf dimensions principales : Autonomie, Développement moteur, Expression, Compréhension, Espace et temps, Initiative et persévérance, Responsabilité, Socialisation, Comportement.

L'ensemble des résultats montre un bénéfice obtenu notamment dans les troubles émotionnels, les troubles psychomoteurs, et les difficultés de socialisation qui paraissent être des indications à privilégier.

La richesse des stimulations sensorielles ainsi que le travail effectué sur le poney en terme de repérage spatial et de mobilisation du corps dans son ensemble sont certainement de bons outils pour aider ces enfants à progresser au niveau psychomoteur.

Compte tenu de ces travaux une grille d'observation a donc été réalisée afin d'objectiver quantitativement l'évolution des quatre jeunes patients suivis pendant les séances de poney à visée thérapeutique.

7. DESCRIPTION ET EXPLICATIONS DE LA GRILLE AYANT SERVI A L'OBSERVATION DES QUATRE JEUNES PATIENTS

Cette grille a été établie après une première séance d'observation avant les vacances scolaires 2012. Elle se base sur deux dimensions principales : la communication verbale et émotionnelle et la communication par les praxies et la gestuelle.

En effet les troubles de la communication, qu'ils soient verbaux ou non verbaux sont l'un des critères diagnostiques de l'autisme et des troubles envahissants du développement.

Après avis auprès des statisticiens les points sont attribués de zéro à quatre selon les questions, le total pouvant aller de zéro à cinquante-deux. Le but étant d'obtenir un score le plus élevé possible, montrant une adaptation à l'activité et un bénéfice du poney à visée thérapeutique.

La partie communication verbale et émotionnelle est composée de six questions principales : elles sont orientées sur la communication verbale et les réactions émotionnelles.

1	<i>L'arrivée à l'écurie</i>	
	L'enfant est indifférent	0
	L'enfant est sur la réserve/effrayé	1
	L'enfant va vers les poneys	2
	L'enfant va vers le poney avec entrain et le salue	3

2	<i>Le prénom du poney</i>	
Au fil des séances les enfants peuvent connaître les différents poneys selon l'attention et l'attachement qu'ils y portent		
	Ne connaît pas son prénom	0
	Connaît son prénom	1
	Connaît son prénom et reconnaît son poney	2

3	<i>Communication pendant la séance</i>	
	Indifférent, ne réagit pas à ce qui est proposé	0
	Ne suit pas les exercices proposés	1
	Essaie de suivre les exercices mais semble effrayé, sur la réserve	2
	Suit les exercices proposés	3
	Est motivé, demandeur	4

4	<i>Réactions émotionnelles au cours de la séance, communication infra-verbale</i>	
	Mimique de plainte	0
	Pleure	1
	Crie	2
	Parle, rit, émotions « adaptées »	3

5	<i>Communication et réactions émotionnelles à poney</i>	
	Effrayé, ne parle pas à son poney	0
	Est plus à l'aise mais n'établit pas de communication avec son poney	1
	Est à l'aise, en confiance, parle à son poney avec guidance, si l'adulte lui propose	2
	Est à l'aise, parle spontanément à son poney, le remercie	3

6	Comportement et réaction principale au cours de la séance	
	Indifférence dominante	0
	Peur dominante	1
	Joie, sourire, contentement	2
	Emotions positives et comportement adapté, à l'aise	3

Ces six items orientés sur la communication autour de la séance de poney à visée thérapeutique ne sont pas exhaustifs mais sont facilement reproductibles d'une séance à l'autre. Ils sont par ailleurs repérables aisément et permettent de dresser un état des lieux simple des « réactions de communication » verbales et émotionnelles (la communication gestuelle étant étudiée dans la deuxième partie de la grille d'observation).

La partie Praxies et Gestuelle est composée de huit questions principales.

1	Contact physique avec le poney	
	Le contact physique avec le poney est un élément très intéressant à observer, en effet le poney possède un pelage doux, chaud, rassurant. L'intérêt que l'enfant y porte est donc un élément utile à prendre en compte.	
	Ne touche pas le poney	0
	Touche peu le poney	1
	Touche volontiers le poney	2

2	Observation des enfants au cours du pansage du poney	
	Utilisation des brosses :	
	Ne touche pas le poney	0
	Touche peu le poney	1
	Pansage du poney :	
	Refuse de brosser	0
	Brosse avec guidance	1
	Brosse seul	2
	Brosse toutes les parties du poney	3
	Apprentissage du matériel	
	Ne distingue pas les différentes brosses	0
	Distingue les différentes brosses	1

3	<i>Participation à la préparation du poney</i>	
	Ne va pas chercher les affaires nécessaires à la préparation (tapis, amortisseur, selle, filet)	0
	Va chercher les affaires avec guidance si on lui propose	1
	Prend l'initiative sans que l'adulte ne lui demande	2

4	<i>Installation du tapis et/ou de la selle sur le poney</i>	
	Ne selle pas	0
	Selle avec guidance	1
	Prend l'initiative sans que l'adulte ne lui demande	2

5	<i>Recherche du contact physique au cours du pansage</i>	
	A peur	0
	Ne recherche pas le contact	1
	Cherche le contact avec le poney	2

6	<i>Orientation dans l'espace, diriger le poney en main au pas</i>	
	Ne tient pas les rênes pour diriger le poney	0
	Tient les rênes mais n'essaie pas de diriger le poney	1
	Essaie de diriger l'animal	2
	Dirige correctement l'animal seul	3

7	<i>Au moment de monter à poney</i>	
Tient le poney en main avant de monter		
	Tient les rênes de façon non adaptée	0
	Ne tient pas les rênes	1
	Tient les rênes correctement	2
Utilisation des bras pour monter		
	Ne s'aide pas de ses bras (doit être porté par l'adulte)	0
	S'aide de ses bras	1

Aisance globale pour monter	
Refuse de monter	0
Nécessite une aide importante	1
Demande de l'aide	2
Aide minime	3
Monte seul	4

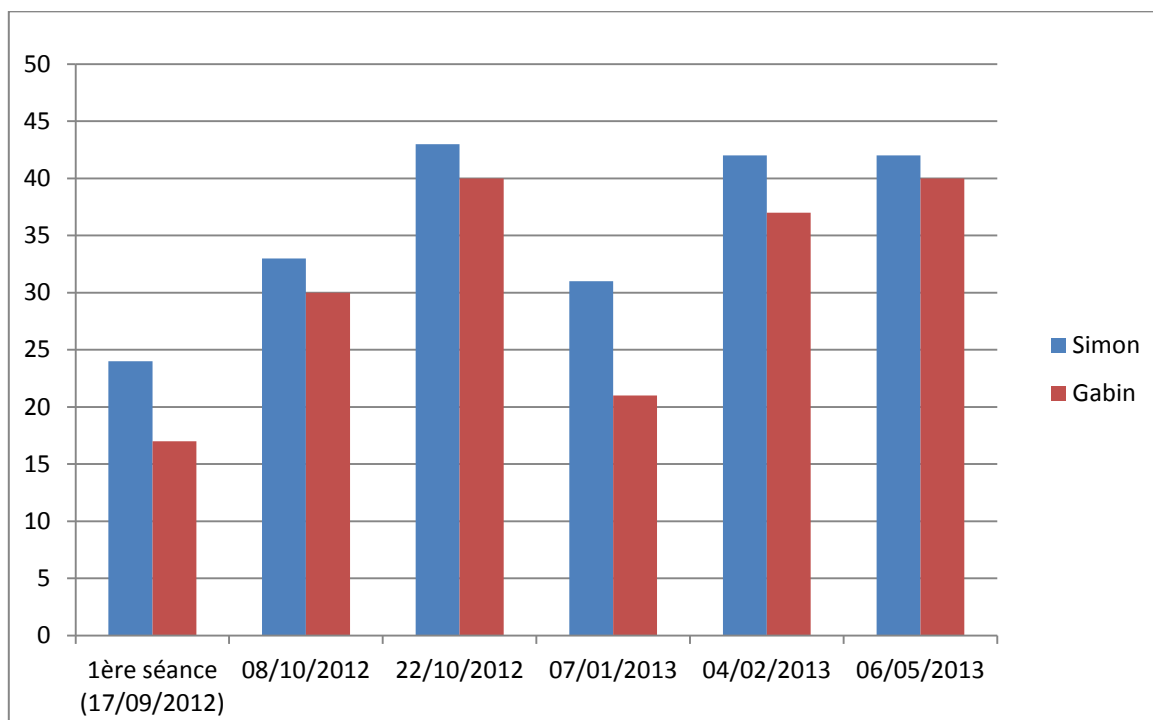
8	<i>A Poney : aisance, décontraction, position (pas et trot)</i>	
Utilisation de la poignée		
	Ne l'utilise pas	0
	Utilisation inadaptée	1
	Utilisation adaptée	2
Utilisation des rênes au pas (notamment au cours des différents jeux dans le manège)		
	Ne les utilise pas	0
	Les utilise avec guidance pour diriger le poney	1
	Les utilise correctement	2
Position des jambes au pas		
	Contractées, remontées	0
	Décontractées	1
Position du dos au pas		
	Pas de tonicité du dos	0
	Bon maintien, tonicité du dos	1
Au trot		
	Refuse de trotter	0
	Trotte si on lui propose	1
	Demande à trotter	2
Position des jambes au trot		
	Contractées, remontées	0
	Décontractées	1
Position du dos au trot		
	Pas de tonicité du dos	0
	Bon maintien, tonicité du dos	1
Exercice : distinguer et connaître les différentes parties du poney (doit faire la distinction entre les parties de son corps et celles du poney)		
	Ne distingue pas les parties du corps	0
	Distingue les parties du corps	1

La grille d'observation a été remplie pour chaque enfant de façon régulière, afin de définir une progression au fil des séances. Pour les autres séances, et comme à toutes séances un résumé est réalisé par l'équithérapeute, en présence de l'enfant pour conclure quant à cette dernière. Ces observations nous permettent donc de compléter l'analyse de chaque enfant en plus de la grille d'observation « quantitative ».

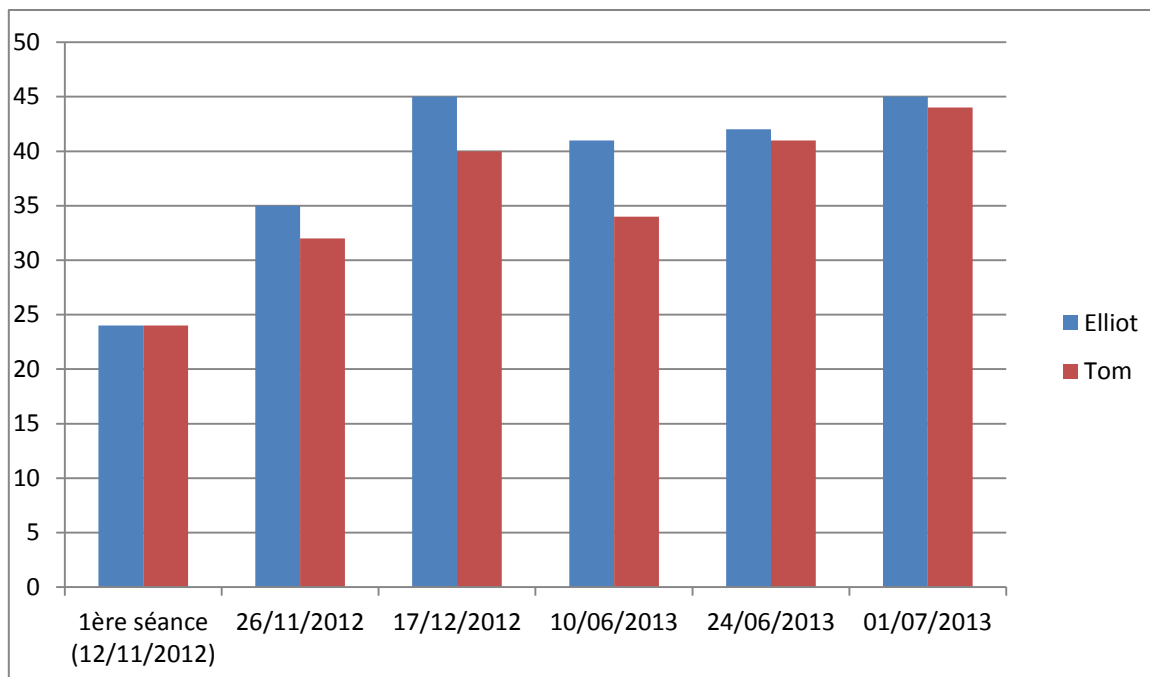
E. ETUDE CLINIQUE, RESULTATS

1. RESULTATS GRAPHIQUES DES SCORES OBTENUS

Présentation des scores obtenus de façon chronologique, au fil des séances, pour les deux groupes d'enfants. En abscisse les dates, en ordonnées le nombre total de points obtenus (score maximal possible : cinquante-deux).



	Simon	Gabin
1 ^{ère} séance 17/09/2012	24	17
08/10/2012	33	30
22/10/2012	43	40
07/01/2013	31	21
04/02/2013	42	37
06/05/2013	42	40



	Elliot	Tom
1 ^{ère} séance 12/11/2012	24	24
26/11/2012	35	32
17/12/2012	45	40
10/06/2013	41	34
24/06/2013	42	41
01/07/2013	45	44

2. DETAILS DES RESULTATS POUR CHAQUE ENFANT

a. SIMON :

- **le 17 septembre 2012** : Première séance de poney à visée thérapeutique.

Simon monte à poney pour la première fois. C'est pour lui l'occasion de découvrir un nouveau milieu qu'il ne connaît pas.

La séance se déroule de la façon suivante : tout d'abord afin de découvrir les lieux deux lettres ont été cachées préalablement dans l'écurie, les enfants doivent les trouver et

observent les lieux au cours de la recherche. Puis ils observent les poneys en liberté dans le manège. Vient ensuite un jeu de ballon de horse-ball : les enfants doivent lancer tour à tour le ballon de horse-ball dans un seau avec à la clé une enveloppe contenant une image sur le thème du poney.

Puis vient le temps du pansage et de la préparation des poneys afin de partir en balade dans la forêt alentour.

Au cours de la séance Simon a un comportement tout à fait adapté, il observe, est attentif, présent, actif. Il brosse le poney avec intérêt et découvre sa peau, sa forme. Il brosse avec guidance sans trop s'approcher de la queue ni de la tête : il cherche le contact mais reste sur la réserve ce qui montre un comportement tout à fait adapté pour une première approche. Il aide l'adulte à harnacher le poney. Il monte sans appréhension, fait confiance à l'adulte, suit les consignes. Emotionnellement il semble content de tout ce qu'il découvre et teste. La position à poney est correcte au pas, il se détend progressivement après réassurance, mais il se penche en avant au trot, se crispe (« appréhension de la première fois », engendrant un réflexe d'antéflexion du tronc tout à fait « normal »)

Grille d'observation remplie.

-le 24 septembre 2012 : jeux dans le manège et sortie en extérieur en fin de séance.

Arrivée à l'écurie : très souriant, content d'être là. Très disponible, attentif, intéressé. Tendance à faire les choses spontanément.

Sur le poney : posture adaptée, moins « crispé » vers l'avant. Il est très demandeur, curieux, attentif aux consignes, concentré. Réussit les exercices proposés sans problème.

-le 1^{er} octobre 2012 :

Arrivée à l'écurie : mauvaise humeur, bougon. Passif, « résistant », brosse le poney après stimulation.

Monte sur le poney sans problème. S'apaise. Se détend progressivement, s'exprime, partage ses ressentis. Au deux tiers de la séance dit spontanément « je ne voulais pas venir aujourd'hui mais je suis content d'être là ».

Trotte avec plaisir, antéflexion du tronc persistante mais moindre. Assimile et traduit corporellement les choses qu'il vit, début difficile, détente progressive

-le 8 octobre 2012 : balade en forêt.

Arrivée à l'écurie : plus détendu. Apporte un dessin à la psychologue/équithérapeute suite à sa demande (un poney et un cavalier dans un cœur, ce qui reflète son intérêt pour le poney).

Brosse volontiers le poney, avec plaisir. Avenant et souriant par rapport au poney.

A poney : discute beaucoup, demande à être rassuré. Bonne posture, plus décontracté, adapté. Trotte avec plaisir.

Grille d'observation remplie.

-le 15 octobre 2012 :

Arrivée à l'écurie : toujours un peu de réticence au départ mais attirance vers l'animal.

Il observe, imite, brosse volontiers le poney.

Se détend progressivement, apprécie que l'on discute avec lui et que l'on s'occupe de lui.

A poney : bonne posture, se détend, adapté à la situation. Trotte avec plaisir. Souriant.

-le 22 octobre 2012 : jeux dans le manège et promenade en fin de séance

Brosse très correctement le poney. Pose de nombreuses questions, s'intéresse à l'environnement, aux autres poneys et chevaux. Attentif et doux envers l'animal. Recherche le contact physique avec le poney.

A poney : très dispersé en début de séance, logorrhéique, saute du « coq à l'âne ». Puis se recentre, et s'adapte notamment au trot. Très bonne posture. Adapté, réussit les exercices balle et plots.

Grille d'observation remplie.

-le 7 janvier 2013 : deuxième cycle, reprise du poney après les vacances scolaires

Simon a pris de la maturité pendant les vacances

Arrivée à l'écurie : disponible et souriant.

Très attentif au poney, recherche le contact. Très adapté au cours du pansage. Aide à harnacher le poney.

Attentif aux autres enfants, propose spontanément d'échanger son poney avec une autre enfant alors qu'il apprécie énormément ce dernier.

A poney : adapté, disponible, suit les consignes, apaisé, disponible à la discussion et au travail.

Grille d'observation remplie.

-le 29 janvier 2013 : balade en forêt enneigée.

Géné par un de ses camarades du groupe. Il est silencieux à l'arrivée et a besoin de l'adulte pour se situer et pouvoir investir ce travail avec l'animal qu'il apprécie.

Brosse le poney avec plaisir, lui parle.

Monte volontiers, bonne posture. Parle facilement sur le poney, notamment des animaux de la forêt et du dahu qui lui fait peur.

-le 4 février 2013 : jeux à poney dans le manège (slalom, barres au sol, 1/2/3 soleil, marcher en étant à l'envers sur le poney, jeu de ballon)

Arrivée à l'écurie : disponible et souriant

Brosse le poney avec plaisir, de façon adaptée.

A poney : un peu dissipé au début puis s'adapte, fait les exercices correctement et avec plaisir, se concentre. A du mal à tenir les rênes correctement. Trotte avec plaisir, très demandeur.

Essaie de slalomer sans qu'on le tienne (difficulté de l'exercice car nécessite une coordination psychomotrice importante)

Content de lui, motivé, agréable et adapté.

-le 18 février 2013 : jeux à poney dans le manège

Expressif et en quête d'attention à l'écurie.

Brosse volontiers le poney, attentif et expressif. Le mène en main sans problème.

Monte volontiers, réussit tous les exercices avec plaisir. Puis est agacé lorsqu'il perd un jeu et accuse les autres de tricher. Fin difficile à l'écurie, s'énerve.

-le 7 avril 2013 : Participation au Rotary Handi Classic 2013 (Séance de poney games organisée avec les jeunes cavaliers du poney club et les enfants du CPN)

Très disponible au cours de la séance, bonne adaptation à la situation de jeu avec les enfants du poney club. Quelques moments d'instabilité lors des changements de poney ou lors de l'attente des goûters et des cadeaux mais globalement très adapté et à l'écoute. Fier de montrer sa réussite à sa maman.

-6 mai 2013 :

Disponible et souriant, bonne séance.

Grille d'observation remplie

-le 13 mai 2013 : promenade en forêt, travail équilibre et dénivelés

-le 27 mai 2013 : promenade en forêt

Bonne séance.

Résultats détaillés de la grille d'observation de Simon

Communication verbale et réactions émotionnelles :

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Arrivée à l'écurie	2	2	3	2	2	2
Prénom du poney	0	2	2	0	2	2
Communication pendant la séance	3	3	4	3	4	4
Réactions émotionnelles pendant la séance, communication infra-verbale	3	3	3	3	3	3
Communication et réactions émotionnelles à poney	2	2	2	1	2	2
Comportement et réaction principale pendant la séance	1	2	3	2	3	3
Total	11	14	17	11	16	16

Praxies et Gestuelle :

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Recherche du contact physique avec le poney	2	2	2	2	2	2

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Utilisation des brosses	1	1	1	1	1	1
Pansage du poney	2	3	3	3	3	3
Apprentissage du matériel	0	0	0	0	0	0
Total	3	4	4	4	4	4

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Participation à la préparation du poney	1	1	1	1	1	1

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Installation du tapis +/- selle	0	0	0	1	1	1

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Recherche du contact physique pendant le pansage	2	2	2	2	2	2

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Orientation dans l'espace avec le poney en main	0	2	2	1	2	2

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Monter à poney						
Tenir le poney en main avant de monter	1	1	2	1	1	1
Utilisation des bras pour monter	0	1	1	0	1	1
Aisance globale pour monter	1	2	3	2	3	3
Total	2	4	6	3	5	5

Aisance, décontraction, position à poney	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Utilisation de la poignée	2	2	2	2	2	2
Utilisation des rênes au pas	0	0	1	0	1	1
Position des jambes au pas	0	0	1	1	1	1
Position du dos au pas	0	0	1	1	1	1
Trot	1	1	2	0	2	2
Position des jambes au trot	0	0	0	0	0	0
Position du dos au trot	0	0	1	1	1	1
Distinguer les différentes parties du corps du poney	0	1	1	1	1	1
Total	3	4	9	6	9	9
TOTAL	24	33	43	31	42	42

b. GABIN

-le 17 septembre 2012 : 1^{ère} séance de l'année (a débuté le poney à visée thérapeutique l'année précédente).

La séance se déroule de la façon suivante : tout d'abord afin de découvrir les lieux deux lettres ont été cachées préalablement dans l'écurie, les enfants doivent les trouver et observent les lieux au cours de la recherche. Puis ils observent les poneys en liberté dans le manège. Vient ensuite un jeu de ballon de horse ball : les enfants doivent lancer tour à tour le ballon de horse ball dans un seau avec à la clé une enveloppe contenant une image sur le thème du poney.

Puis vient le temps du pansage et de la préparation des poneys afin de partir en balade dans la forêt alentour.

Gabin est très silencieux à l'arrivée, sur la réserve. Il observe beaucoup les autres, les suit, « marmonne » parfois. Il fait le tour de l'écurie, répète beaucoup ce que disent les autres.

Retrait adapté : nouveau groupe temps d'adaptation.

Lors du pansage du poney, Gabin est un peu en retrait, à l'écart du groupe, et n'essaie de brosser qu'après insistance de l'adulte. Il effleure à peine le poney. Quelques appréhensions.

A poney : monte volontiers avec l'aide de l'adulte. Se détend progressivement. Posture assez adaptée. Parle beaucoup à poney.

Monte Caliméro.

Grille d'observation remplie.

-le 24 septembre 2012 : jeux dans le manège et sortie en extérieur en fin de séance.

A l'arrivée à l'écurie : silencieux, peu d'entrain.

Peu actif au cours du pansage, brosse peu et lentement le poney, à la demande de l'adulte.

A poney, plus à l'aise, recherche la compétition, veut arriver le premier puis comprend qu'il n'y a pas de course. Réussit les exercices. Posture correcte.

-le 1^{er} octobre 2012 : absent lors de cette séance.

-le 8 octobre 2012 : balade en forêt

A l'arrivée à l'écurie : plutôt motivé.

Attitude plus adaptée, se souvient du schéma corporel du poney expliqué le 24 septembre. Disponible et à l'écoute. Répète ce qu'on lui dit.

Brosse le poney avec guidance, un peu plus à l'aise, cherche un peu plus le contact, plus ouvert, plus souriant.

Monte Okapi. Ne se souvient plus du prénom du poney qu'il montait à la dernière séance (Caliméro). Bonne posture au pas. A trotté (contracté, crispé mais demande à poursuivre). Discours logorrhéique à poney, « saute du coq à l'âne ». Difficultés à se centrer sur les activités proposées.

Remercie son poney à la fin de la séance après stimulation de l'adulte, lui parle avec guidance.

Grille d'observation remplie.

-le 15 octobre 2012 :

A l'arrivée, plutôt à l'aise et souriant.

Participe plus activement au pansage.

Monte avec plaisir, très bonne séance

-le 22 octobre 2012 : jeux dans le manège et promenade en fin de séance

Arrivée à l'écurie de mauvaise humeur, « fait la tête », « boudeur ». Se détend progressivement au fil de la séance.

Caresse beaucoup le poney, recherche énormément le contact, et se détend progressivement. Brosse avec guidance.

Monte volontiers, assez silencieux au début puis progressivement souriant et disponible notamment en balade. Suit les exercices. Souriant détendu en fin de travail dans le manège, plus adapté et expressif dehors.

Grille d'observation remplie.

-le 7 janvier 2013 : deuxième cycle, reprise du poney après les vacances scolaires

Retour difficile après quinze jours de vacances.

Arrivée à l'écurie : suit le groupe, assez fermé, rigide, sérieux. Parle peu, particulièrement silencieux ce jour. Semble souhaiter conserver le contrôle des événements qu'il livre.

Brosse le poney, demande s'il peut prendre une brosse

Monte Tornado, ne se souvient pas de son prénom. Assez fermé en début de séance, se détend peu à peu et demande à trotter.

Ne remercie pas le poney en fin de séance mais apprécie beaucoup de donner du pain avant de repartir.

Grille d'observation remplie.

-le 29 janvier 2013 : balade en forêt enneigée.

Arrivée à l'écurie : relativement fermé ce jour. Peu bavard.

Brosse lentement et sur demande de l'adulte.

Monte sans problème. Peu expressif corporellement. Posture très en avant. Propos peu en rapport avec le contexte. Peu présent et disponible.

-le 4 février 2013 : : jeux à poney dans le manège (slalom, barres au sol, 1/2/3 soleil, marcher en étant à l'envers sur le poney, jeu de ballon)

Arrivée à l'écurie « C'est une belle journée ! » dit-il.

Brosse doucement le poney. Semble gêné par les bruits du tracteur dans l'écurie. « C'est très bruyant ! » dit-il.

Monte Looping. Peu de motivation mais suit les consignes de façon adaptée et réalise les exercices très correctement. Semble à l'aise sur le poney et se débrouille bien malgré le peu d'entrain qu'il laisse transparaître. Trotte quelques foulées en les comptant jusqu'à 16. Prouve qu'il se sent bien car exercice difficile à coordonner.

Grille d'observation remplie.

-le 18 février 2013 : jeux à poney dans le manège

Arrivée à l'écurie : commente le bruit du souffleur, gêné par l'atmosphère bruyante.

Brosse le poney.

Relativement silencieux à poney, monte volontiers, fait les exercices avec dynamisme mais présence d'un temps de latence avant la compréhension des consignes. Trotte avec plaisir. Apprécie peu de ne pas gagner la course.

-le 7 avril 2013 : Participation au Rotary Handi Classic 2013 (Séance de poney games organisée avec les jeunes cavaliers du poney club et les enfants du CPN)

Disponible la plupart du temps, long à se mettre en route (inhibition, peu de dynamisme). Puis bonne adaptation à la situation de jeux avec les enfants du poney club et du CPN. Semble content des cadeaux.

-le 6 mai 2013 : Balade en forêt.

Arrivée à l'écurie : silencieux, calme.

Prépare le poney sur demande, brosse avec plaisir.

Monte volontiers à poney, bonne stabilité sur l'animal. Ne répond à l'adulte que pour le contredire.

N'apprécie pas de ne pas être le premier à l'arrivée de la promenade.

Grille d'observation remplie.

-le 13 mai 2013 : promenade en forêt, travail équilibre et dénivelés

A l'arrivée : silencieux

Brosse le poney à la demande de l'adulte.

Monte avec plaisir, réalise les consignes mais ne regarde pas l'adulte « en face », jargonne et commente parfois ce qu'il voit, ne tient pas toujours compte de ce qui lui est dit. Position au pas : remonte ses jambes.

Semble apprécier la balade mais n'exprime pas le désir de partager ses ressentis et ses observations.

-le 27 mai 2013 : promenade en forêt

Adapté mais silencieux.

Brosse le poney à la demande de l'adulte.

Monte volontiers à poney, remonte sans cesse ses jambes durant la balade, teste son équilibre ?

Très expressif à poney, mais propos non adaptés à la situation. « Boude » ou se détourne si on le recentre dans la réalité.

Résultats détaillés de la grille d'observation de Gabin :

Communication verbale et réactions émotionnelles :

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Arrivée à l'écurie	0	2	2	0	2	2
Prénom du poney	0	0	1	0	1	1
Communication pendant la séance	2	3	3	0	3	4
Réactions émotionnelles pendant la séance, communication infra-verbale	3	3	3	3	3	3
Communication et réactions émotionnelles à poney	1	2	2	1	2	2
Comportement et réaction principale pendant la séance	2	2	3	1	2	3
Total	8	12	14	5	13	15

Praxies et Gestuelle :

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Recherche du contact physique avec le poney	1	2	2	1	1	2

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Utilisation des brosses	0	1	1	1	1	1
Pansage du poney	2	2	3	2	3	2
Apprentissage du matériel	0	0	0	0	0	0
Total	2	3	4	3	4	3

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Participation à la préparation du poney	0	1	1	0	1	1

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Installation du tapis +/- selle	1	1	1	1	1	1

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Recherche du contact physique pendant le pansage	1	2	2	1	2	2

	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Orientation dans l'espace avec le poney en main	1	2	2	1	2	2

Monter à poney	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Tenir le poney en main avant de monter	0	0	1	1	1	1
Utilisation des bras pour monter	0	0	1	0	1	1
Aisance globale pour monter	1	2	3	1	3	3
Total	1	2	5	2	5	5

Aisance, décontraction, position à poney	17/09/12	08/10/12	22/10/12	07/01/13	04/02/13	06/05/13
Utilisation de la poignée	2	2	2	2	2	2
Utilisation des rênes au pas	0	0	1	0	1	1
Position des jambes au pas	0	0	1	1	1	1
Position du dos au pas	0	1	1	1	1	1
Trot	0	1	1	2	1	1
Position des jambes au trot	0	0	1	0	1	1
Position du dos au trot	0	0	1	0	0	1
Distinguer les différentes parties du corps du poney	0	1	1	1	1	1
Total	2	5	9	7	8	9

TOTAL	17	30	40	21	37	40
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

c. ELLIOT

-le 12 novembre 2012 : 1^{ère} séance, jeux dans le manège

Elliot n'est jamais monté à poney auparavant. C'est pour lui l'occasion de découvrir un nouveau milieu qu'il ne connaît pas.

La séance se déroule de la façon suivante : tout d'abord afin de découvrir les lieux deux lettres ont été cachées préalablement dans l'écurie, les enfants doivent les trouver et observent les lieux au cours de la recherche. Puis ils observent les poneys en liberté dans le manège. Vient ensuite un jeu de ballon de horse ball : les enfants doivent lancer tour à tour le ballon de horse ball dans un seau avec à la clé une enveloppe contenant une image sur le thème du poney.

Puis vient le temps du pansage et d'habillage des poneys afin de pouvoir monter dans le manège. A poney, au pas, les enfants doivent fermer les yeux quelques instants pour ressentir au mieux les mouvements du poney, ils passent au-dessus de barres au sol, slaloment entre des plots, passent sous une barre. Ils trottent sur de courtes distances, accompagnés de l'adulte. Puis ils descendent et aident à ranger le matériel et à rentrer les poneys dans leurs box.

Arrivée à l'écurie : souriant, actif, participatif, heureux, quelques moments d'appréhension mais adaptés à cette situation nouvelle.

Brosse le poney avec intérêt, recherche le contact, doux avec le poney. Un peu effrayé donc adapté puis se détend progressivement.

Monte Moka, à l'écoute et disponible, fait volontiers les exercices proposés. Position crispée, penché en avant. Essaie de trotter, un peu effrayé puis demande à réessayer. Aide à ranger l'ensemble du matériel.

Grille d'observation remplie.

-le 19 novembre 2012 : jeux à poney

Arrivée à l'écurie : souriant, disponible.

Brosse le poney avec plaisir, de façon adaptée, très expressif

A poney : souriant, adapté, participe volontiers aux jeux et exercices. Actif et performant.

-le 26 novembre 2012 : balade en forêt

Arrivée à l'écurie : souriant, content

Brosse le poney avec plaisir.

Monte Moka dont il se souvient. A poney, plus détendu, position plus adaptée. Accepte volontiers de trotter.

Grille d'observation remplie.

-le 3 décembre 2012 : balade sous la neige

Arrivée à l'écurie : souriant, content

Brosse volontiers le poney, avec entrain, recherche le contact et lui parle.

A poney : bonne posture sur l'animal, adapté durant la promenade.

-le 10 décembre 2012 : séance annulée pour raisons climatiques (neige)

-le 17 décembre 2012 : jeux dans le manège (slalom, drapeaux, trot, jeux d'équilibre : moulin, au pas à l'envers, couché sur l'encolure les yeux fermés...)

Arrivée à l'écurie : souriant, content, adapté

Brosse volontiers le poney, recherche le contact, très doux avec lui (respect du poney en tant que personne).

Monte Caliméro. Détendu, disponible, apaisé, très à l'écoute, dans l'attente des consignes, fait tous les exercices proposés avec plaisir y compris se mettre à genoux sur la selle alors que le poney est au pas.

1^{er} essai d'orientation seul avec les rênes nécessitant une coordination motrice non négligeable : se débrouille bien, réussi le slalom au premier essai. Jambes plus détendues, plus stables.

Autonome pour tenir le poney en main et le rentrer.

Grille d'observation remplie.

-le 11 mars 2013 : jeux à poneys dans le manège

Travail sur « l'indépendance des aides », la gestion autonome du poney dans son allure et sa direction.

Avenant, attentif, expressif, joyeux, adapté. En lien avec l'ensemble du groupe, toujours très attentif aux animaux.

Brosse et monte volontiers.

Dirige seul avec plaisir et concentration le poney

-le 18 mars 2013 : promenade en forêt

Arrive souriant comme à son habitude.

Brosse doucement le poney, attentif. Observe beaucoup.

Est très silencieux au cours de la séance, se laisse bercer par le pas du poney, observant la nature. Apaisé, calme, reposé. Bonne posture sur le poney.

- **le 7 avril 2013 :** Participation au Rotary Handi Classic 2013 (Séance de poney games organisée avec les jeunes cavaliers du poney club et les enfants du CPN)

-le 8 avril 2013 : promenade au pas en forêt, travail sur les dénivelés.

Brosse le poney avec plaisir.

A poney : bon travail corporel sur l'animal, adapté lors des différentes séquences, expressif, attentif à ce qui se passe.

-le 15 avril 2013 : promenade en forêt au soleil

Très bonne séance, vient au poney avec plaisir.

Brosse avec entrain le poney.

Attentif, monte de façon adaptée et interactive, bonne posture, à l'écoute des adultes, des consignes et du poney. Trotte volontiers.

-le 10 juin 2013 : balade en forêt

Arrivée à l'écurie : très calme, content de monter à poney.

Brosse volontiers le poney.

Monte Juliette. Assez silencieux au cours de la balade, concentré, attentif, adapté. Plutôt à l'aise d'autant que Juliette est un peu agitée ce jour. Bonne position. Aime beaucoup trotter.

Grille d'observation remplie.

-le 17 juin 2013 : balade en forêt

Arrivée à l'écurie : souriant

Brosse volontiers le poney

Disponible, calme, expressif, attentif à l'animal, adapté. Trotte volontiers. Bonne position. Assez silencieux mais peut commenter ce qu'il voit (environnement, oiseaux...) Détendu, apaisé.

-le 24 juin 2013 : balade en forêt

Arrivée à l'écurie : souriant.

Brosse et aide à habiller le poney avec plaisir.

Monte Juliette. Calme et posé pendant toute la séance, sourit, décontracté, content d'être là, canalisé. Très adapté. Trotte avec plaisir.

Grille d'observation remplie.

-le 1^{er} juillet 2013 :

Arrivée à l'écurie : content, souriant.

Brosse avec plaisir.

Monte Juliette. Demande à trotter. Bonne position. Très adapté et concentré. Souriant, à l'aise. Monte et descend avec très peu d'aide.

Sait que c'est la dernière séance de l'année, dit être très content de revenir l'année prochaine. Fier lorsqu'on lui dit qu'il se débrouille très bien et qu'il a progressé.

Grille d'observation remplie.

Résultats détaillés de la grille d'observation de Elliot :

Communication verbale et réactions émotionnelles :

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Arrivée à l'écurie	1	2	3	3	3	3
Prénom du poney	0	1	2	2	2	2
Communication pendant la séance	2	3	4	3	3	4
Réactions émotionnelles pendant la séance, communication infra-verbale	3	3	3	3	3	3
Communication et réactions émotionnelles à poney	1	2	2	2	2	2
Comportement et réaction principale pendant la séance	2	2	3	3	3	3
Total	9	13	17	16	16	17

Praxies et Gestuelle :

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Recherche du contact physique avec le poney	1	2	2	2	2	2
Utilisation des brosses	1	1	1	1	1	1
Pansage du poney	2	3	3	3	3	3
Apprentissage du matériel	0	0	0	0	0	0
Total	3	4	4	4	4	4

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Participation à la préparation du poney	1	1	1	1	1	1

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Installation du tapis +/- selle	1	1	1	1	1	1

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Recherche du contact physique pendant le pansage	2	2	2	2	2	2

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Orientation dans l'espace avec le poney en main	1	2	3	3	3	3

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Monter à poney						
Tenir le poney en main avant de monter	1	1	2	2	2	2
Utilisation des bras pour monter	0	1	1	0	0	1
Aisance globale pour monter	1	2	3	2	2	3
Total	2	4	6	4	4	6

Aisance, décontraction, position à poney	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Utilisation de la poignée	2	2	2	2	2	2
Utilisation des rênes au pas	0	0	1	0	0	0
Position des jambes au pas	0	1	1	1	1	1
Position du dos au pas	1	1	1	1	1	1
Trot	1	1	1	1	2	2
Position des jambes au trot	0	0	1	1	1	1
Position du dos au trot	0	0	1	1	1	1
Distinguer les différentes parties du corps du poney	0	1	1	1	1	1
Total	4	6	9	8	9	9

TOTAL	24	35	45	41	42	45
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

d. TOM

-le 12 novembre 2012 : 1^{ère} séance, jeux dans le manège

Tom n'est jamais monté à poney auparavant. C'est pour lui l'occasion de découvrir un nouveau milieu qu'il ne connaît pas.

La séance se déroule de la façon suivante : tout d'abord afin de découvrir les lieux deux lettres ont été cachées préalablement dans l'écurie, les enfants doivent les trouver et observent les lieux au cours de la recherche. Puis ils observent les poneys en liberté dans le manège. Vient ensuite un jeu de ballon de horse-ball : les enfants doivent lancer tour à tour le ballon de horse-ball dans un seau avec à la clé une enveloppe contenant une image sur le thème du poney.

Puis vient le temps du pansage et d'habillage des poneys afin de pouvoir monter dans le manège. A poney, au pas, les enfants doivent fermer les yeux quelques instants pour ressentir au mieux les mouvements du poney, ils passent au-dessus de barres au sol, slaloment entre des plots, passent sous une barre. Ils trottent sur de courtes distances, accompagnés de l'adulte. Puis ils descendent et aident à ranger le matériel et à rentrer les poneys dans leurs box.

Arrivée à l'écurie : très content d'être là, mais excitation difficile à canaliser pour lui. Va vers les poneys sans difficulté.

Brosse sans problème le poney : attentif, expressif, présent.

Pendant la séance suit les exercices mais difficultés à respecter le cadre et les consignes.

Grille d'observation remplie.

-le 12 novembre 2012 :

Arrivée à l'écurie : content d'être là.

Brosse sans problème le poney, attentif, expressif, présent. Tom est très content d'être là mais son excitation n'est pas toujours gérable pour lui. Il accepte avec du mal les limites et présente des mouvements pulsionnels importants entre ses « désirs » et les contraintes du site. Au cours de cette séance il ne monte volontairement pas le poney qu'il demande, et le tolère relativement bien. Par ailleurs il est contraint de laisser faire les autres avant lui ce qu'il réussit à gérer.

Bonne posture sur l'animal.

-le 19 novembre 2012 : jeux à poney dans le manège

Content à son arrivée à l'écurie.

Brosse le poney, un peu dispersé, nombreux mouvements, veut « faire », « toucher », « s'éparpille. »

A poney : expressif, adapté. Plus disponible et attentif qu'à pied, suit le mouvement apaisant du pas du poney. Prend du plaisir. Observe ses camarades. A envie d'apprendre et « de faire ».

-le 26 novembre 2012 : promenade en forêt

Colérique et intolérant à la frustration. Supporte mal le « non ». A du mal à accepter les limites ou les consignes qui ne lui « plaisent » pas.

Brosse le poney avec entrain.

Monte Tornado (son poney préféré). Sur le poney, attitude adaptée mais assez distrait. Trotte avec plaisir, apprécie la promenade, actif, sensible à la dynamique de groupe.

Grille d'observation remplie.

-le 3 décembre 2012 : promenade sous la neige

Arrive avec plaisir à l'écurie. Vif, a du mal à suivre les consignes, le cadre.

Brosse un peu le poney puis monte volontiers.

Bonne posture à poney, mais il a du mal à respecter « le cadre ».

-le 10 décembre 2012 : séance annulée pour raisons climatiques (neige)

-le 17 décembre 2012 : séance en manège (jeux : slalom, drapeaux, trot, moulin, à genoux, au pas à l'envers, couché sur l'encolure les yeux fermés, jeu de l'écureuil, 1/2/3 soleil...)

Arrive content dans les écuries et vient directement saluer Tornado, le caresser, cherche le contact et lui parle : « Tornado, Tornado... ». Intérêt et disponibilité pour le cadre et les animaux.

Arrivé à l'hospitalisation de jour de mauvaise humeur le matin.

Pansage : ne prend pas la bonne brosse, contrarié lorsqu'on lui fait remarquer...

Brosse quelques minutes puis veut monter à poney

Une fois à poney attitude adaptée pendant 30 minutes environ

Stabilité corporelle augmentée à poney, moins stable à pied, se disperse

Tenté par tout ce qu'il voit

Gros efforts réalisés par rapport au cadre et aux consignes

Souriant lors du pansage, cherche le contact

Moins à l'aise à poney lors de l'exercice à l'envers et à genoux, manque de confiance en lui mais réalise néanmoins les exercices avec succès après avoir vu les autres les réaliser. Content de lui.

Trotte sans être tenu, bonne posture.

Après trente minutes de séance il devient opposant et descend de son poney (fatigue ? trop de concentration ?). Retour de l'instabilité, des craintes.

Grille d'observation remplie.

-le 11 mars 2013 : jeux à poney dans le manège

-le 18 mars 2013 : promenade en forêt

Vif à l'arrivée. Veut « tout faire » sans conscience du danger. Cependant s'apaise après intervention de l'adulte.

Brosse volontiers le poney, est actif mais passe rapidement à autre chose.

Monte avec plaisir, est souriant, « a envie ».

Activité très positive pour lui car le stimule et le cadre dans une dynamique de plaisir, il peut également se repérer dans le temps et l'espace. « On courra après ? » « Oui mais tout à l'heure... ». Apprend à patienter.

le 7 avril 2013 : Participation au Rotary Handi Classic 2013 (Séance de poney games organisée avec les jeunes cavaliers du poney club et les enfants du CPN)

-le 8 avril 2013 : promenade au pas en forêt, travail sur les dénivelés.

Bonne séance, posture adaptée. Souriant.

-le 15 avril 2013 : promenade au pas en forêt, au soleil.

Monte Tornado. Bonne séance.

-le 10 juin 2013 : promenade en forêt, reprise du cycle de poney à visée thérapeutique après un laps de temps sans séance.

Assez dispersé dans les écuries. Se dirige vers Tornado qu'il choisit et surveille.

Brosse le poney avec plaisir.

Monte Tornado. Content d'être à poney. Souriant, actif. Trotte volontiers, bonne posture.

Nécessite d'être recadré au cours de la balade, puis se canalise si on focalise son attention sur quelque chose, il attrape des feuilles pour les donner à manger à son poney au retour. Apaisé en fin de séance, « c'était bien ! » dit-il.

Grille d'observation remplie.

-le 17 juin 2013 : promenade en forêt, à l'ombre

Arrive avec intérêt et énergie à l'écurie. Discute volontiers. Ne peut s'empêcher de toucher ce qu'il trouve autour de lui.

Difficultés à brosser un autre poney que Tornado mais finit par suivre les consignes.

Monte Tornado, expressif à poney, content, bonne posture. Se disperse facilement.

-le 24 juin 2013 : promenade en forêt

Agité à l'arrivée, souhaite monter Tornado

Explications données, il montera Caliméro. « Râle » mais se calme après explications et accepte la règle.

Trotte avec plaisir.

Plutôt détendu

Grille d'observation remplie.

-le 1^{er} juillet 2013 : promenade en forêt au soleil (dernière séance de l'année scolaire)

Arrive à l'écurie et « fonce » vers Tornado. S'inquiète pour lui, demande s'il va bien. Très attaché à ce poney.

Adapté, souhaite monter Tornado : prend Looping pour débiter puis échange au milieu : accepte facilement la règle. Comportement remarquable ! Beaucoup plus de disponibilité, de patience, et de gestion adaptée de sa frustration.

Souriant, plutôt attentif à la séance. Brosse avec entrain.

Monte avec plaisir, bonne posture. Expressif, vif, discute.

Grille d'observation remplie.

Résultats détaillés de la grille d'observation de Tom

Communication verbale et réactions émotionnelles :

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Arrivée à l'écurie	2	2	3	2	3	3
Prénom du poney	0	2	2	2	2	2
Communication pendant la séance	3	3	3	3	3	3
Réactions émotionnelles pendant la séance, communication infra-verbale	3	3	3	3	3	3
Communication et réactions émotionnelles à poney	2	2	3	2	3	3
Comportement et réaction principale pendant la séance	2	2	2	3	3	3
Total	12	14	16	15	17	17

Praxies et Gestuelle :

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Recherche du contact physique avec le poney	2	2	2	2	2	2

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Utilisation des brosses	0	1	0	1	1	1
Pansage du poney	2	3	2	2	3	3
Apprentissage du matériel	0	0	0	0	0	0
Total	2	4	2	3	4	4

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Participation à la préparation du poney	1	1	1	1	1	1

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Installation du tapis +/- selle	1	1	1	1	1	1

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Recherche du contact physique pendant le pansage	2	2	2	2	2	2

	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Orientation dans l'espace avec le poney en main	0	1	2	2	3	3
Monter à poney	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Tenir le poney en main avant de monter	0	1	1	1	1	1
Utilisation des bras pour monter	0	0	1	0	0	1
Aisance globale pour monter	1	1	2	2	2	3
Total	1	2	4	3	3	5

Aisance, décontraction, position à poney	12/11/12	26/11/12	17/12/12	10/06/13	24/06/13	01/07/13
Utilisation de la poignée	2	2	2	2	2	2
Utilisation des rênes au pas	0	0	1	0	0	0
Position des jambes au pas	0	1	1	1	1	1
Position du dos au pas	0	1	1	0	1	1
Trot	1	1	2	1	1	2
Position des jambes au trot	0	0	1	0	1	1
Position du dos au trot	0	0	1	0	1	1
Distinguer les différentes parties du corps du poney	0	0	1	1	1	1
Total	3	5	10	5	8	9

TOTAL	24	32	40	34	41	44
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

F. DISCUSSION

1. GABIN

Gabin présente un autisme atypique associé à une mosaïque génétique (45X0/46XY).

Les Objectifs du poney à visée thérapeutique déterminés en début d'année étaient :

- Permettre un ancrage dans la réalité/ prendre conscience du danger
- Diminuer les angoisses
- Diminuer « la toute-puissance»/Réduire le comportement d'opposition

◆ « Ancrage dans la réalité/ Prise de conscience du danger »

Gabin a déjà suivi l'activité poney à visée thérapeutique l'année précédente. Cette activité lui permet de côtoyer un monde imposant une rigueur au contact des poneys. De plus cette activité en groupe lui demande une faculté d'adaptation. L'ouïe, l'odorat, le toucher, la vue sont mis à contribution. Le poney qui est un être vivant n'hésite pas « à remettre en place » l'enfant. Cela permet notamment à l'enfant de prendre conscience du danger. Gabin a beaucoup progressé d'après la grille d'observation dans les items communication verbale et réactions émotionnelles avec un score passant de 8 à 15 points entre la première et la dernière séance.

◆ « Diminuer les angoisses »

Il n'est pas rare au fil des séances de voir arriver Gabin silencieux, en retrait. Il peut sembler manquer de motivation et va par exemple brosser le poney à la demande de l'adulte sans grand enthousiasme. Mais au fur et à mesure le contact doux et chaud du poney le rassure. Il gagne des points dans les items du pansage et de la recherche du contact physique avec le poney au fil des séances.

A poney le mouvement au pas le berce et le détend. Il s'apaise et éprouve du plaisir dans cette activité. Il ressent son corps et les effets de l'environnement. Il gagne des points en aisance, décontraction au pas, au trot, position du dos, ce qui démontre une décontraction progressive et un apaisement.

◆ « Diminuer la toute-puissance/ Réduire le comportement d'opposition »

Gabin est un enfant parfois coléreux, « tyrannique ». Il ressent le besoin de toujours gagner. En balade à poney il n'est pas rare qu'il veuille à tout prix arriver le premier ou remporter les jeux en poney-games. Les activités s'effectuant en groupe, il se sent très souvent dans la compétition. Grâce à cette activité il se rend compte qu'il ne peut pas toujours gagner, qu'il ne s'agit pas toujours d'arriver le premier mais qu'au contraire il peut réussir à ressentir du plaisir autrement. Au cours d'une séance le 18 février 2013 à son retour de vacances il est par exemple en colère de ne pas gagner la course mais finit par se détendre en prenant du plaisir à trotter. Sa position en témoigne puisqu'il réussit à se détendre à poney au trot.

D'après les résultats obtenus grâce à la grille d'observation et d'après les observations réalisées à chaque séance on peut considérer que Gabin a atteint les objectifs fixés en début d'année. Un score plus faible a été constaté le 7 janvier 2013, il correspond à la reprise du cycle de poney à visée thérapeutique après les vacances de Noël. Un temps d'adaptation et de « remise en route » est nécessaire. Puis lors des séances suivantes des progrès nets sont constatés.

Gabin ne reprendra pas l'activité poney à visée thérapeutique à la rentrée. En effet suite aux progrès constatés une entrée en CP a été décidée tout en poursuivant le suivi au CPN. Il sera scolarisé tous les matins.

2. SIMON

Simon présente un trouble envahissant du développement (TED) associé à un syndrome de Doose. Les objectifs du poney à visée thérapeutique déterminés en début d'année étaient :

- Un Ancrage dans la réalité
- Une diminution de l'agitation
- Un travail sur la distance par rapport à l'autre
- Réduire la recherche d'exclusivité

Au fil des séances on observe une atteinte au moins partielle de ces quatre objectifs.

◆ « Ancrage dans la réalité »

Simon a pu découvrir un milieu qu'il ne connaissait pas, lieu imposant une certaine rigueur au contact des poneys. Il éprouve une certaine curiosité pour ce monde qu'il ne connaît pas et agit de façon adaptée et censée. Il a pu établir au fil des séances une véritable relation avec le poney. Ses résultats dans la grille d'observation en témoignent : au fur et à mesure il totalise plus de points dans la rubrique communication verbale et réactions émotionnelles. Il totalise 11 points initialement puis 16 points lors de la dernière séance.

L'observation de son comportement au fil des séances met en évidence la plupart du temps un enfant souriant, attentif, disponible et intéressé par l'activité. On constate par ailleurs que même lors de séance « dissipées » initialement, il réussit à se recentrer sur l'activité en fin de séance notamment le 22 octobre 2012.

Le poney lui permet également de s'ancrer dans la réalité notamment du point de vue de l'orientation dans l'espace en tenant le poney en main ou à poney. Son score passe de 0 initialement à 2 lors de la dernière séance.

◆ « Diminution de l'agitation »

On constate au cours de l'activité que Simon s'apaise au fil des séances. Il arrive généralement souriant et plein d'entrain, et même s'il arrive qu'il n'ait pas envie en début de séance, qu'il se dissipe, il réussit à se recentrer et à effectuer les jeux proposés avec plaisir.

Par ailleurs le pansage du poney, qui nécessite une certaine rigueur et concentration, est un moment que Simon apprécie tout particulièrement, il recherche le contact physique du pelage doux et chaud du poney et semble attentif à ce dernier. Dès les premières séances il marque des points dans la grille d'observation dans la rubrique praxies et gestuelle : il cherche le contact physique avec le poney lors du pansage et apprend à utiliser les différentes brosses (3 points à la première séance contre 4 à la dernière).

Lorsqu'il monte à poney son agitation doit être canalisée, cette étape requiert en effet une certaine concentration et une certaine coordination psychomotrice. Il doit s'aider de ses bras, de ses jambes pour réussir à monter sur le poney avec une certaine aisance ; ce qu'il fait au fil des séances avec une aide de plus en plus minime de l'adulte.

A poney, son agitation est canalisée, il agit de façon adaptée et avec plaisir. Il assimile et traduit corporellement les choses qu'il vit, se détend progressivement. Au fil des séances sa posture se corrige, y compris au trot.

◆ « Travail sur la distance par rapport à l'autre »

Simon se laisse facilement dissiper et « entraîner » par l'autre. Il est lui même très envahissant. L'activité poney à visée thérapeutique a donc entre autre pour but d'améliorer ses facultés de concentration. Il se rend compte que s'il veut réussir à mener son poney en main ou à réaliser des jeux avec son poney, cela nécessite d'être totalement disponible pour son poney et de ne pas se laisser envahir par les autres. On observe d'après les résultats que Simon se montre le plus souvent adapté, suivant les consignes, apaisé, disponible à la discussion et au travail.

Cela lui permet de freiner ses comportements « envahissants » avec les autres ou avec l'adulte. Il réussit à se centrer seul, en suivant les consignes et avec plaisir.

◆ « Réduire la toute puissance et la recherche d'exclusivité »

Simon apparaît comme un enfant dans la toute puissance. Le poney à visée thérapeutique lui permet de réduire cette recherche d'exclusivité. Il ne peut pas toujours remporter les jeux proposés et le comprend relativement bien. On constate notamment une certaine maturité après les vacances de Noël où Simon se montre très attentif aux autres et propose même spontanément d'échanger son poney avec un autre enfant alors qu'il apprécie tout particulièrement ce dernier. La recherche d'exclusivité reste tout de même présente puisque qu'au cours des séances Simon bénéficie d'un adulte à ses côtés.

3. ELLIOT

Elliot présente un tableau de TDA/H.

Les objectifs du poney à visée thérapeutique déterminés en début d'année étaient :

- Ne pas se disperser/Utiliser ses capacités de concentration
- Respecter les règles et les consignes
- Canaliser ses émotions

A noter : Elliot est déjà sous traitement par Ritaline au début des séances de poney à visée thérapeutique.

◆ « Ne pas se disperser/Utiliser ses capacités de concentration »

Le poney à visée thérapeutique permet à Elliot de développer son attention et de diminuer « son hyperactivité ». Le travail en séquence permet de réduire dans un premier temps les temps de chaque « activité » pour pouvoir progressivement les augmenter et développer l'attention puis la concentration de l'enfant. Par exemple, les différents jeux à poney réalisés sur des temps courts entrecoupés de quelques foulées de trot permettent d'une part à l'enfant de prendre conscience de son corps grâce aux mouvements du poney, et d'autre part une « mobilisation intellectuelle » grâce aux exercices demandés. Ainsi l'enfant se concentre, et peut également atténuer son anxiété et son agitation motrice.

Au fil des séances Elliot progresse de façon considérable. Il passe notamment de 4 à 9 points dans la dernière partie de la grille d'observation basée sur l'aisance, la décontraction, la position au pas et au trot. L'orientation dans l'espace (1 à 3 points), la direction du poney, la mise en selle (2 à 6 points) sont également en évolution croissante, ce qui témoigne d'une concentration et d'une implication nettes dans l'activité.

◆ « Respecter les règles et les consignes »

Cette activité permet à Elliot de côtoyer un monde imposant une rigueur au contact des poneys. De plus cette activité en groupe lui demande une faculté d'adaptation. Le poney qui est un être vivant n'hésite pas « à remettre en place » l'enfant. Cela permet notamment à l'enfant de prendre conscience du danger. Lors de l'arrivée à l'écurie Elliot est au fil des séances souriant, ouvert, disponible (score évoluant de 1 à 3 points pour l'item « arrivée à l'écurie »). Il respecte les consignes à pied comme à poney. Il éprouve un plaisir particulier lors du temps de pansage. Le contact doux et chaud du poney l'apaise. Il le brosse toujours avec douceur et respecte le poney en tant que personne, se soucie de ce dernier. A poney en balade ou dans le manège il respecte « les règles », son comportement est adapté. On observe au fil des séances un enfant calme, posé, décontracté et apaisé, qui se centre sur l'activité proposée.

◆ « Canaliser ses émotions »

Cet objectif est atteint par Elliot. A l'arrivée à l'écurie il est de manière générale calme, souriant et disponible. Il se dirige avec plaisir vers les poneys. Le pansage est un temps qu'il apprécie tout particulièrement. Cela lui permet de se centrer sur l'activité. Il est particulièrement sensible au pelage doux et chaud du poney et respecte l'animal comme une personne. Lorsqu'il monte à poney il n'hésite pas à le caresser et à le remercier en fin de séance.

A poney il peut parfois se montrer silencieux, calme, décontracté ce qui témoigne de son apaisement. Sa position à poney reflète également un enfant posé, il trotte de façon adaptée et détendue. La grille d'observation témoigne d'une évolution positive notamment dans la rubrique « Communication verbale et réactions émotionnelles » dans laquelle le score passe de 9 à 17 points.

Au cours de la dernière séance Elliot est conscient du fait que celle-ci est la dernière avant la rentrée, il en parle d'ailleurs en se réjouissant de revenir l'année prochaine.

Pour Elliot l'activité poney à visée thérapeutique lui permet de se montrer éveillé, adapté, expressif, interactif. Il apprécie les échanges avec les différentes personnes. C'est un lieu où

il observe beaucoup, pose des questions pertinentes sur ce qui se passe. Il apprécie le contact avec les poneys est relativement doux avec eux et particulièrement en interaction. Il peut suivre toutes les consignes. S'il reste plein de vie dans l'écurie il peut se calmer et s'apaiser sur le poney, au fil d'une balade par exemple. C'est un enfant éveillé et pertinent chez qui cette activité permet une stimulation environnementale et un travail sur le respect d'un cadre et une inscription dans un groupe.

4. TOM

Tom présente des troubles de l'attachement avec comportement de type abandonnique.

Les objectifs du poney à visée thérapeutique déterminés en début d'année étaient :

- Donner un cadre, évoluer dans le respect des règles et des consignes, obtenir une meilleure tolérance à la frustration
- Ne pas se disperser, diminuer l'agitation, l'avidité, la précipitation/s'apaiser/Adapter son corps à la situation/orientation dans le temps et l'espace
- Etre attentif aux autres/progresser dans la relation avec autrui

◆ « Donner un cadre, évoluer dans le respect des règles et des consignes, obtenir une meilleure tolérance à la frustration »

Cette activité permet à Tom de côtoyer un monde imposant une rigueur au contact des poneys. De plus cette activité en groupe lui demande une faculté d'adaptation. Le poney qui est un être vivant n'hésite pas « à remettre en place » l'enfant. Cela permet notamment à l'enfant de prendre conscience du danger. Tom est un enfant colérique et intolérant à la frustration qui supporte mal le « non ». Lors des séances il attache une importance particulière à s'occuper et à monter Tornado. Au fil des séances il réussit à gérer ses désirs : le 24 juin par exemple on choisit de lui attribuer Caliméro, il commence par se mettre en colère puis accepte la règle après explications. De même lors de la dernière séance il ne monte Tornado qu'au milieu de la promenade (échange avec un camarade). Il gère cette situation de façon remarquable, avec beaucoup plus de patience (gestion adaptée de sa frustration).

Au fil du temps il réalise également de gros efforts par rapport au cadre et aux consignes : au cours des premières séances il arrive vif, dispersé, ne pouvant s'empêcher de toucher à tout ce qu'il voit. Puis progressivement malgré un comportement toujours vif il s'apaise plus volontiers après intervention de l'adulte. Il se concentre dès son arrivée sur Tornado et se dirige vers lui pour le saluer (avec parfois une certaine « précipitation » non contrôlée).

Cette activité est très positive pour lui car elle le stimule et le cadre dans une dynamique de plaisir. Les différents jeux proposés impliquent de suivre des consignes spécifiques pour lesquelles il réalise de gros efforts de concentration.

◆ « Diminuer l'agitation, s'apaiser, adapter son corps à la situation/ se repérer dans le temps et l'espace »

L'écurie est un lieu imposant des règles. Les différentes activités avec le poney imposent un certain calme. Au contact du poney Tom est donc « contraint » de s'apaiser. Par exemple lorsqu'il brosse le poney il est nécessaire de le faire avec douceur, sans trop s'agiter autour de lui. Tom essaie d'être attentif lors du pansage, ce qui lui demande des efforts. Il se disperse parfois mais brosse le poney avec plaisir (il passe d'un score de 2 à 4 points dans la rubrique pansage).

A poney le mouvement du pas le berce et l'apaise. Sa position témoigne d'une bonne décontraction à poney. Il prend par ailleurs du plaisir au trot. Lors des balades il est souvent très bavard mais réussit à se canaliser et à vivre des moments plus silencieux où il s'apaise et se détend.

Il progresse notamment dans la grille d'observation et passe d'un score de 12 à 17 points dans la rubrique Communication verbale et réactions émotionnelles.

Le poney est par ailleurs un moyen pour Tom de s'orienter dans le temps et l'espace : par exemple lors de la séance du 18 mars Tom demande « on courra après ? » « Oui mais tout à l'heure » lui répond-on. Cela permet à la fois de le faire patienter mais aussi de lui enseigner la notion du temps.

Les jeux à poneys permettent à Tom de s'orienter dans l'espace, il découvre une stabilité corporelle à poney et « ressent » son corps. D'après la grille d'observation son équilibre et sa position au pas et au trot se sont réellement améliorées au fil des séances (3 à 9 points dans rubrique aisance, décontraction, position à poney).

Par ailleurs il s'oriente également dans l'espace quand il tient le poney en main (0 à 3 points dans cette rubrique au fil des séances).

◆ « Etre attentif aux autres / progresser dans la relation avec autrui »

Le poney à visée thérapeutique est réalisé en groupe. Cela impose donc une dynamique de groupe. Tom est parfois contraint de laisser le poney qu'il voulait à un de ses camarades, à attendre son tour dans certains jeux. Il n'est pas toujours vainqueur des différents jeux réalisés. Lors du pansage il partage le poney qu'il brosse avec ses camarades. Par ailleurs

l'activité en groupe au sein de l'écurie impose de « vivre » en groupe et par conséquent d'être attentif à son environnement, aux autres et à développer sa relation avec autrui. Sur ce plan Tom fait des efforts et prend même du plaisir à partager avec ses camarades. Sa frustration est moindre. Il nécessite cependant la présence quasi permanente d'un adulte à ses côtés, ce qui le rassure et l'apaise.

CONCLUSION

Globalement l'analyse des résultats de la grille d'observation met en évidence une évolution favorable progressive au niveau de tous les items, ainsi qu'une atteinte tout à fait acceptable des objectifs fixés en début d'année pour les quatre enfants.

Une baisse du score est observée en milieu d'année pour chacun des enfants, elle correspond à la reprise d'un nouveau cycle après les vacances scolaires. Cela montre la nécessité d'un temps d'adaptation lors du démarrage ou de la reprise de l'activité.

Très peu d'études scientifiques sont réalisées sur le sujet, elles commencent à se développer plus particulièrement chez des enfants présentant des troubles autistiques.

Ce travail est plus à considérer comme une observation. Il ne représente pas une étude quantitative ni qualitative mais s'appuie sur une grille établie grâce à l'observation de séances d'équithérapie et grâce aux données de la littérature qui malheureusement commencent seulement à se développer dans des domaines spécifiques.

Le poney à visée thérapeutique a donc été un élément tout à fait bénéfique pour les quatre enfants suivis au cours de cette année. Rappelons que cette activité s'inscrit dans une prise en charge globale pluridisciplinaire. Elle peut donc être considérée comme « une pièce du puzzle » s'inscrivant dans une démarche globale, contribuant de façon certaine aux apprentissages et aux progrès réalisés mais n'expliquant pas à elle seule les résultats positifs.

Cette activité est donc à poursuivre et à développer, tout en fixant des objectifs individuels à chaque enfant. Le poney à visée thérapeutique est indéniablement « un outils » de choix dans la prise en charge pluridisciplinaire. Cette activité requiert cependant des connaissances dans le domaine et un personnel formé. Elle ne peut être bénéfique qu'à condition d'être encadrée : le poney devient alors un allié pour le soignant qui par son intermédiaire pourra déceler des détails, des émotions, des comportements qu'il n'aurait pu détecter autrement.

Le cheval peut être considéré comme le « Miroir de nos émotions »^{4c}. Le cheval nous met face à nous même. On ne peut pas lui mentir...

ANNEXES

A la fin de l'année scolaire, nous avons reçu individuellement les quatre enfants en leur demandant de « dessiner le poney à visée thérapeutique ».

Leurs œuvres :

TOM





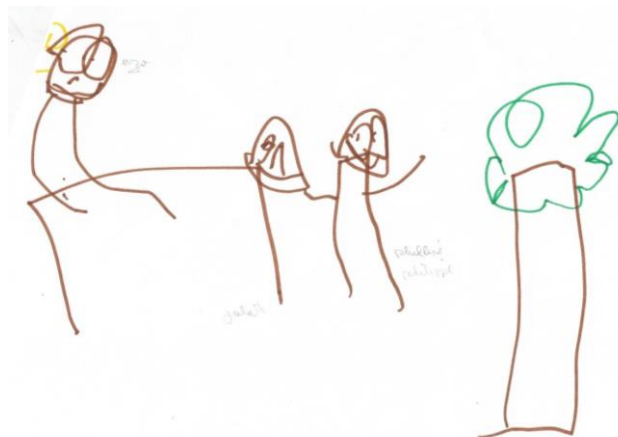
SIMON



GABIN



ELLIOT



BIBLIOGRAPHIE

- 1- Encyclopédie Larousse Edition 1998, page 403, Définition de l'éthologie

- 2- Cheval qui es-tu ? Michel-Antoine LEBLANC, Marie-France BOUISSOU et Frédéric CHENU ; Editions BELIN 2004
 - 2a page 14
 - 2b pages 52-62
 - 2c pages 90-98
 - 2d pages 82-84
 - 2e page 84-86
 - 2f page 86
 - 2g page 87
 - 2h page 91
 - 2i page 94
 - 2j page 39
 - 2k page 44
 - 2l pages 314-322

- 3- Manuel d'équitation éthologique Elisabeth de Corbigny, Editions VIGOT 2005
 - 3a page 5
 - 3b page 31
 - 3c page 30
 - 3d page 32

- 4- Le Cheval miroir de nos émotions, Isabelle CLAUDE, Editions Camais 2010
 - 4a page 93
 - 4b page 96
 - 4c page 87

- 5- Site internet de l'Institut français de zoothérapie
(<http://www.institutfrancaisdezootherapie.com/accueil>)

- 6- Le journal des psychologues mars 1999 numéro 165
 - 6a Pages 23-24
 - 6b Page 21
 - 6c Pages 36-38
 - 6d Page 39-43
 - 6e Pages 44-47 Renée de Lubersac

- 7- L'enfant et la médiation animale une nouvelle approche de la zoothérapie François Beiger Editions DUNOD, 2008,
 - 7a pages 12-13
 - 7b page 73

- 8- Animaux au secours du handicap, Bernard BELIN, Editions L'HARMATTAN mars 2000, pages 18-19

- 9- Pet Oriented Child Psychotherapy, Springfield, IL, Charles C.Thomas, 1969

- 10- La zoothérapie, une autre thérapie en EPHAD, Docteur Maria Tanasa, Mémoire pour le DIU de Médecin Coordinateur d'EPHAD, Année universitaire 2008/2009

- 11- Christelle Bastien, La zoothérapie, 2011, Thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine

- 12- Dossier de Presse Société Française d'Equithérapie 2011

- 13- Guide d'information de la Fédération Nationale Handi Cheval

- 14- Revue sanitaire de la Province. Bordeaux, 1889 pages 10 à 14 Docteur Perron

- 15- Florence Niquet Defer, Equitation thérapeutique et psychiatrie, 2002, Thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine

- 16- Site internet de la FENTAC (Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval) (<http://www.fentac.org/accueil>)

- 17- Le journal des psychologues N°286 avril 2011 La Médiation équine comme outil thérapeutique pages 52-55

18- Catalogue Handi Cheval 2012

18a Page 4

18b Page 5

18c Pages 18-19

19- Soins Psychiatrie-N°170/171-Décembre1994-Janvier 1995, Dossier : L'Atelier Poney pages 25 à 27

20- Carnet Psy 2009/9 N°140 pages 46 à 50

21- Jeu et réalité, Donald.W Winnicott Edition GALLIMARD 17 janvier 2002, pages 1 à 7

22- De la pédiatrie à la psychanalyse Donald.W Winnicott, Editions PAYOT 22 novembre 1989

23- Site internet de la Société Française d'Equithérapie SFE (<http://sfequithérapie.free.fr/>)

24- Sophie Desclefs, Maguy Di Ponio, Equithérapie et Delphinothérapie : comparaison de deux méthodes de « zoothérapie » et approche éthique du bien-être animal, 2006, Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur Vétérinaire.

25a Pages 122-125

25b Pages 64-66

25c Pages 81-82

25- O'Rourke K 2004 Horse-assisted therapy: Good for humans, but how about horses? AVMA (American veterinary medical association, website 15 septembre 2004)

26- J.Ansorge, JL Sudres, La Médiation Equine en psychiatrie infanto-juvénile. D'un état des lieux à une étude d'évaluation clinique. A.N.A.E, 2012 : 117 ; 147-154

27- Le Concours Médical 02/09-1996 – 118-36/37 S. Lepastier Paris Pitié Salpêtrière Service de Psychiatrie Adulte

28- Case studies of adults receiving horse-riding therapy.Hannah Burgon, Department of Social Work, University of Exeter, UK Anthrozoos, 16 (3), 2003: 262-76

- 29- Equithérapie et autisme L.Hameury, P.Delavous, B. Teste, C.Leroy, JC Gaboriau, A Berthier, CHRU Tours Annales médico-Psychologiques 168 (2010) 655-659
(Equine assisted therapy and autism L Hameury et al. Annales Médicopsychologiques 168 (2010) 655-659)
- 30- Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelle d'évaluation et approche clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication A.Lorin de Reure Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57 (2009) 275-286
(Autistic children in pony therapy : Evaluation scales and psychological and ethological approaches concerning relational, emotional and communication fields Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57 (2009) 275-286)
- 31- Pamela N. Schultz, G. Ann Remick-Barlow, Leslie Robbins, Equine-assisted psychotherapy : a mental health promotion/intervention modality for children who have experienced intra-family violence; Health and Social Care in the Community (2007) 15(3), 265-271
- 32- Giagazoglou P, Arabatzi F, Dipla K, Liga M, Kellis E. Effect of a hippotherapy intervention program on static balance and strength in adolescents with intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities Journal. 2012 Nov-Dec . Laboratory of Neuromechanics, Department of Physical Education and Sports Science, Aristotle University of Thessaloniki, Serres, Greece
- 33- PROUST P, J COTTALORDA , E ALAMARTINE, V GAUTHERON Apports de l'hippothérapie dans la prise en charge du handicap JRMEd.octobre 2004, Volume 24(3), pages 86-89
- 34- HEINE B L'hippothérapie : une approche à facettes multiples. Kinésithérapie scientifique 1998, N°376 pages 36-40
- 35- Brochure de Formation FENTAC
- 36- Brochure Société Française d'Equithérapie
- 37- Brochure Institut de Formation en Equithérapie
- 38- Recommandations HAS (Haute Autorité de Santé) Etat des lieux des connaissances : Autisme et autres Troubles Envahissants du Développement. Synthèse élaborée par consensus formalisé, janvier 2010

- 39- L'Autisme, Theo Peeters Editions DUNOD 1996
- 40- Histoire du TDAH, Troubles Déficit de l'Attention/Hyperactivité, Plus d'un siècle de concepts, Docteur Eric Konofal, Laboratoire Shire
- 41- Recommandations HAS (Haute Autorité de santé) Conduite à tenir devant un enfant ou un adolescent ayant un déficit de l'attention et/ou un problème d'agitation. Recommandations de bonne pratique. Décembre 2012.
- 42- Psychiatrie de l'enfant, Anne DANION GRILLIAT, Claué BURSZTEJN, Editions LAVOISIER 2011, pages 329-336
- 43- DSMIV chapitre : « troubles de l'attachement »
- 44- Ces enfants qu'on sacrifie au nom de la protection de l'enfance, Maurice BERGER, Editions DUNOD, 2004
- 45- EPILEPTOLOGIE 2009, numéro 26 pages 194-195 G Baltariu, E Sforza, G.B. Foletti
- 46- Etude de cinq cas cliniques d'enfants présentant un syndrome autistique et leur relation à l'animal : le poney. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur Vétérinaire, Charlotte DAUBREE, 14 avril 1997, Ecole Vétérinaire de Lyon.
- 47- Brochure CPN (Centre Psychothérapique de Nancy) E.S.P.A.C.E Règlement intérieur mars 2009

VU

NANCY, le **22 octobre 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **28 octobre 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur B. KABUTH

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6681

NANCY, le 31/10/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Depuis bien longtemps déjà, la pratique du cheval est reconnue comme bénéfique. Au cinquième siècle avant Jésus Christ, Xénophon, disciple de Socrate disait déjà : « Le Cheval est bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et pour le cœur ». On constate ces dernières années une recrudescence d'articles, de reportages dans les médias traitant du sujet des zoothérapies et plus particulièrement de l'équithérapie.

Dans une première partie nous avons voulu dresser un état des lieux de l'équithérapie. Afin de mieux comprendre en quoi elle consiste nous avons tout d'abord défini l'éthologie équine, qui est l'étude du comportement des chevaux. Cela nous a permis d'aborder l'équitation éthologique, qui est une méthode de dressage inspirée de l'éthologie équine. Après avoir posé les bases, nous avons pu dresser un éventail des différentes zoothérapies, qui se définissent comme des thérapies assistées par l'animal ou celui-ci est un véritable médiateur. Ensuite nous nous sommes penchés plus précisément sur l'équithérapie, qui est un soin psychique fondé sur la présence du cheval comme médiateur thérapeutique et dispensé à une personne dans ses dimensions psychique et corporelle.

Dans une seconde partie nous avons voulu observer les bienfaits de cette approche au sein de l'Hôpital de Jour de Pédopsychiatre de Nancy Laxou, où les jeunes patients peuvent bénéficier de cette thérapie. Nous avons réalisé une observation sur une année scolaire (2012-2013). Quatre jeunes patients ont été suivis. Ils se sont rendus en alternance tous les lundis matin aux séances de poney à visée thérapeutique. Une grille d'observation a été établie régulièrement afin de permettre un suivi objectif, ainsi qu'une observation individuelle par l'équithérapeute à chaque séance.

Ce travail est plus à considérer comme une observation. Les résultats ont montré que le poney à visée thérapeutique a été un élément tout à fait bénéfique pour les quatre enfants suivis au cours de cette année. Rappelons que cette activité s'inscrit dans une prise en charge globale pluridisciplinaire. Elle peut donc être considérée comme « une pièce du puzzle » s'inscrivant dans une démarche globale, contribuant de façon certaine aux apprentissages et aux progrès réalisés mais n'expliquant pas à elle seule les résultats positifs. Cette activité est donc à poursuivre et à développer, tout en fixant des objectifs individuels à chaque enfant. Le poney à visée thérapeutique est indéniablement « un outils » de choix dans la prise en charge pluridisciplinaire. Cette activité requiert cependant des connaissances dans le domaine et un personnel formé. Elle ne peut être bénéfique qu'à condition d'être encadrée : le poney devient alors un allié pour le soignant qui par son intermédiaire pourra déceler des détails, des émotions, des comportements qu'il n'aurait pu détecter autrement.

TITRE EN ANGLAIS : Equine assisted therapy in child psychiatry ; evaluation of four case studies.

THESE : MEDECINE GENERALE, ANNEE 2013

MOTS CLEFS : équithérapie, hôpital de jour, zoothérapie, éthologie, troubles du spectre autistique, troubles de l'attachement, Troubles Déficitaires de l'attention avec hyperactivité TDA/H, Troubles envahissants du développement TED.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 Avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY