HAL
open science

Le cheval thérapeute pour l'homme : présentation, indications et récits d'expériences

Emilie Eisen

To cite this version:

Emilie Eisen. Le cheval thérapeute pour l'homme : présentation, indications et récits d'expériences. Sciences pharmaceutiques. 2012. hal-01732623

HAL Id: hal-01732623

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732623

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITE DE LORRAINE
2012

FACULTE DE PHARMACIE

Le cheval thérapeute pour l'homme : présentation, indications et récits d'expériences

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement
Le 16 mars 2012
Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par **Emilie EISEN**
Née le 21 septembre 1986 à Epinal (88)

Membres du Jury

Président :	M. François Bonneaux	Maître de conférences, Faculté de pharmacie Nancy
Juges :	Mme. Marie Paule Rapenne	Psychologue clinicienne, Centre Psychothérapique de Nancy
	M. Francis Omarini	Docteur en pharmacie, titulaire d'officine à Hadol
	Mme. Emilie Frustin	Ingénieur agronome, Directrice de Centre équestre à Ormes et Ville

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2011-2012

DOYEN
Francine PAULUS
Vice-Doyen
Francine KEDZIEREWICZ
Directeur des Etudes
Virginie PICHON
Président du Conseil de la Pédagogie
Bertrand RIHN
Président de la Commission de la Recherche
Christophe GANTZER
Président de la Commission Prospective Facultaire
Jean-Yves JOUZEAU
Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle
Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :	Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :	Jean-Michel SIMON
Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :	Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES
Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES
Jeffrey ATKINSON
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES
Roger BONALY
Pierre DIXNEUF
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMANN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES
Monique ALBERT
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Dominique NOTTER
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANTS HONORAIRES
Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	*Thérapie cellulaire*
Chantal FINANCE	*Virologie, Immunologie*
Jean-Yves JOUZEAU	*Bioanalyse du médicament*
Jean-Louis MERLIN	*Biologie cellulaire*
Jean-Michel SIMON	*Economie de la santé, Législation pharmaceutique*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Jean-Claude BLOCK	*Santé publique*
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*Pharmacologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*Microbiologie*
Max HENRY	*Botanique, Mycologie*
Pierre LABRUDE	*Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile*
Isabelle LARTAUD	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*Biochimie*
Pierre LEROY	*Chimie physique*
Philippe MAINCENT	*Pharmacie galénique*
Alain MARSURA	*Chimie organique*
Patrick MENU	*Physiologie*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*Biochimie, Biologie moléculaire*

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	*Pharmacie clinique*
Nathalie THILLY	*Santé publique*

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	*Parasitologie*
Mariette BEAUD	*Biologie cellulaire*
Emmanuelle BENOIT	*Communication et santé*
Isabelle BERTRAND	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*Chimie thérapeutique*
François BONNEAUX	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*Physiologie*
Igor CLAROT	*Chimie analytique*
Joël COULON	*Biochimie*
Sébastien DADE	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*Pharmacie clinique*
Joël DUCOURNEAU	*Biophysique, Acoustique*
Florence DUMARCAY	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*Pharmacologie*

Raphaël DUVAL	*Microbiologie*
Béatrice FAIVRE	*Hématologie*
Adil FAIZ	*Biophysique, Acoustique*
Luc FERRARI	*Toxicologie*
Caroline GAUCHER-DI STASIO	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*Chimie organique*
Frédéric JORAND	*Santé publique*
Olivier JOUBERT	*Toxicologie*
Francine KEDZIEREWICZ	*Pharmacie galénique*
Alexandrine LAMBERT	*Informatique, Biostatistiques*
Faten MERHI-SOUSSI	*Hématologie*
Christophe MERLIN	*Microbiologie*
Blandine MOREAU	*Pharmacognosie*
Maxime MOURER	*Chimie organique*
Francine PAULUS	*Informatique*
Christine PERDICAKIS	*Chimie organique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*Biophysique*
Anne SAPIN-MINET	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*Mycologie, Botanique*
Gabriel TROCKLE	*Pharmacologie*
Mihayl VARBANOV	*Immuno-Virologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*Mycologie, Botanique*
Emilie VELOT	*Physiologie-Physiopathologie humaines*
Mohamed ZAIOU	*Biochimie et Biologie moléculaire*
Colette ZINUTTI	*Pharmacie galénique*

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	*Sémiologie*

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	*Anglais*

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

> **D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**
>
> **D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**
>
> **De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Remerciements

A mon président de jury, M. François Bonneaux,

Maître de Conférences à la Faculté de Pharmacie de Nancy,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse, recevez cet ouvrage comme le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Mme. Marie Paule Rapenne,

Psychologue clinicienne au Centre Psychothérapique de Nancy,

Pour avoir accepté d'être ma directrice de thèse, et m'avoir suivie et accompagnée tout au long de mon travail, veuillez accepter mes remerciements.
Je vous exprime également ma reconnaissance pour votre disponibilité, votre investissement et votre sympathie.
Que ce travail soit le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respect.

A M. Francis Omarini,

Titulaire d'officine à Hadol,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre officine pour mon stage de professionnalisation.
Recevez cette invitation en remerciement du savoir que vous m'avez transmis.

A Mme. Emilie Frustin,

Ingénieure agronome, directrice du centre équestre du Poncet à Ormes et Ville,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

A ma famille,

Mes parents, Valérie et Patrick,
Merci de m'avoir soutenue durant toutes ces années d'études et de m'avoir toujours poussée à donner le meilleur de moi-même. Plus particulièrement, merci à maman pour ta présence, ta patience et tes encouragements, pour toutes les fois où tu m'as remonté le moral alors que tu stressais autant que moi !

Ma grand-mère, Nicole,
Pour m'avoir accueillie pendant mes six années d'études. Merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue. Merci pour ta présence et tes encouragements pendant mes examens.

Hélène,
Pour les longues heures de relecture que tu as effectuée.

A Guillaume,

Qui partage les hauts et les bas de ma vie.
Merci pour avoir fait preuve d'autant de patience pendant toutes ses années d'études et surtout lors de mes révisions. Que cette thèse soit la fin de ses longues périodes de stress.

A mes amis,

Line, mon amie depuis presque quinze ans, merci pour les bons moments passés ensemble et pour le soutien que tu m'as toujours apportée pendant mes études. Que cette thèse soit le symbole de notre amitié.

Anaïs, Elodie et Aurélie, merci pour les bons moments passés à la fac.

Sommaire

Introduction 1

Partie 1 : Présentation d'une zoothérapie : la thérapie avec le cheval 3

1. La zoothérapie 4
   1. Définition de la zoothérapie 4
   2. Histoire de la zoothérapie 6
   3. Intérêt de l'animal 7
   4. Les animaux 8
2. Le cheval et sa pratique : l'équitation 10
   1. Anatomie du cheval 10
   2. Les origines de l'espèce 12
   3. Utilisation du cheval à travers le temps 14
   4. Emplois et disciplines équestres actuelles 15
   5. Lieu de vie du cheval 20
   6. L'équipement du cheval et du cavalier 23
   7. Comportement et communication 25
3. Le cheval « thérapeute » pour l'homme 30
   1. Différenciation des pratiques 30
   2. Histoire de l'équitation thérapeutique 33
   3. La thérapie avec le cheval aujourd'hui 38

Conclusion 51

Partie 2 : La thérapie avec le cheval : prise en charge des personnes handicapées physiques, mentales, et des enfants et adolescents en difficultés psychosociales. 52

1. Les handicaps physiques 53
   1. Points d'équitation à détailler 54
   2. Aspects physiques du cheval dans la prise en charge des personnes handicapées physiques 60
   3. Les pathologies prises en charges 68

4. Résultats et évaluation de la thérapie avec le cheval 100
2. Les handicaps mentaux 102
1. Aspects psychologiques de la thérapie avec le cheval dans la prise en charge des personnes handicapées mentales 103
2. Place du thérapeute 115
3. Les pathologies prises en charge 116
4. Comparaison cabinet fermé/cabinet ouvert 134
5. Evaluation et résultats de la thérapie avec le cheval 135
6. Récit d'expérience : Mme Rapenne, psychologue clinicienne au Centre Psychothérapique de Nancy 136
3. Les enfants et adolescents en difficultés psychosociales 140
1. Intérêts de la thérapie avec le cheval 140
2. La réinsertion d'adolescents en échec scolaire, récit de mon expérience 144
Conclusion 153

Partie 3 : La thérapie avec le cheval en pratique 154
1. Les contre-indications 155
1. Les contre-indications physiques 156
2. Les contre-indications psychiatriques 159
2. Les risques traumatiques 160
3. L'encadrement humain 162
1. L'encadrement sportif 162
2. L'encadrement soignant 163
3. Cas exceptionnel de l'absence de moniteur 163
4. Le centre équestre 165
5. La cavalerie 166
6. Les besoins matériels 167
1. Le matériel de pansage 167
2. Le matériel du cheval 167
3. La monte à cheval 170
7. Le déroulement d'une séance 171
1. Avant la séance 171

2. Pendant la séance 172
3. Après la séance 173
Conclusion 174

Conclusion 175
Annexes 177
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des formations d'équithérapeute en France 177
Annexe 2 : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie du cheval pour les pathologies articulaires 178
Annexe 3 : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies neurologiques et musculaires 179
Annexe 3 suite : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies neurologiques et musculaires 180
Annexe 4 : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies mentales 181
Bibliographie 182

Table des illustrations

Figure 1 : Evolution de l'espèce....12
Figure 2 : Box....20
Figure 3 : Stabulation....20
Figure 4 : Pré....20
Figure 5 : Paille....21
Figure 6 : Foin....21
Figure 7 : Mélange....22
Figure 8 : Granulés....22
Figure 9 : Manège....23
Figure 10 : Carrière....23
Figure 11 : Le langage des oreilles....27
Figure 12 : Pictogramme du handicap....54
Figure 13 : Pas....55
Figure 14 : Trot....56
Figure 15 : Galop....57
Figure 16 : Position du cavalier....58
Figure 17 : Forces s'exerçant sur le cavalier au pas....61
Figure 18 : Tenir son cheval....64
Figure 19 : Monter à cheval....64
Figure 21 : Gants de pansage....167
Figure 20 : Brosses avec dragonne....167
Figure 22 : Surfaix....167
Figure 23 : Selle traditionnelle....168
Figure 24 : Etrier cale-pieds....168
Figure 25 : Etrier de sécurité....168
Figure 26 : Peau de mouton....168
Figure 27 : Rênes montées sur élastiques....169
Figure 28 : Rênes à poignées....169
Figure 29 : Exemples de montoirs....170

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification des QI selon Wechsler....121

Introduction

Depuis plusieurs années, des reportages consacrés à la rencontre d'enfants et adultes malades avec des animaux sont diffusés à la télévision ou relatés dans la presse. Les témoignages présentés sont souvent spectaculaires, certains enfants communiquant pour la première fois de leur vie en présence de ces animaux. Face à l'engouement du public, des centres proposant des thérapies assistées par les animaux se sont développés un peu partout dans le monde. Ces programmes, qui s'adressent à la fois à des personnes handicapées physiques et mentales, existent en France. Les animaux utilisés comme médiateur sont variés. Je m'intéresserai uniquement au cheval.

Le cheval est utilisé depuis longtemps dans les milieux soignants psychiatriques et psychomoteurs. Les premiers écrits relatant de l'intérêt de la relation homme et animal datent d'environ 400 ans avant JC. De nombreux écrits se succèdent au fil du temps. La première expérience officielle utilisant l'équitation pour des personnes handicapées remonte à 1952 : une jeune femme atteinte de poliomyélite remporte la médaille d'argent aux jeux olympiques d'Helsinki. Depuis les expériences se sont multipliées. Ce sont, le plus souvent, des services de psychiatrie ou de rééducation fonctionnelle qui proposent une activité utilisant le cheval comme médiateur à un groupe de patients. Il existe également des initiatives privées ou des associations qui proposent des activités utilisant le cheval dans un but thérapeutique ou dans un but éducatif.

Bien sûr, ceux qui s'intéressent le plus à l'équitation thérapeutique sont bien souvent cavaliers eux-mêmes voire mêmes passionnés par les chevaux. Leur point de vue peut donc apparaître bien arbitraire. Il ne faut cependant pas oublier qu'ils ont d'autres moments personnels où ils profitent de leur passion et certainement d'une façon plus agréable pour eux. On peut donc se demander, tout autant pour eux que pour d'autres moins passionnés, ce qui les encourage à poursuivre cette activité. Une première hypothèse est qu'il est sûrement plus facile d'aider un patient au cours d'une activité dans laquelle le soignant s'investit lui-même. La motivation ne s'improvise pas.

L'intérêt des activités équestres adaptées a souvent été détecté fortuitement dans des établissements ou dans des centres équestres : « on a vu au travers d'une promenade, d'une rencontre fortuite, que « quelque chose » se passait entre l'animal et les patients. On a alors monté une activité à l'intérieur ou hors de l'institution, et l'on a commencé souvent de manière très empirique à pratiquer la rééducation avec le cheval. Séances quelquefois maladroites, souvent peu construites et donc peu fiables, mais qui sont la plus sûre des démonstrations d'une heuristique qui découvre à chaque fois que « quelque chose » se passe ! »

Ce « quelque chose », je vais tenter de l'analyser. Il est certain que montrer ne suffit pas. Pour acquérir un statut d'activité à prétentions éducative, thérapeutique, sportive et/ou de loisir, la thérapie avec le cheval doit confronter sa pratique à la théorie, afin de se doter d'outils de travail et d'investigation plus fiables. Confrontation aux théories, devrais je écrire au pluriel, puisque cette technique s'inscrit diversement dans plusieurs champs conceptuels qui lui permettent de fonder sa pertinence.

Voici donc exposés les fondements de cette thèse qui, loin de traiter de manière exhaustive tous les domaines théoriques, en présente néanmoins différents aspects. Ainsi, après une présentation de la zoothérapie, de l'animal qu'est le cheval, et afin de mieux cerner ce qu'est l'équitation thérapeutique aujourd'hui en France, il est important de s'intéresser à sa genèse et à son évolution. Pour cela, il est nécessaire de s'aider des différentes terminologies employées et de leurs définitions, ainsi que de présenter les associations concernées et les formations spécialisées proposées en France. Ce cadre étant posé, nous pourrons alors nous soucier des aspects moteurs et psychologiques de l'équitation thérapeutique afin d'en énoncer ensuite les indications et de comparer les thérapies traditionnellement utilisées à la thérapie avec le cheval. Quant à l'aspect éducatif de la thérapie avec le cheval, notamment utilisée pour les adolescents et enfants en difficultés psychosociales, je le décrirai à partir de ma propre expérience. Enfin, la dernière partie sera consacrée à la description des modalités pratiques.

Un des buts de ce travail est donc de décrire les aspects pratiques de l'équitation thérapeutique afin que ceux qui l'utilisent puissent s'y référer. Il est bien certain que, les thérapeutes venant d'horizons différents, chacun d'entre eux travaille en fonction de sa spécificité, de sa formation et de la population de patients qu'il soigne. On ne peut donc prétendre à aucune exhaustivité et ce travail est lui aussi dépendant d'une expérience personnelle.

Il existe déjà divers travaux qui décrivent les modalités d'une activité donnée et l'évolution des patients du groupe décrit. Le but de ce travail est différent. Il s'agit plus de donner un reflet des pratiques et des approches en dégageant ce qui fait la spécificité de l'utilisation du cheval dans un but thérapeutique. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données descriptives à l'échelle nationale ni de données chiffrées ou statistiques représentatives de ces pratiques. Celles-ci découlent en effet encore souvent d'initiatives isolées qui se sont ensuite développées individuellement. Elles sont donc difficilement comparables.

Partie 1

Présentation d'une zoothérapie : la thérapie avec le cheval

Dans cette première partie, je vais présenter la zoothérapie, et plus particulièrement l'équithérapie ou thérapie avec le cheval. Qu'est-ce réellement ? Depuis quand parle-t-on de zoothérapie ? Quels animaux sont utilisés ? Tels vont être les sujets développés dans un premier temps. Avant de pouvoir expliquer et discuter de l'équithérapie, il faut faire connaissance avec l'animal : le cheval. Son histoire et son évolution utilitaire, tellement différentes des autres animaux utilisés en thérapie, méritent d'être expliquées. Animal tantôt considéré comme animal de compagnie, tantôt élevé pour sa viande, nous développerons dans les pages suivantes, son mode de vie, son alimentation, son utilité actuelle. De plus, si l'on veut utiliser le cheval à des fins thérapeutiques en toute sécurité, il est nécessaire de comprendre l'animal, de savoir l'aborder et de savoir communiquer avec lui. Dans la dernière partie, nous commencerons à décrire la thérapie avec le cheval, notamment des différentes pratiques, de son histoire. Je présenterai les associations existantes en France et à l'étranger, la thérapie avec le cheval est répandue dans le monde.

Cette première subdivision a pour objectif de nous familiariser avec les termes qui seront utilisés tout au long de ce travail, avec l'animal, avant de s'intéresser plus spécifiquement à l'intérêt de la thérapie avec le cheval dans diverses pathologies.

1. La zoothérapie

De tout temps, l'animal a attiré l'homme, imprégné et influencé son comportement. Il est un domaine particulier où le règne animal peut être amené à jouer un rôle social et thérapeutique, c'est celui de l'assistance aux personnes en difficultés. Il est convenu de désigner par « Thérapie facilitée par l'animal » l'ensemble des multiples aides apportées par le chien, le cheval, le singe, le dauphin, etc…

1. Définition de la zoothérapie

Utilisé couramment en Amérique du nord, le mot zoothérapie provient de la racine grecque « *zoo* » qui signifie « animal » et « *thérapia* » qui signifie « cure, soin ». Il est important de déterminer la véritable portée significative de ce que l'on veut définir par le mot zoothérapie (1).

Certains la définiront comme « une méthode clinique qui cherche à favoriser les liens naturels et bienfaisants qui existent entre les humains et les animaux à des fins thérapeutiques et préventives » (2). D'autres préféreront la définir comme « Une

médiation qui se pratique à l'aide d'un animal familier consciencieusement sélectionné et éduqué. ». Elle se déroule sous la responsabilité d'un thérapeute : le zoothérapeute (3).

Quelle que soit la définition choisie, l'animal reste au centre de la thérapie, c'est un médiateur, un intermédiaire indispensable pour le thérapeute accompagnant le(s) malade(s) (3). L'animal agit comme un compagnon avec lequel le patient a des relations privilégiées permettant au zoothérapeute de comprendre et de déceler certains faits susceptibles d'être interprétés (4). Nous reviendrons sur cette notion par la suite. La zoothérapie mise sur la réciprocité dont fait preuve l'animal de compagnie et sur son potentiel de stimulation, de motivation et de contact affectif (3). Les champs d'activités sont très vastes, que ce soit à domicile, dans le milieu familial ou dans le milieu institutionnel, et s'adressent aussi bien à des personnes handicapées mentales, des personnes handicapées moteurs, des personnes âgées en perte d'autonomie, etc…. Les animaux de compagnies les plus couramment utilisés sont très variés : chats, chiens, oiseaux, poissons, chevaux, etc… (2).

Le zoothérapeute est avant tout une personne formée aux pratiques et à l'analyse de la médiation animale. Etre en contact avec un animal à qui nous demandons une mission bien spécifique, c'est avant tout l'observer dans ses comportements et dans ses réactions. Cela s'apprend. Il faut chercher à comprendre l'animal et à nous faire comprendre tout en étant constant dans nos demandes et nos attitudes. C'est apprendre la patience qui trop souvent fait défaut à l'être humain ! L'animal nous oblige à nous défaire de notre toute puissance : l'animal va d'abord répondre à son propre rythme avant d'obéir aux ordres extérieurs. Pour travailler avec un animal, il faut accepter de dialoguer avec lui. Il faut l'inciter par la confiance, et non par la contrariété et la violence (3).
Le zoothérapeute doit également suivre une formation dans la santé, le social ou l'enseignement pour lui permettre d'intervenir auprès de personnes ayant des difficultés d'ordre psychique, physique et/ou psychosocial. Le zoothérapeute est le porteur du projet en médiation animale. Il veille à être attentif aux attitudes et comportements de la personne à l'égard de l'animal (3).

« Nous n'avons que peu inventé sur la zoothérapie récemment » (3). En effet, les différents acteurs ont donné des termes précis, ont essayé de définir cette nouvelle approche de l'animal sans toutefois être d'accord sur chaque point. Ils ont utilisé cette nouvelle thérapie pour traiter de nombreux maux et symptômes. Mais n'oublions pas que cette notion est décrite dans de nombreux écrits depuis des siècles.

2. Histoire de la zoothérapie

Aristote (-384 -322), dans son *Histoire des animaux,* décrit pour la première fois l'interaction homme/animal. Il avait déjà parfaitement observé le comportement particulier des dauphins à l'égard de l'homme (1).

Le premier emploi volontaire connu d'animaux pour aider le psychisme de l'homme semble dater du XIème siècle à Gheel, en Belgique, où certains convalescents avaient pour tâche la garde d'oiseaux (1).

C'est au XVIIIème siècle que l'on retrouve les premières prémices de l'animal thérapeute. Diderot (1713-1784) préconisait la pratique du cheval comme moyen de rééducation dans le *Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* : « L'équitation est considérée comme un exercice qui fait partie de la gymnastique et qui peut être employée utilement pour la conservation de la santé et son rétablissement. Le mouvement du corps que procure l'équitation peut être salutaire » (1) (3).

L'anglais William Tuke (1732-1822), fondateur de la psychiatrie anglaise, fonda l'institut York Retreat après avoir été « outré » des conditions de vie des malades mentaux dans un asile d'aliénés de la ville d'York. C'est ainsi que Tuke utilisa une approche faite des concepts moraux de la bonté et de la considération de l'être humain. Il confia des lapins et des volailles aux malades mentaux pour leur entretien journalier afin de réduire au minimum les désordres des patients. Les malades se sentirent très vite responsables de ces animaux, et d'eux-mêmes par la même occasion. C'était, à cette époque, un très grand pas en avant pour la reconnaissance des malades mentaux qui étaient, la plupart du temps, attachés dans leur cellule (1) (3).

En 1867, à Bielefeld en Allemagne, l'institut Bethel soignant les épileptiques, explore les mêmes procédés par le contact avec des oiseaux, des chiens, des chats et des chevaux (1).

Ange Condoret (1923-1983), vétérinaire, s'intéressa plus particulièrement aux relations enfant/animal. Ces expérimentations sont restées dans les annales de l'observation des bienfaits apportés par la présence animale, auprès des enfants inadaptés notamment (3).

A la fin des années 1950, Boris Levinson, pédopsychiatre américain, fut le premier à parler du rôle de catalyseur social que peut jouer l'animal envers l'homme. Lors d'une consultation avec un jeune enfant qui refusait tout contact avec autrui et qui ne parlait pas, Levinson remarqua que la présence de son chien dans son cabinet déclenchait petit à petit des interactions entre l'enfant et le chien. L'enfant se mit à

parler pour la toute première fois. Dès lors, Levinson développa la théorie de la « pet-oriented child psychotherapy » appelée communément la zoothérapie. Il fut le premier à écrire sérieusement et largement sur l'utilisation des animaux dans le traitement de désordres psychologiques (1) (3) (5).

Les psychiatres Sam et Elisbeth Corson furent les premiers à développer les travaux de Levinson. Ils mirent en œuvre le premier programme de zoothérapie dans une unité psychiatrique à l'université d'état d'Ohio en 1977 (3).

De nos jours, il existe de plus en plus de programmes mis en œuvre, dans différentes structures, avec diverses approches mais il y a encore très peu de travaux ou d'analyses scientifiques sur la zoothérapie (3).

3. Intérêt de l'animal

Les relations entre l'être humain et l'animal existent depuis des millénaires. Ces relations se sont traduites dans des secteurs très variés. La survie de l'espèce humaine passait par l'utilisation de l'animal en tant qu' « utilitaire » (travaux dans les champs, moyen de locomotion…) et en tant que denrée alimentaire. L'animal fut ensuite associé aux notions de jeux et de loisirs : il fut d'abord utilisé lors de la chasse. Depuis quelques années, l'animal redevient un compagnon de travail : ce sont, par exemple, les chiens d'avalanches, les chiens de dépistage de drogue. Et, depuis peu, se développe réellement l'animal assistant l'être humain (1) (3). Mais qu'apporte-t-il véritablement à l'être humain ?

Sans pouvoir dresser une liste exhaustive, voici quelques points intéressants à décrire, notamment dans la relation animal/enfant :

- « l'animal transmettra de l'affection, de l'attachement, de l'amitié. Il ne laissera jamais l'enfant indifférent. Au contraire, il va l'aider à faire face à l'isolement ou à une solitude due à une incompréhension dans les relations avec les parents ou les enseignants,
- l'animal est le stimulus médiateur qui va permettre à l'enfant de se valoriser, de trouver son « moi », de canaliser ses émotions,
- l'animal va aider à la séparation avec les parents. Il va également jouer un rôle important dans la prise d'indépendance,
- l'enfant va apprendre à imiter, à construire son empathie,
- l'animal va entraîner le rire par son comportement et sa complicité avec l'enfant. Il va lui apporter le sens de l'humour ou l'aider à le retrouver. Ces comportements joyeux vont l'encourager à la bonne humeur » (3).

Outre un rôle thérapeutique qui fait principalement l'objet de nos préoccupations, l'animal joue donc plusieurs rôles vis-à-vis de l'enfant : d'une part un rôle affectif (animal confident, consolateur, protecteur, compagnon de jeu), d'autre part un rôle d'éducateur (responsabilité de prendre soin d'autrui, nécessité de soins, de nourriture, découverte de la mort et de la souffrance) et enfin un rôle de compagnon qui participe à l'élaboration du système de communication de l'enfant et à son développement sensoriel, psychomoteur et social (5).

Voici quelques éléments qu'il me parait intéressant de décrire. Il est impossible de créer une liste exhaustive de tous les éléments sur lesquels l'animal peut interagir avec l'être humain. De plus, chaque animal possède une ou plusieurs spécificités qui lui sont propres. Nous développerons plus loin les caractéristiques détaillées du cheval.

Je voudrais aborder un dernier point avant de continuer : la place de l'animal dans la famille. De nos jours, plus de la moitié de la population française possède un animal de compagnie. Pour la grande majorité des propriétaires, l'animal occupe une place privilégiée au sein de la famille et la plupart d'entre eux considèrent même l'animal comme un membre à part entière. Lorsque l'on regarde la définition du mot « chien » dans le dictionnaire, on retrouve des expressions qui peuvent nous amener à réfléchir : « Avoir un caractère de chien », « Etre malade comme un chien », « Nom d'un chien »… Ces expressions sont tellement ancrées dans notre façon de voir les choses qu'elles font partie de notre langage courant (3).

Quand on parle de zoothérapie, on ne parle pas d'un animal en particulier, mais du règne animal. Quels sont les animaux utilisés en thérapie ?

4. Les animaux

« D'instinct, le chien est l'animal auquel on pense en premier ». Il est, dans les sondages, « l'animal préféré des enfants » (3). Facilement accessible et transportable, le chien constitue par sa présence un univers pour le regard et le toucher (1). Il apporte du réconfort, transmet de la joie et de l'affection, il aimera se coucher sur un vêtement ou un bout de tissu qui lui rappelle l'odeur d'un proche (3).

Le chat possède une fourrure sous forme de pelage à poils mi-longs ou longs. Il est sans aucun doute un antidépresseur pour les personnes en état de tension. Il est reconnu qu'en caressant la fourrure d'un animal, l'angoisse, l'anxiété, et l'inquiétude

diminuent. Ses yeux ronds bien ouverts fascinent l'imaginaire des enfants. Lorsque ses miaulements ne suffisent pas pour se faire remarquer, il se frotte sur le bas des jambes. L'enfant utilise très rapidement le contact comme moyen de communication en présence d'un chat (3).

Le lapin est l'animal complémentaire. Il est très fréquemment représenté dans les dessins animés ainsi que dans les peluches offertes dès les premières heures de vie des nouveau-nés. La douceur, la gentillesse, la tendresse, l'attachement, l'affection et la complicité que l'enfant peut développer avec toutes ses qualités font du lapin l'animal par excellence pour travailler avec les enfants fragiles (3).

Les poissons, suite à une étude américaine, ont également une vertu thérapeutique. Des chercheurs de l'université de Pennsylvanie ont démontré l'action apaisante des poissons chez l'homme placé en situation de stress, notamment lors d'extraction dentaire (1).

Les dauphins peuvent également être utilisés. Ce sont généralement des individus captifs, dressés, conditionnés à interagir avec l'être humain sous forme de renforcement par de la nourriture. Ceci confère aux intervenants un contrôle sur les échanges entre les animaux et les patients. Les dauphins sont utilisés comme une source de motivation auprès des patients dans le cadre de rééducation physique ou langagière. « Au cours des sessions de thérapies, si les enfants réalisent le comportement physique ou verbal attendu, ils seront récompensés en ayant une interaction avec un dauphin ». Lors de ces interactions, les enfants peuvent caresser, nourrir ou se faire remorquer par un dauphin (accrochés à la nageoire dorsale) (6).

Quant aux chevaux, sujets de toutes mes préoccupations dans cette thèse, ils apportent une nouvelle notion : le portage. Dans la plupart des cas et surtout chez les enfants, le désir d'approcher, de toucher et d'enfourcher le poney ou le cheval est quasi immédiat. Et si pour d'autres, au contraire, l'appréhension domine, ce sentiment pourra être exploité, retravaillé dans un objectif thérapeutique ou éducatif. En tout état de cause, rarement un tel animal laissera indifférent (7). J'ai choisi ce sujet de thèse, non pas par hasard, mais par passion. Le cheval fait partie intégrante de ma vie depuis de nombreuses années. Dés l'âge de deux ans, les chevaux m'ont attirée. Si je croisais un cheval au détour d'une promenade, il fallait absolument que je m'en approche, que je le touche, que je l'enfourche… Pouvoir associer ma passion et ma profession dans un même travail est pour moi un véritable enrichissement. Ce sujet de thèse était pour moi une évidence.

Avant de pouvoir développer tous les aspects de l'équitation thérapeutique, intéressons nous à l'animal acteur de la médiation : le cheval.

2. Le cheval et sa pratique : l'équitation

Le cheval est un mammifère herbivore et granivore de la famille des équidés, qui comporte également l'âne et le zèbre. Les chevaux peuvent être regroupés et classés en fonction de leur race, leur utilisation, leur taille ou leur robe (couleur). En ce qui concerne les spécificités liées à l'espèce, les chevaux comptent sur leur vitesse pour échapper aux prédateurs, ont un bon sens de l'équilibre, un fort instinct de fuite et un trait inhabituel dans le règne animal : ils sont capables de dormir debout ou en position couchée. Les femelles, appelées juments, mettent bas après onze mois de gestation d'un petit nommé poulain. Celui-ci peut se lever et courir peu de temps après sa naissance. Le mâle non castré est qualifié d'étalon. Suite à la castration, il est dénommé hongre.

1. Anatomie du cheval

Tout dans le cheval fait penser à la course au travers des grands espaces découverts. La fuite est la plus sûre défense de cet animal dépourvu d'armes offensives. Ainsi tous ces caractères morphologiques convergent pour lui permettre d'échapper de façon instantanée et rapide à tout agresseur (8).

Le cheval est doté d'une charpente osseuse robuste, d'une très puissante musculature associée à un influx nerveux ultra-sensible (8).

Par convention, le cheval a trois parties externes principales : l'avant-main, qui comprend la tête, l'encolure et les membres antérieurs ; l'arrière-main composée de la croupe, des hanches, des membres postérieurs et de la queue ; et le corps, la partie centrale (9).

La taille moyenne du cheval adulte est d'environ 1,63m, avec un extrême supérieur de 2,15m et un extrême inférieur de 0,35m. Elle se mesure du sol au garrot (renflement situé à la jonction entre l'encolure et le dos) (9). Un poney est un cheval mesurant moins de 1,48 m.

A cet animal considéré comme « noble », fut attribué un langage réservé normalement à l'espèce humaine. En effet, le cheval a une bouche et non une gueule, et possède non pas des pattes mais des jambes, appelées « antérieurs » pour les jambes avant et « postérieurs » pour les jambes arrières. Nos ancêtres, qui en décidèrent ainsi, voulurent sans doute valoriser de la sorte leur monture, signe extérieur de richesse (10).

Somptueuse parure, la queue aux très longs crins est douée d'une mobilité expressive : relevée, voire même renversée, elle indique la bonne humeur ; plaquée entre les postérieurs, elle est signe d'inquiétude ou de peur ; agitée sans relâche de-ci de-là, elle traduit l'impatience, l'énervement (8).

La peau tout entière, poils compris, est riche en terminaisons nerveuses. Elles permettent de ressentir et de distinguer les sensations propres au toucher, à la température, la douleur, la pression (8).

Chaque œil embrasse un angle de plus de 180°. Le cheval peut aussi bien voir au loin, droit devant lui qu'autour de ses flancs. Bien que distinguant mal les couleurs, il évalue avec précision le moindre obstacle à éviter et retrouve le chemin suivi (8).

Le système olfactif du cheval est caractérisé par un organe de Jacobson très développé, une muqueuse pituitaire abondamment innervée et une intense vascularisation des voies olfactives. Cela explique sa grande sensibilité mais aussi certaines faiblesses comme les épistaxis (8).

Son ouïe, très fine lui permet de prévoir les tremblements de terre, de percevoir les ultrasons et de détecter les prédateurs (8).

Le dur sabot de structure complexe constitue un élément tactile de grande sensibilité. Il confère au cheval une sûreté de pied enviable. En effet, le cheval sait s'adapter instantanément à la nature du terrain, à son état et à ses variations. En hiver, le cheval peut donner l'impression de « marcher sur des œufs ». Quand le sol est gelé et non plat, il est doux dans sa démarche et fait très attention où il pose ses sabots. Détestant marcher sur un terrain de consistance molle, le cheval respecte, dans la mesure du possible, le cavalier tombé à terre et demeuré immobile. Ce sabot doit faire l'objet de soins attentifs, justifiant l'expression populaire « Pas de pied, pas de cheval » (8).

2. Les origines de l'espèce

L'histoire de l'homme et celle du cheval semblent de nos jours si étroitement mêlées et depuis si longtemps qu'il est difficile d'imaginer que l'un précédât l'autre. Et pourtant, bien avant que l'homme apparaisse, le cheval était !

Le cheval est un mammifère appartenant à l'ordre des ongulés, famille des équidés, genre equus, espèce caballus. L'évolution des équidés, qui s'est étendue sur une période couvrant quelques soixante millions d'années avant notre ère, a commencé au début de l'ère tertiaire (10).

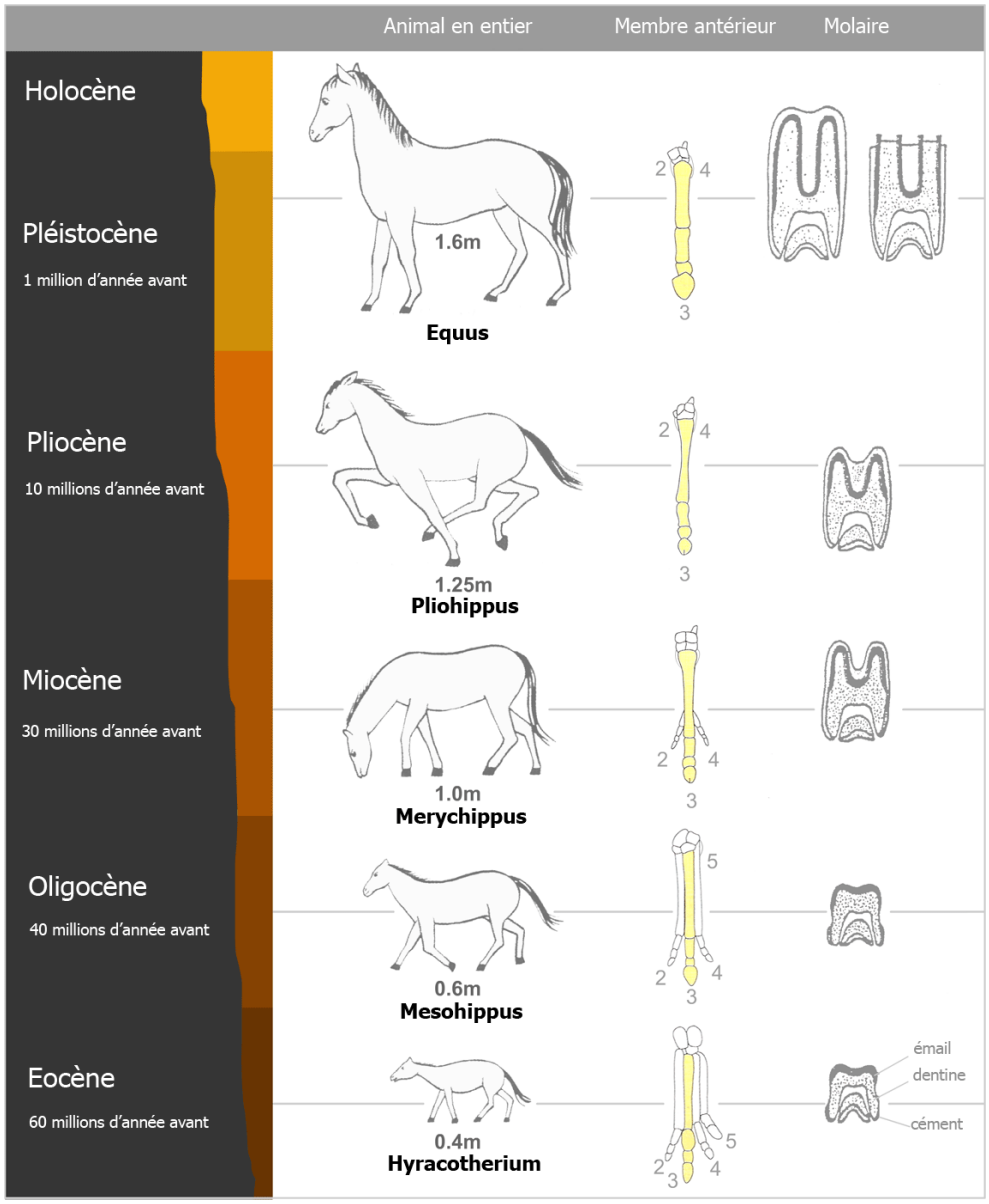

Figure 1 : Evolution de l'espèce (11)

L'ancêtre du cheval se nomme *Eohippus.* C'est un omnivore de la taille d'un renard, possédant quatre doigts aux antérieurs et trois aux postérieurs. La planète étant recouverte de vastes forêts tropicales, les articulations extrêmement mobiles de ce quadrupède lui permettent les changements de direction qu'impose cette vie en forêt (9).

Puis, il y a 50 millions d'années, les conditions météorologiques changent, le climat se refroidit et s'assèche, les forêts cèdent la place aux prairies. Et c'est ainsi que le cheval est contraint d'évoluer. Il devient un animal végétarien, broutant l'herbe en plaine. Un besoin de vitesse se faisant sentir pour échapper à ses prédateurs, son corps s'agrandit, le nombre de ses doigts diminue. Le changement de nourriture, passant des fruits mous facilement mâchés à l'herbe dure qui demande à être soigneusement écrasée, a pour conséquence le développement des molaires en aires de broyage (9).

Le successeur de l'*Eohippus* est le *Mesohippus*, apparu il y a 40 à 50 millions d'années. De 60 cm de hauteur, il n'est plus doté que de trois doigts et d'un sabot pour courir plus vite sur un sol dur. Sa dentition se modifie pour brouter l'herbe et non plus les feuilles. Puis vint le *Merychippus*, 20 à 17 millions d'années av. J.-C., animal de 80 cm de haut. Les deux derniers doigts continuent de s'atrophier. Le *Pliohippus*, il y a 5 à 2 millions d'années av. J.-C., n'a plus qu'un doigt. Enfin est apparu l'*Equus* quelques milliers d'années après. Sa taille atteint 1,25m à 1,35m. Ses yeux sont disposés sur les côtés pour détecter les prédateurs sur des grandes distances. Le naseau très ouvert permet l'inspiration de grande quantité d'air pour augmenter la vivacité et la rapidité. Il faudra attendre encore plusieurs milliers d'années pour que le cheval présente sa forme actuelle, *Equus caballus*, modèle toujours en usage depuis 750 000 ans (9).

Au sein de l'espèce se forment différentes races, spontanément ou artificiellement : des groupes d'individus possédant des qualités et des caractéristiques communes, les différenciant des autres races, les transmettent à leurs descendants. Les races spontanées se forment par sélection naturelle, en fonction de laquelle ne réussissent à survivre que les sujets aptes à s'adapter à un milieu déterminé et à transmettre à leur descendance leurs caractères particuliers. La majorité des races est issue de sélection artificielle, c'est-à-dire créée ou améliorée par l'homme en fonction de ses besoins.
On considère que toutes les races et tous les types de chevaux actuels descendent de trois branches principales, appartenant à une seule espèce. L'*eqqus przewalskii poliakoff* est la seule branche encore représentée. Cet *eqqus przewalskii poliakoff,* nommé *Przewalski* aujourd'hui, est le cheval « sauvage » de Mongolie (10). Le terme « sauvage » est dévié ici : cette espèce n'a subi aucune transformation, aucun croisement et est restée, anatomiquement parlant, identique à celle d'il y a 750 000

ans. Il vit encore en liberté dans les plaines de la Mongolie. Mais ce cheval n'a pas un caractère sauvage au sens strict, il s'est habitué à l'homme et est même aujourd'hui protégé et capturé pour éviter son extinction (8).

3. Utilisation du cheval à travers le temps

L'homme et le cheval se sont rencontrés il y a 1,5 millions d'années. Leur première relation n'a pas été l'amitié mais celle des dures lois de la prédation. Les peintures de Lascaux datées de près de 20 000 ans, montrent un cheval réduit à l'état de « brochette » à la suite des flèches qu'il vient de recevoir (9).

Animal d'abord chassé, puis domestiqué, le cheval est monté avant d'être attelé (9). La controverse se poursuit encore sur la question de savoir quel peuple a le premier réussi à domestiquer le cheval. Selon certains historiens, les Aryens et les Scythes, populations nomades, utilisaient les chevaux soumis à leur volonté depuis 2 000 ans avant J.-C. D'autres attribuent le mérite de la domestication aux chinois aux alentours de 3 500 ans avant J.-C. Depuis, l'homme n'a cessé de se servir du cheval, qui a constitué pour lui un instrument exceptionnel de progrès.

Par la suite, les chevaux furent voués, dans le cadre d'une cavalerie organisée et réfléchie, à une utilisation guerrière. Deux mille ans après avoir été bridé, le cheval apparaît attelé aux chars de combats, où il remplace l'âne (9).

Le cheval est devenu un compagnon indispensable aux agriculteurs, utilisant cet animal comme outil de travail au quotidien (9). Robuste auxiliaire, insensible aux intempéries, le cheval a permis, pendant des siècles, de cultiver la terre, d'en transporter les produits. L'agriculture n'aurait pu être développée sans son concours (8). Pendant des siècles, le cheval fournit une force de travail essentielle (10).

Le cheval fut également utilisé comme moyen de locomotion. D'abord pour les hommes et les guerriers, puis le transport hippomobile se développe pour toute la famille (10).

Avec l'avènement de la motorisation, un grand nombre d'emplois traditionnels du cheval ont été en partie ou totalement délaissés au profit de l'usage des machines. Cette constatation vaut pour l'utilisation du cheval à la guerre, lorsque la cavalerie a été remplacée par les engins blindés. De même, en agriculture et dans le domaine des transports, en un peu plus d'un demi-siècle, le changement a été radical. Tandis que les diligences et le transport hippomobile disparaissent, l'automobile se développe (10). Bien après la dernière guerre mondiale, on voyait encore à Paris, de lourds camions à traction hippomobile. Puis, plus rien… (8)

Le cheval n'est plus qu'un partenaire de sport, de jeu, cantonné dans des endroits particuliers, en marge de notre vie quotidienne (8). L'élevage chevalin s'est ainsi orienté de plus en plus vers les races de course ou encore vers la production de chevaux de polo ou aptes aux sports équestres. De nombreuses races, jadis affectées aux travaux agricoles se sont reconverties dans le tourisme équestre, une activité née du besoin d'évasion des grandes villes, de la redécouverte d'un mode de vie plus proche de la nature. On a vu surgir ainsi une foule d'écoles d'équitation, créées pour mettre en selle tous les amateurs désireux de consacrer leurs loisirs à cette activité, d'apprendre les premiers rudiments de l'art équestre et de se perfectionner (10).

Dans quelques rares régions du globe seulement, le cheval est demeuré un compagnon indispensable à la réalité de tous les jours car rien n'a pu le remplacer : dans le Far-West des Etats-Unis, dans les Pampas argentines…des pays de vastes étendues dévolues aux troupeaux (8). Les peuples cavaliers, notamment les Mongols, dont les enfants apprennent toujours à monter avant de savoir marcher, prouvent encore à quel point l'utilisation du cheval a été primordiale et déterminante dans l'histoire de l'humanité (10).

Cheval de guerre et de conquête, mais aussi cheval de labour, de transport, de poste, animal de boucherie aussi, il a été l'artisan, le facteur de la promotion humaine dans tous ces domaines. En retour, l'homme lui a voué sa reconnaissance et une admiration tenace, en hommage à sa force sauvage et dynamique, et à la violente énergie qu'il a toujours su manifester au cours des siècles. Maintenant que le cheval n'est plus pour nous un élément utilitaire, nous le fréquentons pour le plaisir. Ainsi se tissent entre lui et nous des liens « d'amitié » pure et désintéressée dignes de lui (8).

4. Emplois et disciplines équestres actuelles

Le cheval est aujourd'hui associé à la notion de plaisir. Il existe encore quelques métiers utilisant le cheval au quotidien. En effet, outre les vétérinaires, éleveurs, maréchaux-ferrants et autres métiers liés au cheval « plaisir », le cheval est utilisé comme moyen de locomotion et de surveillance. La garde Républicaine, les unités montées de police et les gardiens d'espaces verts sont des exemples. Un agent à cheval a une capacité de déplacement accrue, bénéficie d'une vision haute et dégagée, inspire le respect et rentre plus facilement en contact avec la population par l'intermédiaire de sa monture (8) (9) (10).

Certaines utilisations du cheval ont continué, plus par tradition que pour des raisons économiques, comme la surveillance de troupeaux en Camargue. En France, après avoir été délaissé en tant qu'outil de travail, le cheval est de nouveau employé dans de nombreuses tâches dans le cadre d'une société qui se veut davantage sensible à l'écologie. Le cheval passe à des endroits difficilement accessibles au tracteur et n'endommage pas le sol. Le débardage est en développement grâce à un bon rapport rendement/coût dans certaines configurations de terrain (8) (9) (10).

Voyons maintenant les disciplines équestres pouvant être pratiquées dans les centres équestres. Le jeune cavalier débutant l'équitation ne va pas exercer une discipline particulière. Il découvrira le cheval dans sa globalité, son environnement, ses comportements. Le cavalier devra apprendre à adapter son attitude au comportement de son cheval. Chaque discipline possède des avantages pour la progression du cavalier. De ce fait, un cavalier exercera tout au long de son apprentissage l'ensemble des disciplines équestres jusqu'à parfois se spécialiser dans une discipline donnée. Mais un véritable « homme de cheval », est un cavalier pluridisciplinaire.

Le dressage

Le dressage est un terme pouvant avoir deux significations. La première concerne le dressage du cheval, c'est-à-dire l'apprentissage dès son plus jeune âge, à accepter l'homme, à communiquer avec lui. C'est en quelque sorte l'éduquer, lui « apprendre à apprendre ». L'être humain enseigne au jeune cheval les comportements qu'il souhaite lui demander (donner les pieds, avancer, s'arrêter, tourner…) et les signaux par lesquels il les demande (voix, appel de langue, mouvements du corps, des mains, des jambes…).

La deuxième signification du terme « dressage » est la discipline équestre. Elle n'a pas d'autres objectifs que de faire du beau et du juste dans le plus grand respect du cheval : rendre le cheval facile et agréable à monter, régulier dans ses allures, docile, franc et aussi brillant que le permet son ensemble (9).

Le dressage est une succession de figures réalisées aux trois allures. Ces figures, d'abord basiques au début d'une carrière de cavalier, se compliquent au fur et à mesure de la progression équestre du cavalier (12). Entre le simple changement de direction et le piaffer (trot sur place), il s'écoule des années et des années de pratique.

Les compétitions de dressage se déroulent dans une carrière possédant des points de repères constitués par des lettres. La reprise est un texte qui donne l'ordre d'enchaînement et la description des figures à exécuter devant un jury. Les principes de jugement se portent sur l'attitude et la locomotion du cheval, l'aisance des mouvements, la position du cavalier. Sont aussi retenus, des critères sur l'ensemble harmonieux du couple : la soumission et la légèreté du cheval, son élégance ainsi que celle du cavalier, la discrétion des mouvements de celui-ci (9).

Le saut d'obstacles

Plus connu sous le nom de « jumping » ou de « CSO, Concours de Saut d'Obstacles », le saut d'obstacles est la discipline la plus pratiquée par les cavaliers et la plus connue du grand public. Le principe du saut d'obstacle est de franchir des obstacles sans la moindre faute : ne pas faire tomber la barre, ne pas passer à côté de l'obstacle, ne pas tomber, par exemple.

Lors d'une compétition, chaque concurrent doit franchir, dans un temps et dans un ordre imposés, un nombre déterminé d'obstacles artificiels (12). La forme, le nombre et la taille des obstacles sont définis par les règlements en fonction du niveau des cavaliers. La victoire reviendra au couple qui aura franchi tous les obstacles sans avoir commis de faute et le plus vite possible (9).

L'attelage

Les premiers chars apparurent vers 3 000 ans avant notre ère. Affectés presque exclusivement à la guerre, à la chasse et à la course, les chars furent par la suite adaptés aux transports. L'attelage et la traction chevaline furent anéantis en 1950 par le tracteur et le train. Grâce à de vrais passionnés, l'attelage a survécu à ces terribles années, et, aujourd'hui, on peut dire qu'il est en partie sauvé par les compétitions sportives (9).

Tout l'art du menage consistait à assurer la sécurité des personnes et des biens, avec une double préoccupation supplémentaire : la vitesse et la distance parcourue. Aujourd'hui, l'attelage est un moyen de transport touristique non polluant. On en retrouve, par exemple, dans la station de ski Avoriaz, station dans laquelle la circulation en voiture est interdite. L'attelage se met également en spectacle, au Puy du Fou par exemple.

L'attelage de compétition est une discipline pouvant être pratiquée à tout âge. Il est possible d'atteler en compétition 4 poneys, 2 ou 4 chevaux. En dehors des compétitions, il est possible d'atteler jusqu'à 8 chevaux ensemble (9). L'art du menage est fait de finesse, de nuance, d'observation (12). En compétition, la qualité et la compétence du meneur et de son équipage seront évaluées sur 4 épreuves : la présentation valorisera l'esthétisme, le dressage recherchera la soumission, le marathon prouvera l'endurance et la maniabilité montrera la précision (9).

La voltige (9)

La voltige consiste à exécuter des figures sur le dos d'un cheval non sellé mais muni d'un surfaix à poignées. C'est de la « gymnastique » à cheval.

On distingue la voltige en ligne et celle en cercle. La première nous vient de ces fameux cosaques qui la pratiquaient pour se dissimuler de l'ennemi en se cachant derrière ou même sous le cheval. Cette forme de voltige reste réservée aux professionnels des cascades et des spectacles.

Plus traditionnelle, la voltige en cercle fait d'avantage appel à des qualités gymniques qu'à des performances sensationnelles. Le cheval est tourné en rond, dit « à la longe » par une aide, le longeur. Le cavalier, dit « voltigeur », va effectuer un certain nombre de figures. Ces figures sont fondées sur l'harmonie avec le rythme du cheval, l'équilibre, la coordination des gestes. La force et le mouvement du cheval sont transmis au voltigeur qui doit se soumettre à une discipline faite à la fois d'élan et de souplesse. Les exercices sont réalisés au pas ou au galop, allures les plus confortables.

Pour la voltige, il convient de travailler avec un cheval calme, peu chatouilleux, qu'on habituera à tourner à la longe au galop cadencé, c'est-à-dire régulier.

Le horse-ball (9)

Le horse-ball s'inspire des règles du rugby, du basket et de la voltige. Deux équipes composées de 6 cavaliers doivent ramasser un ballon pourvu de six anses de cuir et l'envoyer dans les buts placés de chaque côté du terrain, représentés par un cerceau fixé à 3,5 m du sol. Les cavaliers ne doivent jamais mettre pied à terre pour s'emparer du ballon et ne peuvent tirer au but qu'après avoir réalisé trois passes entre trois joueurs différents de la même équipe.

Ce jeu de passes, d'attaque et de défense implique des cavaliers à la fois adroits et vigoureux. Quant aux montures, robustesse et rapidité, sang froid et engagement sont les principales qualités exigées.

Le pony games (9)

L'enfance est le moment privilégié de la découverte du milieu et des autres. Le jeu contribue et favorise largement l'apprentissage de nouvelles acquisitions par les échanges qu'il suscite et par la mémorisation qui en découle. Les pony games sont des jeux à poney, réservés au moins de 16 ans en compétition. Véritable sport d'équipe, le pony games distingue 4 formes de jeux : les jeux de vitesse, les jeux d'adresse, les jeux par paires, et les jeux à terre, cheval en main. La liste n'est pas limitative : pour l'entrainement ou le divertissement, on en dénombre plus de 70 variantes.

Les courses

C'est en Asie, il y 3 000 ou 4 000 ans, que l'on retrouve la trace des premières courses de chars. Mais c'est aux britanniques que revient la suprématie en matière de course. C'est au début du 12ème siècle que sont organisées les premières courses. Ces compétitions avaient pour seul but de comparer les valeurs respectives des chevaux avant de procéder à la vente. Et ainsi se justifient les courses : l'amélioration des races chevalines (9).

Aujourd'hui les choses n'ont pas fondamentalement changé. Les courses sont la récompense de la qualité du travail de l'éleveur, dans la recherche génétique et dans l'amélioration des races (10).

Il existe deux types de course : de trot et de galop.
La course de trot est un équivalent moderne à la course de chars, les chevaux sont attelés à un sulky. La course se dispute toujours sur un terrain plat (13).
Les courses de galop sont de deux types : le plat et l'obstacle (9).

Les courses sont régies par un règlement reposant sur le « handicap ». L'objectif est d'offrir à tous les chevaux d'une épreuve donnée, les mêmes chances de l'emporter. Pour ce faire, on procède à une sorte d'étalonnage artificiel des concurrents, fondé sur l'idée simple qu'un cheval qui a déjà gagné une ou plusieurs épreuves présente, en principe, plus de chances de s'imposer que celui qui débute. Pour gommer cet avantage supposé, on va charger en poids les chevaux les plus primés. Il existe des normes inférieures et supérieures en poids total, jockey et matériels compris. Par exemple, en galop plat, le poids devra être compris entre 44 et 60 kg (9).

Les plus grands champs de course français sont parisiens et spécialisés dans un type de course : Longchamp est « la Mecque » du plat, Auteuil « le temple » de l'obstacle et à Vincennes, on « trotte » (9).

5. Lieu de vie du cheval

a. Hébergement (14) (15)

On entend par hébergement, les locaux où les chevaux vivent. Ainsi, en fonction de leur taille, de leur caractère et des installations du centre équestre, il existe plusieurs types d'hébergement.

Figure 2 : Box

Le box est un lieu d'un volume d'environ 27 m^3, où le cheval vit seul. Il est ainsi libre de grignoter sa paille, de passer la tête à l'extérieur du box pour observer les événements extérieurs.

Figure 3 : Stabulation

La stabulation est un espace couvert où plusieurs équidés sont regroupés en liberté. Elle est fréquemment utilisée pour des poneys ou des chevaux de petites tailles.

Figure 4 : Pré

Le pré est un espace clos en herbe, comportant des abris naturels (arbre) et/ou construits pour abriter le cheval.

b. Alimentation

Le cheval est un herbivore, et à l'état naturel, il passe la plupart de son temps à brouter. Il ne rumine pas (15). Son estomac est petit, il ne peut absorber que peu de nourriture à la fois, sans quoi il ne digère pas totalement sa ration (14).

Il ne vomit pas : certains muscles situés à l'entrée de son estomac, comme le cardia, le lui interdisent. Il est donc nécessaire de fractionner la ration journalière du cheval domestiqué en 3 à 5 repas. La multiplicité des repas associée au grignotage de la paille limite l'ennui de la vie en box et prévient tout problème de digestion (15).

Les aliments sont classés en deux grandes familles : les fourrages et les concentrés.
Les fourrages sont constitués de foin et de paille.

Figure 5 : Paille

La paille est composée de tiges séchées de graminées, essentiellement du blé, dont les grains ont été ôtés (14) (12). Cette paille est utilisée comme litière. Elle tapisse le sol du box ou de la stabulation. Propre est abondante, elle assure la santé et le confort du cheval en l'isolant du froid, en jouant le rôle de matelas favorisant le repos. Il est nécessaire d'entretenir cette litière régulièrement. Pour cela, il faut enlever les crottins au fur et à mesure, remettre chaque jour de la paille fraiche, renouveler l'ensemble de la litière et récurer le sol toutes les semaines (15) (14).

Figure 6 : Foin

Le foin, herbe de prairie, coupée et séchée, constitue un aliment complet (15) (14). Il fournit tous les composants nécessaires à la vie, mais il devrait être donné en trop grande quantité à un cheval au box pour constituer l'unique aliment. D'où l'utilisation complémentaire d'un deuxième type d'aliment : les concentrés (16).

Les céréales et les aliments complets constituent cette deuxième famille d'aliments : les concentrés.

Figure 7 : Mélange de céréales

Les céréales sont l'orge, l'avoine et le maïs.

Figure 8 : Granulés

Les aliments complets, les plus utilisés aujourd'hui, sont élaborés industriellement. En forme de granulés, ils se composent de céréales naturelles broyées, auxquelles se rajoutent d'autres aliments, au gré des fabricants, tels que le tourteau de soja, des farines (15). Ces granulés peuvent être également enrichis en vitamines et minéraux. De même valeur énergétique et nutritive que les céréales, les granulés se présentent sous un volume moindre et se conservent plus facilement (14).

La ration journalière, soit la quantité de nourriture que doit consommer le cheval en 24 heures, varie selon l'espèce, la taille, le travail fourni, l'âge et la gestation (16). Pour un cheval au box, l'alimentation sera composée de paille, de foin et de granulés. Pour un cheval au pré, l'alimentation varie en fonction de la quantité et de la valeur nutritive de l'herbe du pré, en fonction des saisons. En été, surtout dans nos régions, l'herbe fournie par le parc sera suffisante. Quand l'herbe se raréfie, il faut compléter l'alimentation par du fourrage voire des granulés, surtout pour les femelles gestantes et les poulains.

Le cheval boit entre 20 et 40 litres d'eau par jour, selon ses activités et la température extérieure. Aujourd'hui, tous les centres équestres sont équipés d'abreuvoirs automatiques, permettant au cheval de boire régulièrement et par petites quantités (15).

c. Lieu de travail

Figure 9 : Manège

En hiver, le lieu de travail privilégié est le manège. C'est une surface couverte, généralement rectangulaire, aux dimensions variables. Le pourtour du manège est constitué d'un pare-botte, plan incliné en bois, permettant au cheval et au cavalier de conserver une distance de sécurité par rapport au mur. Le sol est souple, composé de sable, sciure, copeaux de bois… Des repères visuels sont placés dans le manège : ce sont des lettres disposées à des endroits précis, permettant de réaliser certains exercices et notamment de pratiquer une discipline : le dressage.

Figure 10 : Carrière

La carrière est une aire d'évolution découverte mais close de dimensions et de reliefs variables. Praticable essentiellement l'été et en intersaisons, les carrières sont de taille plus grande et permettent de pratiquer, entre autre, du saut d'obstacles. Le sol est généralement du sable ou de l'herbe.

6. L'équipement du cheval et du cavalier (15)

<u>L'équipement du cheval</u>

Le licol, utilisé avec une longe, est un harnachement simple destiné à l'attache et au déplacement en main du cheval.

Le filet, en cuir, équipé d'un mors et de rênes permet de diriger sa monture.

La selle est le siège en cuir que l'on place sur le dos du cheval. Un tapis de selle est placé entre la selle et le dos, il protège le garrot et le dos du cheval du frottement de la selle et absorbe la sueur. La selle est équipée d'une sangle permettant de la « fixer » sur le dos de l'équidé et d'étriers sur lesquels le cavalier peut appuyer ses pieds.

L'équipement du cavalier

Pour des raisons de sécurité, l'équipement du cavalier doit répondre à deux impératifs : protéger la tête, et porter des chaussures permettant de libérer les pieds rapidement en cas de chute.

La bombe assure la protection de tout le crâne grâce à un maintien assuré par une fixation 3 points.

Les bottes permettent un appui franc et souple du pied du cavalier sur l'étrier et de déchausser facilement, en cas de menace de chute notamment.

Les culottes d'équitation, pantalons spécifiques, sont adaptées à la pratique de l'équitation. En tissu élastique, elles sont renforcées aux zones d'appui, notamment au niveau des genoux.

Figure 11 : Equipement du cheval et du cavalier

7. Comportement et communication

a. Psychologie du cheval

Contrairement à l'image déformée que poètes et écrivains ont donné au cheval sur le plan psychologique, le courage et la témérité de cet animal relève de la pure imagination (10). En réalité, le cheval est un animal timide et craintif. On le dit « paresseux », mais en fait il s'économise pour fuir en cas de danger ou pour se battre. C'est un animal grégaire qui se sent plus en sécurité au milieu de ses congénères qu'isolé (9). Sa soumission à l'homme constitue en fait une sorte de compromis avec lui-même, le moyen de remédier à cet état d'insécurité permanent qui le caractérise (10).

D'une manière générale, on peut dire que des centaines d'années de captivité n'ont pas effacé les principaux traits de la personnalité psychologique du cheval. Son instinct de survie est la fuite, réaction pulsionnelle à tout ce qui le surprend et qu'il considère comme un danger. En effet, l'émotivité du cheval est connue de tous ceux qui ont à faire avec lui, cette particularité composant la base des conseils de sécurité lors de toute approche de chevaux (7). Avant d'aborder un cheval, pour éviter tout coup de sabots inopportuns, il est nécessaire de prévenir le cheval de notre présence. De simples paroles permettent d'attirer son attention (15) (14). Nous avons conservé, de l'époque de la chevalerie, l'habitude d'aborder le cheval par la gauche. En effet, portant l'épée à gauche, le chevalier n'avait d'autre choix que d'approcher et de monter son cheval de ce côté s'il ne voulait pas le blesser (15).

Mise à part cette peur atavique et sa timidité, le cheval possède une intelligence et une sensibilité hors du commun. Cet animal est doué d'une excellente mémoire, il n'oublie pas les mauvais traitements : il est ainsi capable de se souvenir, plusieurs années plus tard, de toutes les souffrances endurées au cours de son existence. Ses rapports avec l'homme sont basés sur la confiance. C'est en effet le sentiment d'être protégé qui le lie à l'homme, lequel devra se montrer ferme et décidé mais aussi prévenant et attentif. Il réussit à interpréter la volonté de l'homme au ton et à l'inflexion de sa voix (10).

Le cheval, comme l'homme, possède des traits de caractère qui contribuent à sa personnalité. Il y a en effet, des sujets « paresseux », « apathiques », « généreux », « combatifs », « irritables », « curieux », « indifférents », « obéissants », « têtus ». Sur le champ de course, ses comportements sont encore plus manifestes : on y rencontre des sujets particulièrement combatifs, qui luttent pour ne pas se laisser dépasser par un adversaire ; d'autres doivent être énergiquement stimulés ; d'autres encore se démoralisent ou capitulent lorsqu'un adversaire s'apprête à les dépasser (10). Ces différents traits de caractère permettent la constitution de la hiérarchie dans un troupeau (17).

A l'égard des autres animaux, le cheval est assez sociable, notamment à l'égard du chien et de la chèvre, dont il aime particulièrement la compagnie (10).

b. Communication entre chevaux

Les chevaux s'expriment et communiquent entre eux par des sons : le gémissement et le hennissement. Le premier consiste en un son bref et faible, de tonalité grave et traduit une sensation de douleur. Le hennissement, variable, caractérise des situations et des sentiments différents. L'émission de sons aigus et prolongés, répétés, expriment la joie ; en revanche, brefs et aigus, ils traduisent la colère ; prolongés et se terminant par des tons graves et répétés, ils révèlent le désir ; des tonalités graves et brèves, presque étouffées, expriment l'effroi (10).

L'essentiel de la communication équine réside dans les postures, les attitudes, les gestes qu'ils ont les uns envers les autres. Ainsi, la position des oreilles, l'angle de la tête et de l'encolure, les mouvements de la queue indiquent l'humeur et la volonté du cheval. Prenons l'exemple des oreilles, lorsque l'animal porte simultanément ses deux oreilles en les rabattants sur la nuque, « il est facile de prévoir son intention de révolte, voire le désir de mordre et d'agresser ». C'est une manière de menacer son entourage. La même position mais avec les oreilles immobiles, surtout lorsque le cheval est en mouvement, traduit « un état de tension qui pourrait se manifester par des défenses à l'égard du cavalier ». Le fait de maintenir ses oreilles immobiles et d'avancer la tête en les remuant de temps à autre, dénote un état d'insécurité et de peur. Des oreilles qui pendent passivement, « traduisent un désintérêt de l'animal pour ce qui l'entoure, bien qu'il continue à percevoir les sons et les bruits, mais avec une certaine indifférence ». Cette attitude peut être révélatrice d'une souffrance. Enfin, lorsque l'animal est en mouvement et que les oreilles sont tournées vers l'avant, mais légèrement inclinées, ce qui lui donne un port hardi et assuré, « il prend là son attitude la plus franche » (10) (15).

Figure 12 : Le langage des oreilles (15)

Quant à la communication olfactive, « on ne sait pas précisément à quelle distance ni à quel point les chevaux communiquent par les odeurs ». Les phéromones et les odeurs corporelles leurs apportent des renseignements précieux, c'est pour cela que les chevaux se flairent, en particulier lorsqu'ils apprennent à se connaître. Le contact naso-nasal, leur permettant d'échanger leur souffle, est particulièrement important dans les liens équins. Lors de l'établissement du pont olfactif, les chevaux échangent, en quelque sorte, leur carte d'identité (9).

Ainsi, que ce soit au pré ou au box, le cheval conserve son instinct grégaire et a besoin de communiquer avec ses congénères. Il est bon de ne pas le laisser seul dans un pré (9).

c. Communication homme/animal

L'échange avec le cheval est complexe car d'une part, la communication n'est pas de même nature que celle entre humains, et d'autre part, elle passe par l'intermédiaire des corps du cavalier et du cheval (7).

La communication avec un cheval se fait à deux niveaux : il est capable de comprendre (suite à un apprentissage) la signification des messages que nous lui envoyons volontairement, comme des ordres vocaux, mais il sait également décrypter notre langage corporel, principalement s'il peut faire des associations entre notre gestuelle et celle d'un congénère (19).

Les chevaux communiquent assez peu vocalement, mais comme c'est le premier moyen humain, nous en usons habilement. Avant de comprendre les mots, le cheval comprend les intonations. « Parler ou chantonner d'une voix grave et basse calme le cheval et peut inciter certains méfiants à approcher. Au contraire, un cri aigu peut aider à repousser un cheval dont la conduite est inconvenante ». Quand le cheval est éduqué, il peut reconnaître des mots que nous utilisons fréquemment. Il s'aide de notre intonation et de notre posture pour comprendre ce que nous voulons et apprend ainsi le « sens » du mot (18) (19).

En ce qui concerne le cheval, la première communication entre lui et l'homme se fera sur le plan postural par l'analyse du langage corporel. Le cheval observe le comportement de l'homme, notamment la fluidité de ses mouvements : des gestes amples et souples sont signes de tranquillité et de calme, par opposition aux mouvements saccadés preuve de tension. Il réagit en fonction de ce qu'il perçoit et avec ce qu'il connait : un individu dangereux aura une attitude menaçante, situation qu'il retrouve chez ses congénères (19). C'est ce qu'on appel l'« isoesthésie ». L'« isoesthésie » est donc la communication qui s'exprime au travers des postures, des gestes, des mimiques, autrement dit de mouvements corporels renseignant sur l'humeur, les intentions et autres manifestations de la personnalité. Le cheval, animal réceptif, est très sensible à ce genre de message et adapte son comportement aux messages perçus (18).

Lorsque l'homme est à cheval, on observe également une adaptation du cheval à son cavalier : c'est l'« isopraxie ». L'« isopraxie » est la communication motrice reliant le cheval à son cavalier. Tout mouvement du cavalier tend à provoquer chez l'animal un mouvement homologue. De même, tout mouvement du cheval tend à entraîner chez le cavalier une gestualité homologue. Ainsi le cheval contracte et relâche ses groupes musculaires en même temps que le cavalier agit et cède avec ses propres groupes musculaires (18). L'inadéquation des demandes du cavalier par rapport à sa contraction musculaire peut provoquer des troubles de la communication. Cependant le cheval a la capacité de comprendre plus ou moins intuitivement ce qu'on attend de lui. Cette qualité « protège » la personne déficitaire d'apprentissages trop contraignants voire irréalisables (7).

Cette tendance qu'a le cheval à adopter un même mouvement (« isopraxie ») et une même sensibilité (« isoesthésie ») font de lui un expert en empathie. Il adapte en permanence ses réponses à la communication de son cavalier (7).

« Pour entrer réellement en contact avec un cheval et donc communiquer avec lui, il faut commencer par utiliser des rites les plus proches possibles de ceux des chevaux. Bien sûr nous n'en sommes pas et il est vain de croire que le cheval puisse nous prendre

pour un véritable congénère, mais il semble capable de nous comprendre quand nous essayons d'imiter ses attitudes. En premier lieu, et quoi que l'on veuille faire avec un cheval, il convient de rester calme, patient et tolérant. Chaque moment de communication est un dialogue : il faut interpréter les réactions du cheval afin d'adapter nos demandes ainsi que notre attitude. Il ne faut pas oublier qu'il ressent et interprète tout. C'est ainsi que nous lui transmettons des sentiments que l'on aimerait parfois garder pour nous (peur, nervosité…). Les gestes doivent être dépourvus d'agressivité. La voix doit être calme et posée. La gestuelle doit être habilement associée à la voix afin d'assurer la clarté du message. La communication par contact est aussi très importante, elle rassure le cheval, le guide dans certains déplacements et surtout nous permet de lui communiquer notre affection » (19).

Conclusion

Considéré comme « la plus noble conquête de l'homme », présent dans les mythes, les légendes, nombre d'encyclopédies et dans toutes les formes d'art, le cheval est, de tous les animaux, celui qui a sans doute le plus marqué l'histoire et les progrès de l'humanité. Aujourd'hui, il n'est pratiquement plus utilisé comme outil de travail, mais l'homme lui a trouvé une nouvelle fonction : le divertissement. L'équitation, associée à la notion de plaisir, peut être pratiquée en compétition. Plusieurs disciplines sont pratiquées en France à ce jour. Le cheval, par sa hauteur, par son comportement d'indifférence envers l'humain s'il n'est pas sollicité induit le respect. N'ayant aucun moyen de défense, le cheval fuit toutes les situations qu'ils considèrent comme dangereuses. Animal grégaire, la présence de ses congénères le rassure. Sa posture et ses déplacements, liés à sa position de quadrupède génèrent des mouvements et des ressentis différents de ceux des bipèdes. De ce fait, les modes de communication entre l'homme et l'animal paraissent simples mais, sur le plan psychologique, sont d'une grande complexité. Le toucher, la vue, le ressenti sont autant de sens intervenant dans cette communication.

3. Le cheval « thérapeute » pour l'homme

Intéressons nous maintenant à la thérapie avec le cheval. Quand une personne me demande mon sujet de thèse, elle est toujours surprise par l'annonce « La thérapie avec le cheval ». Outre leurs yeux étonnés, les premières réactions sont des questions. Qu'est ce que la thérapie avec le cheval ? Depuis quand existe-t-elle ? En quoi consiste-t-elle ? Existe-il des associations à qui s'adresser ? Ces questions sont les plus fréquentes. Je vais m'efforcer dans cette partie d'aborder et de répondre à toutes ces questions. Commençons par redéfinir les termes.

1. Différenciation des pratiques

De très nombreux termes sont utilisés à plus ou moins bon escient. Il est important de les qualifier et de les définir.

L'équithérapie est le terme le plus utilisé. Du latin *eqqus* « cheval » et *therapeia* « prendre soin de », l'équithérapie désigne dans un premier temps les « soins au cheval ». Aujourd'hui, son sens est dérivé : l'équithérapie signifie prendre « soin de la personne avec le cheval » (20). L'objectif est d'agir sur le fonctionnement psychique du patient, par des moyens psychiques et corporels (21). Ce terme très précis est utilisé à mauvais escient : c'est le terme utilisé par défaut, quand on ne sait pas quel terme choisir exactement. C'est le terme utilisé lorsque l'on veut parler d'équitation à but thérapeutique.

L'hippothérapie est définie comme étant une prise en charge davantage kinésithérapeutique, mettant en avant les bienfaits de la situation, obligatoirement à cheval, sur la motricité et la sensorialité (21). Le patient n'exerce aucune action sur le cheval, il se laisse porter, bercer par les mouvements du cheval, qui à eux seuls, constituent le traitement (22). Elle s'adresse à des porteurs de handicaps très lourds, incapables d'avoir une action sur la préparation ou la direction du cheval. Cette méthode s'utilise uniquement à l'arrêt et au pas, le cheval est alors mené par une tierce personne (23). Par son seul déplacement et le mouvement hélicoïdal de son dos, l'animal mobilise près de 300 muscles chez le cavalier (20). L'hippothérapie est à voir comme une forme de rééducation fonctionnelle (20) (21).

La rééducation par l'équitation est la première appellation d'utilisation du cheval dans un but non sportif. Elle est aujourd'hui rendue obsolète par l'évolution des techniques de prise en charge mais conserve tout son sens (21). Précurseur de l'équitation thérapeutique en France, elle fut initiée par Hubert Lallery, masseur-kinésithérapeute et Renée De Lubersac, psychomotricienne (20). L'utilisation du cheval était à des fins de rééducation psychomotrice (21).

La thérapie avec le cheval (TAC) fut créée pour souligner la qualité des interactions possibles entre le cheval, le patient et thérapeute. Elle est axée sur la globalité psychocorporelle du patient (21). C'est à Renée De Lubersac, pionnière de la thérapie avec le cheval, que nous devons ce concept (24). Revenons sur les mots composant ce concept :

-Thérapie : « La thérapie avec le cheval constitue une ouverture supplémentaire qui vient s'ajouter à l'ensemble des possibilités thérapeutiques, dont le but essentiel est d'améliorer ou guérir, ou de conserver des acquis. Elle doit être conduite obligatoirement par des personnes formées aux soins, à l'écoute, à la relation d'aide. Elle est soumise, comme toute autre thérapie, à une prescription médicale. Le travail thérapeutique vise au remaniement des modalités relationnelles et de la communication, à soi, à l'autre, au monde extérieur. Le thérapeute doit être attentif à l'expression des émotions qui passe souvent par des substrats corporels comme les attitudes, postures, gestes, tonus, regards, utilisation de l'espace (éloignement/rapprochement). Ses émotions sont prises en compte par le thérapeute qui est à même d'en restituer un sens sous forme de messages corporels ou langagiers » (24).

-Avec : « et non pas « par » ou « sur ». Ce n'est pas le cheval qui est thérapeute et l'objectif n'est pas forcément la monte. C'est pourquoi il est accordé beaucoup d'importance et de temps aux rencontres à pied, qu'elles se déroulent avec un cheval en liberté qu'on observe ou avec lequel on interagit dans un manège, ou durant le pansage à l'écoute des signaux corporels qu'il renvoie, à la petite longe pour des temps de promenade dans le lieu de travail en accordant toute son attention à l'animal qui vous suit. Ces temps sont toujours encouragés, jamais négligés. Le thérapeute ajuste son temps à celui de la personne qui en est demandeuse, s'adaptant à ses rythmes, ses demandes, ses refus parfois. Le cheval introduit immédiatement de l'altérité et le patient lui-même doit s'adapter à la sensibilité, à l'écoute, aux réactions motrices du cheval. Celui-ci ne triche pas ; il reste toujours cheval, réagissant en fonction de ses codes éthologiques propres » (24).

-Cheval : « à la place d'équitation, car l'équitation avant tout, c'est la monte. Le cheval est un animal grégaire qui, ayant besoin d'une vie sociale, autorise les contacts corporels qu'il apprécie. Mais si vous ne vous intéressez pas à lui, il n'est pas comme le chien qui sollicite de vous une attention, une caresse ou un partage d'activités ; il ne vous en voudra pas. En thérapie, le cheval est le médiateur vivant de la relation entre le patient et le thérapeute. Les techniques de prise en charge sont variées. Elles sont à différencier des activités ou techniques équestres. En thérapie, il n'y a pas de notion de compétition ni d'apprentissages équestres spécifiques » (24).

La thérapie avec le cheval ou équitation thérapeutique sont donc les termes que j'utiliserai tout au long de ce travail. Cela peut paraître paradoxal lorsque l'on parle de handicap physique, mais nous verrons par la suite, que tout handicap peut avoir des répercussions sur le psychisme et le contact social. On ne peut en aucun cas négliger l'aspect psychologique qu'apporte le cheval. Ainsi, on pourrait penser qu'un adolescent perdant l'usage d'un bras ne sera pas aussi « handicapé » qu'une personne infirme moteur cérébrale tétraplégique. Mais les incidences sur sa vie peuvent déclencher des décompensations et des variations psychologiques à traiter sérieusement.

Pour tous ces termes, il s'agit bien de thérapie et non de sport. L'équitation thérapeutique n'a pas pour but de permettre la pratique du sport équestre à des sujets handicapés physiques ou mentaux. Il est bien entendu possible de rejoindre les deux aspects : l'acquisition de la technique et de la maîtrise de l'animal peuvent entrer en jeu dans l'évolution de l'individu, de même que la découverte d'une source inhabituelle de plaisir (25).

L'équitation loisir est une activité de détente pratiquée pour le plaisir. Il s'agit de séances d'équitation animées par un professionnel de l'équitation, se pratiquant généralement en groupe. La finalité est le loisir et le plaisir à travers une activité physique et l'apprentissage des techniques équestres de base. Cette activité ne comporte pas de notion de compétition ou d'objectif de progression équestre. Elle peut cependant participer à l'épanouissement de personnes en difficulté et favoriser leur bien-être (21).

L'équitation adaptée rejoint bien souvent la monte de loisir avec le même principe de base d'apprentissage des techniques équestres mais elle peut, si la séance est aussi encadrée par un professionnel formé aux handicaps, prendre une valeur rééducative. Le bénéfice pour la personne, en termes d'amélioration de sa santé, est secondaire à la pratique sportive. Elle peut conduire à la compétition de haut niveau dans les disciplines équestres traditionnelles. Tout comme la monte de loisir, ce type de séance s'effectue le plus souvent en groupe. Le plaisir apporté aux personnes en difficulté ainsi accueillies peut être un vecteur de progression important (21) (22).

2. Histoire de l'équitation thérapeutique

Les origines de l'équitation thérapeutique remontent sans doute aussi loin que l'histoire unissant l'homme et le cheval. C'est toutefois seulement depuis un demi-siècle que des activités de soins modernes sont pratiquées par la médiation du cheval (21). Retraçons l'histoire de la thérapie avec le cheval.

Platon (-424 -347) nous a transmis les traditions de soins des disciples d'Esculape, dieu médecin des Grecs et des Romains, qui traitait les maladies psychiques au moyen de l'équitation (26). Dans *Lachès*, Platon comparait l'équitation à la gymnastique et à l'entraînement au combat car elle permettait de rendre les jeunes gens la pratiquant plus vigoureux (6) (27).

Xénophon (-425 –355) nous légua un traité sur l'équitation, en tant qu'historien, philosophe et Général athénien (28). Il écrivit « Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps, mais aussi pour l'esprit et pour le cœur » (21) (29).

Hippocrate (-458 -377) décrit trois exercices fondamentaux de mise en forme que sont la marche, la course et l'équitation (28). 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. De plus, il affirmait que « l'équitation pratiquée à l'air libre améliore le tonus des muscles » (26) (29). Il évoquait l'aspect intéressant du rythme que procurent, à la santé, les allures à cheval, mais il reprochait à son maître d'en avoir fait un usage excessif et d'avoir fait périr un certain nombre de ses patients. Aussi Hippocrate veilla-t-il à en limiter l'application aux cas ne présentant aucun danger (6) (27).

Asclépiade de Prusse (-124 -40) recommande également le mouvement du cheval pour des patients épileptiques et paralytiques (26).

Galien (130-199), consolidateur et divulgateur des connaissances de la médecine occidentale, est le médecin personnel de l'Empereur Marc Aurèle (qui, parait-il, était un peu « lent » dans ses décisions). Il recommandait la pratique de l'équitation à Marc Aurèle afin qu'il puisse prendre ses décisions (26).

Après les invasions barbares, la gymnastique médicale tombe en plein discrédit et cela pour quelques siècles. Le Moyen-âge vit plutôt la médecine s'orienter vers la magie et les sciences occultes délaissant les activités corporelles (27).

Puis au XVIIe siècle, Esprit-Paul De Laffont-Poulotti écrivait : «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 » (27).

Mercurialis (1530-1606) dans son œuvre *De arte Gimnastica*, signale que l'équitation « n'exerce pas simplement le corps, mais aussi les sens » (26) (29). Il propose de réactualiser l'exercice équestre comme hygiène quotidienne. A cette époque, seuls sont conservés les exercices à visée militaire (27).

Au XVIIIe siècle, le médecin Christian Jahn pose l'indication de l'équitation pour les personnes hypochondriaques, leur recommandant de monter tous les jours.

Diderot (1713-1784), en 1751, écrit dans son Encyclopédie un Traité intitulé *De l'équitation et de ses conséquences pour maintenir une bonne santé et pour la retrouver*. Dans ce Traité, il explique que quelle que soit l'époque, les exercices corporels ont toujours été utilisés pour maintenir en bonne santé. Il précise également que l'équitation est au premier plan de ces exercices et qu'elle peut non seulement guérir certaines maladies, mais aussi les prévenir (26). Il la recommande aux dames pour « soigner les maladies nerveuses dont elles sont souvent atteintes » (27).

En 1889, dans *Revue sanitaire de la Province*, le docteur Perron fait part d'une étude intitulée : « Des affections provoquées par l'équitation, hygiène de cet exercice ». Dans ce travail, l'auteur traite des traumatismes et des troubles que peut provoquer l'art équestre. Cependant, il évoque conjointement les bienfaits de l'équitation sur l'organisme, notamment sur la mise en jeu des fonctions respiratoires, circulatoires et motrices (7).

C'est à Hôpital Universitaire d'Oxford (1917) qu'est créé le premier groupe d'équithérapie pour traiter le grand nombre de blessés de la Première Guerre Mondiale : l'objectif principal était « de tuer la monotonie des traitements thérapeutiques » (26).

Ces auteurs ont tracé la voie de l'équitation à but thérapeutique. A notre époque, d'autres personnes ont approfondi ces études et amélioré les techniques utilisées (26). La nouveauté, c'est que nous sommes sur la voie qui mène à une tentative d'explication scientifique (7).

La première expérience officielle d'utilisation de l'équitation par des personnes handicapées doit être rapportée à une kinésithérapeute norvégienne : Elisabeth Bodiker. L'inspiration lui a été fournie par une de ses amies cavalière, Lise Hartel (1921-2009). Atteinte de poliomyélite en 1943, elle voulut absolument persévérer dans son sport favori, elle refusait de « troquer son cheval pour un fauteuil roulant ». En 1952 aux jeux olympiques d'Helsinki, elle obtenu la médaille d'argent de dressage (23) (25).

Suite à cet exploit, Elisabeth Bodiker décide de faire monter, à titre expérimental, des jeunes handicapés dans sa clinique (7). Elle obtint de tels résultats par cette méthode thérapeutique nouvelle, que, dès 1953, les autorités norvégiennes appuyèrent l'ouverture d'un centre équestre spécialisé dans l'équitation thérapeutique pour enfants handicapés. Depuis 1964, l'équitation pour handicapés, ordonnée par un médecin, est remboursée par la Sécurité Sociale Norvégienne (23) (26).

Depuis cet évènement, les programmes d'équitation thérapeutique sont devenus plus populaires et se sont multipliés rapidement dans de nombreux pays du monde.

<u>A l'étranger</u>

L'équitation thérapeutique s'est développée en Angleterre grâce à Melle 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. Fut ensuite fondée en Grande-Bretagne, Riding for the Disabled Association, « RDA », coordonnant les multiples expériences réalisées dans ce pays (6) (27). « Elle fut reconnue d'utilité publique en 1969 » (6).

En Suisse, on peut citer le docteur Eva Hoeck qui est spécialisée depuis 1966 dans le traitement de la sclérose en plaques par l'équitation (27).

Les Etats-Unis quant à eux ont mis sur pied de grands centres spécialisés dont un des principaux est celui du centre hospitalier de Chicago. The North American Riding for the Handicapped Association, «NARHA» fut fondée en 1969 (27).

En France

En France, selon les pionniers de cette méthode thérapeutique, Mme Renée de Lubersac et Mr Hubert Lallery, la rééducation par l'équitation semble avoir vraiment commencé en 1965. Certes, avant cette date, des personnes handicapées physiques et mentales ont été mises en selle mais de façon sporadique (25).

En 1965, Hubert Lallery enrichit ses techniques de kinésithérapie en utilisant le cheval pour permettre à une jeune fille atteinte de la maladie de Little (paraplégie spasmodique survenant dans les premiers mois de la vie) de marcher (23) (25) (6) (27).

En 1967, Hubert Lallery présenta à la société française de kinésithérapie le premier rapport médical écrit en France sur la rééducation par l'équitation (25) (26) (6) (27). Cette méthode trouva son essor sous la dénomination de Rééducation Par l'Equitation, RPE (27).

Un autre catalyseur de ce mouvement en France fut Mr A. Belley, directeur de 1'Ecole Nationale des Handicapés de Garches, dont le fils fut atteint de poliomyélite. « Devant les longues et pénibles séances que son fils devait subir, Alexandre Belley fut intéressé par les nouvelles techniques de rééducation par l'équitation, sujet dont on commençait à parler avec l'exemple quasi miraculeux de Lise Hartel (27) ».

En 1969, Renée De Lubersac soutient le premier mémoire sur la rééducation par l'équitation pour le certificat de psychomotricité (25) (26) (27).

En 1970 nait l'Association Nationale De Rééducation par l'Equitation, « ANDRE ». Elle fut créée par des hommes et des femmes de diverses professions (médecins, kinésithérapeutes, psychomotriciens, assistantes sociales, handicapés et parents d'handicapés, enseignants d'équitation, directeurs d'établissement) tous intéressés par la mise à cheval de personnes handicapées physiques et mentales. L'association Handi-cheval lui a succédé (23) (25).

En 1971 fut créé le premier centre spécialisé, le centre « Les rênes de la Vie » (7) (23).

En 1972, Melle C. Tintrelin présenta la première thèse de doctorat en médecine sur la rééducation par l'équitation (25) (27).

En 1973, Renée de Lubersac et Hubert Lallery publieront ensemble l'ouvrage *La rééducation par l'équitation,* fruit d'un travail de recherche les ayant conduits dans toute l'Europe (21).

Dans les années 70 et dans la mouvance des courants d'idées apparues en 1968, fleurissent en France des initiatives utilisant le cheval dans le milieu psychiatrique. On peut citer l'exemple de l'hôpital de Jury-lès-Metz où, à l'initiative de son chef de service, cavalier lui-même, l'équitation a été utilisée comme activité thérapeutique. Pour cela une monitrice d'équitation a été embauchée par l'hôpital et un bon nombre de patients du service ont été régulièrement emmenés pour monter à cheval dans un centre équestre voisin de l'hôpital. Cette activité a vu son envergure diminuer après quelques années d'autant plus que le médecin chef devait changer d'hôpital et la monitrice partir à la retraite. Cette activité existe toujours dans l'établissement. Ce sont maintenant des équipes de soignants qui gèrent cette activité. L'équitation fait également partie des activités proposées aux patients hospitalisés dans le service réservé à la prise en charge des toxicomanes. De même, des enfants et des adolescents de pédopsychiatrie sont emmenés chaque semaine afin de monter à poney ou à cheval dans un autre centre équestre (27). Au Centre Psychothérapique de Nancy, c'est en 1981 que Phillipe Boichot, psychomotricien, développe les premières séances de poney à visée thérapeutique avec un kinésithérapeute. Se joint à eux Marie-Paule Rapenne en 1988 (17).

En 1986, la création de la FEdération Nationale des Thérapies Avec le Cheval, « FENTAC », marque la libération des activités de soin de la tutelle des fédérations sportives (21) (26). En effet, R. de Lubersac anime durant plusieurs années des stages de formation, sous l'égide de l'Association pour la Spécialisation de l'Enseignement et la Recherche dans les Thérapies d'Approche Corporelle, « ASERTAC ». En 1986, au cours de l'un de ces stages, certains réclament la création d'une nouvelle association de thérapie avec le cheval. Ils déclinent la spécificité de leur travail en définissant les particularités essentielles : tous sont thérapeutes, tous travaillent dans le domaine médical ou paramédical et sont cavaliers ; tous possèdent les connaissances théoriques et pratiques indispensables. Ils abandonnent les termes de Rééducation par l'Equitation pour le terme Thérapie Avec le Cheval et deviennent indépendants de Handi-cheval (17) (27).

La FENTAC fait partie de la Fédération Riding for Disabled International, « FRDI ». C'est une association internationale qui a été créée en 1988 au congrès international de Toronto (6).

Aujourd'hui, aux côtés de la Suisse, de la Belgique et du Luxembourg, la FENTAC participe activement au développement européen du Groupement International d'Etudes en Thérapie Avec le Cheval, « GIETAC ». Celui-ci a élaboré et agréé une Charte de déontologie des Thérapeutes avec le Cheval (6).

Dans sa thèse intitulée « La place de l'équitation dans la prise en charge des handicapés », réalisée en 1986, Melle Girardon écrit : « les initiatives mettant en œuvre les possibilités de cette méthode restent encore trop isolées, et trop mal connues. Les indications ne sont que trop rarement posées, ignorant ce moyen original qu'offre la rééducation par l'équitation, ce média exceptionnel qu'est le cheval » (25). Aujourd'hui, de nombreuses associations voient le jour, de nombreux centres équestres proposent des activités adaptées aux personnes handicapées, notamment parce que les médecines douces ou alternatives sont à la mode. Mais il faut se garder des dérives ! Ce créneau des personnes en difficulté génère des « idées » : l'usage des chevaux permet un excellent « rapport économique » pour des séances parfois non structurées en fonction des handicaps. Mme de Lubersac conseille de « se renseigner sur les sociétés ou associations, sur leur crédibilité, leur origine, leur projet et la formation des responsables » (24).

3. La thérapie avec le cheval aujourd'hui

a. Les associations en France

Il existe diverses associations qui regroupent des hommes ou des femmes intéressés par l'équitation pratiquée par des personnes touchées par une pathologie. Les buts sont variés : il peut s'agir de l'encadrement d'une pratique sportive spécialisée ou encore de la pratique d'équitation thérapeutique. Sans être exhaustif, on peut en citer quelques-unes.

Les associations de pratique sportive spécialisée

Il existe deux fédérations sportives agréées en France correspondant aux différents types de handicaps : La Fédération Française du Sport Adapté (handicap mental et troubles psychiques, troubles de l'adaptation), et la Fédération Française Handisport (handicap moteur, visuel et auditif). Toutes deux sont multisports et totalisent environ 60 000 licenciés.

Fédération française de sport adapté, FFSA

La Fédération Française du Sport Adapté a reçu la délégation du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative pour organiser, développer, coordonner et contrôler la pratique des activités physiques et sportives des personnes en situation de handicap mental, intellectuel ou psychique.

Ses missions sont :
- d'offrir à toute personne handicapée mentale ou psychique, quels que soient ses désirs, ses capacités et ses besoins, la possibilité de vivre la passion du sport de son choix dans un environnement voué à son plaisir, sa performance, sa sécurité et à l'exercice de sa citoyenneté,
- de développer la pratique du sport adapté (licenciés, formateurs, disciplines, rencontres),
- de développer le soutien au sport adapté (familles, établissements, associations, élus, administrations, entreprises...) (30).

Cette fédération s'occupe également de l'organisation de rencontres sportives. Les rencontres sportives sont classées en deux catégories, d'une part en journées dites non-compétitives et d'autre part en rencontres compétitives. Les compétitions sont organisées à échelon départemental, régional et national (27).

Fédération Française Handisport

Handisport équitation, section de la Fédération Française Handisport, est chargée d'organiser des manifestations compétitives ou non (rencontres). Elle organise et réglemente les épreuves compétitives.

Les patients pouvant y participer sont des personnes :
– paraplégiques et assimilés,
– amputées et assimilés,
– non voyantes et mal voyantes,
– Infirmes Moteurs Cérébraux (IMC) et assimilés.

Il existe des compétitions régionales, des compétitions nationales et un championnat de France. Outre leur niveau d'équitation, les cavaliers, pour participer à ces épreuves, doivent être classés en fonction de la gravité de leur handicap déterminant alors une catégorie. Quatre niveaux de handicap définissent les catégories de pratique compétitive. À chaque grade correspond des épreuves spécifiques.

Pour les cavaliers déficients visuels, des aides sonores (crieurs) peuvent être proposées (31).

Les associations de pratique d'équitation thérapeutique

Au niveau international, la Fédération Riding for Disabled International, FRDI fut fondée en 1980 dans le but de créer des liens entre les pays et les centres proposant l'équitation thérapeutique. Elle se propose d'aider au développement de tels programmes dans d'autres régions du monde.

La FRDI offre une information sur l'enseignement en publiant une bibliographie internationale et en sponsorisant un congrès international tous les trois ans. Des congrès régionaux ont lieu les autres années. La FRDI propose des services de traduction afin de permettre un partage international des ressources.

La FRDI s'implique aussi activement dans l'établissement de standards de sécurité et de compétences et encourage des standards de protection et d'entraînement des chevaux dans un but thérapeutique. La fédération travaille en liaison avec le comité international paralympique pour la promotion des sports équestres pour les cavaliers présentant un handicap (27).

Il existe actuellement en France, deux associations nationales promouvant l'utilisation du cheval pour les personnes handicapées : FENTAC et Handi-cheval.

FEdération Nationale de Thérapie avec le Cheval, FENTAC

L'association fut crée en 1986. Ses objectifs sont les suivants :
- 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 (32).

La FENTAC fait partie de la FRDI (6).

Fédération nationale Handi-Cheval

Handi-Cheval a pour but de développer la pratique des activités équestres pour les personnes handicapées ou en difficulté d'adaptation. Elle a son siège social au ministère de l'Agriculture qui la subventionne.

Les pratiques équestres avec les personnes handicapées ou inadaptées s'orientent selon deux axes, qui relèvent respectivement :
– d'une pratique à intention médicale et thérapeutique, ou rééducative,
– d'une utilisation du cheval à des fins ludiques et sportives, tout en gardant les objectifs rééducatifs.
Les bénéficiaires, au nombre de 500 000 environ, présentent :
– des troubles ou des handicaps physiques ou psychomoteurs,
– des troubles mentaux ou des états de souffrance psychique,
– des troubles du comportement et de la conduite (33).

Il existe en France de très nombreuses associations ayant une portée départementale voire régionale. J'ai choisi de présenter ici les deux associations les plus importantes de notre région Est : Equit'aide et FEETAC.

Equit'aide

Equit'aide est une association à orientation médico-sociale. Elle est implantée dans une ferme en pleine campagne, située entre Metz et Nancy.

Dix personnes permanentes composent actuellement une équipe pluri-professionnelle (monitrice, éducateurs, infirmiers, …).

Leurs objectifs sont :
- rendre le cheval accessible à tous, quelque soit la discipline ou le projet, du loisir au thérapeutique, de l'éducatif à l'insertion,
- favoriser la mixité des publics,
- développer la formation auprès des professionnels médico-sociaux et équestres.

Cette association est aidée et soutenue par les collectivités publiques nationales, régionales, départementales et locales, et bénéficie d'un agrément jeunesse et sport. Elle est affiliée à la Fédération Française d'Equitation.

Les activités s'adressent à tous les publics, valides et handicapés. Elles peuvent être conduites à visée de loisir, à visée éducative ou thérapeutique en fonction de la demande. L'association accueille les particuliers ainsi que les établissements spécialisés (34).

FEdération Est de Thérapies Avec le Cheval, FEETAC

La FEETAC est affiliée à la FEdération Nationale de Thérapie Avec le Cheval et à la Fédération Internationale de Thérapies et de Relations d'Aide par la Médiation. Elle est située à une trentaine de kilomètres de Strasbourg.

La FEETAC a pour objectifs :
- de regrouper les individus et associations qui pratiquent la thérapie avec le cheval,
- de coordonner la participation des différents professionnels du cheval en fonction de leurs compétences propres, dans le cadre de la thérapie,
- d'aider au développement des initiatives en faveur de la relation d'aide par la médiation animale,
- d'œuvrer pour la reconnaissance de la relation d'aide par la médiation animale, par les pouvoirs publics,
- d'assurer une formation spécifique à la thérapie avec le cheval, formation étendue à la médiation par le chien,
- de promouvoir la recherche concernant les relations d'aide à travers la médiation animale.

Elle utilise sa situation dans une "région des trois frontières" pour réaliser ces objectifs à un niveau européen (35)

Société Française d'Equithérapie, SFE

Nous ne pourrions finir cette partie sans parler de la jeune Société Française d'Equithérapie qui ne se définit pas comme une association mais comme un réseau, une organisation susceptible de regrouper les équithérapeutes, de promouvoir leur pratique et de les assister dans leurs besoins (21). Pourquoi avoir créé ce réseau, en parallèle des associations déjà existantes ?

b. Réglementation de l'activité

L'équithérapie s'inscrit parmi les activités de soins légales situées en dehors d'un cadre réglementé. En effet, l'équithérapie est légale : aucune loi n'interdit sa pratique pour peu que les praticiens n'exercent pas des actes réservés aux médecins ou aux kinésithérapeutes (pose de diagnostic, prescription ou administration de traitements médicamenteux, pratique de massages ou de manipulations du corps à but thérapeutiques, etc.). Mais elle n'est pas réglementée : aucune loi ne définit ce qu'est l'équithérapie ni ne protège le titre d'équithérapeute. De cette situation vient qu'il n'est interdit à personne de se prétendre équithérapeute, y compris s'il ne peut justifier d'aucune formation spécifique à l'équithérapie, au soin, à la relation d'aide, ou à l'utilisation du cheval.

La multiplicité des formations entraîne 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,
- 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 encadrée et ne garantissant aucune formation ou compétence.

C'est en constatant cela, qu'Isabelle Claude et son équipe d'Handi-Cheval, a fait déposer le titre d' « équicien » en 2010, mais en l'associant à une nouvelle formation.

D'où la très grande importance, pour les personnes désirant exercer l'équithérapie, d'avoir un bagage garantissant la qualité de leurs prestations : la possession d'un diplôme officiel dans un domaine du soin ou de l'aide, le passage par une formation spécialisée en équithérapie, l'adhésion à un organisme représentatif et/ou la signature d'une charte de déontologie spécifique à l'équithérapie. A ces conditions, il est déjà nettement plus facile pour les équithérapeutes de faire valoir leur sérieux auprès de tiers (patients, établissements de soin, centres équestres, assureurs, confrères, autres professionnels du soin…) et il est plus facile pour ce public de s'y retrouver.

Ainsi, bien que l'Etat 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 ne peut donc aujourd'hui exister ni formation publique ni diplôme national d'équithérapeute, mais uniquement des formations et diplômes de droit privé.

Pour autant, « l'équithérapie est une activité connue et reconnue par l'Etat et ses institutions, aussi bien au travers des travaux de recherche menés au sein des Universités (thèses, mémoires) que de l'implication de structures publiques de santé ou de collectivités territoriales ; notamment dans la mise en place de séances d'équithérapie ou dans le financement de formations d'équithérapeute au bénéfice de professionnels du secteur public » (21).

c. Les formations d'équithérapeute en France

Pratiquement toutes les associations, et assimilés, citées précédemment offrent une gamme de formation. Sans pouvoir être exhaustive voici une liste des formations proposées par association ainsi que les pré-requis nécessaires.

Handi-Cheval

Handi-cheval propose plusieurs niveaux de formations.

Le stage d'initiation s'adresse à toute personne désirant découvrir ou approfondir des connaissances dans le cadre de l'accompagnement des actions cheval/handicap. Il n'y a pas de pré-requis équestres obligatoires.

L'objectif est de sensibiliser les professionnels et d'apporter des éléments concrets en vue d'une optimisation de la pratique.

Ce stage comporte une partie théorique traitant du rôle de l'accompagnant, des fondamentaux de la communication et des règles de sécurité. L'approche du cheval ainsi que son entretien et sa préparation constituent la partie pratique du stage. L'ensemble permet aux néophytes d'accompagner de façon adaptée des groupes déjà existants.

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

Les activités seront conduites et encadrées sous la responsabilité conjointe d'un professionnel médico-social et d'un professionnel équestre, chacun conservant sa spécificité.

Elle a pour but de former des accompagnants capables de :
- conduire des projets d'action,
- de définir des objectifs et des moyens concrets et cohérents,
- de repérer des indicateurs comportementaux et/ou d'apprentissages,
- de procéder à des évaluations,
- de conduire une personne et un cheval en toute sécurité,
- de connaître et respecter les indications et contre-indications,
- de connaître les fonctions du cheval en vue de les adapter au projet de la personne,
- de connaître et respecter le bien-être du cheval.

Les pré-requis de cette formation sont :
- minimum trois années d'expérience professionnelle dans le cadre des activités adaptées avec le cheval,
- posséder un diplôme initial médico-social ou équestre,
- pas de pré-requis équestre obligatoire.

A l'issue de la formation, les stagiaires ayant validé l'ensemble du cursus obtiendront un certificat de pratique leur conférant le grade d' « équicien du premier degré ».

La formation longue s'adresse à des personnes souhaitant devenir responsable d'une structure spécifique « cheval handicap ».

Ces personnes envisagent d'évoluer dans leur champ professionnel en vue de se spécialiser. Elles exerceront, reprendront ou créeront une activité, soit à l'intérieur d'un centre équestre, soit à l'intérieur d'un établissement spécialisé, ou encore de manière indépendante

Cette formation a pour but de former des responsables, capables :
- d'encadrer des groupes de personnes avec des chevaux en toute sécurité,
- de construire et mettre en œuvre des projets : qu'ils soient individuel, de groupe, ou de structure,
- d'évaluer les besoins humains, animaux, matériels et financiers,
- d'organiser des synthèses, procéder à des évaluations et bilans,
- de connaître les organisations médico-sociales et équestres,
- de préparer, participer ou initier l'éducation des équidés,
- de choisir une cavalerie adaptée,
- d'évaluer le potentiel de l'animal,
- de respecter le bien être de l'animal.

Les pré-requis de cette formation sont un minimum de 5 ans d'expérience avec des équidés et un minimum de 5 ans d'expérience professionnelle tous champs confondus.

A l'issue de la formation, les stagiaires ayant validé l'ensemble du cursus obtiendront un diplôme privé leur conférant le grade d' « équicien du deuxième degré ».

En dehors de ces diplômes d'équiciens, Handi-cheval propose des journées de formations complémentaires permettant de mieux appréhender l'approche du cheval.

La formation Approche et comportement du cheval a pour objectif de découvrir ou de mieux connaître les réactions d'un équidé. La formation Ressenti corporel va encore plus loin : rencontrer et comprendre les attitudes et réactions du cheval.

A partir des observations fines et de la collecte d'indices comportementaux cheval et humain, la formation Cheval, miroir de nos émotions permet de comprendre le mode de communication homme/cheval ainsi que nos propres moyens de communication. « Le cheval est en interaction permanente avec son environnement. Quand nous sommes près de lui, nous faisons partie de son environnement. Il va donc agir et réagir, et ainsi nous donner des informations sur nos propres comportements, ceux-ci étant le reflet de nous-mêmes. » (33) (34)

Bien que Handi-Cheval cherche la reconnaissance officielle de ces formations, elles ne débouchent pas sur des brevets professionnels d'état. Il n'y a donc pas actuellement d'emplois liés à ces diplômes et formations (27).

FENTAC

La formation dispensée par la FENTAC s'adresse à des médecins, psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers psychiatriques, infirmiers, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, aides médico-psychologiques.

Les objectifs sont de se donner la possibilité d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la thérapie avec le cheval : connaissances fondamentales et pratiques, tant dans la sphère du soin que dans celle qui intéresse le cheval et ses utilisations classiques et thérapeutiques. Il s'agit également de se faire reconnaître comme pouvant prendre en charge des sujets relevant de cette thérapie.

Au bout de trois ans, les études sont sanctionnées, après validation, sans examen, sur présence et assiduité, par la délivrance d'un Diplôme fédéral FENTAC (27) (36).

La FENTAC organise également des stages de formation d'accompagnateurs ou de perfectionnement en thérapie avec le cheval (27).

SFE

La SFE propose de former des équithérapeutes polyvalents. Pour cela, elle vise à donner aux professionnels du soin désirant devenir équithérapeutes des compétences : théoriques, techniques, pratiques et personnelles.

La formation est axée autour de 5 modules, répondant chacun à l'un des objectifs fixés :
- connaissance de la personne,
- connaissance du cheval,
- techniques thérapeutiques en équithérapie,
- cadre professionnel et législatif,
- professionnalisation et validation des connaissances.

La formation SFE complète une formation de base en relation d'aide : soin, travail social, travail médico-éducatif. Les personnes pouvant accéder à la formations sont : médecins, psychiatres, psychologues, psychothérapeute, psychomotriciens, infirmiers, ergothérapeutes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, assistants sociaux.

Le diplôme d'équithérapeute de la SFE « sanctionne un parcours de formation évalué par plusieurs épreuves attestant de la qualité des lauréats. La possession de ce diplôme est un gage de compétence et de sérieux indispensable dans un contexte législatif n'encadrant pas les pratiques thérapeutiques utilisant le cheval » (21).

Fédération française d'équitation

Le brevet fédéral d'encadrement « Equihandi » est accessible aux enseignants d'équitation qui souhaitent accueillir, dans les meilleures conditions possibles, des cavaliers handicapés. Le but est de donner aux enseignants des conseils leur permettant d'adapter leurs structures, matériels et cavalerie, et de parfaire leur approche pédagogique (37).

Les formations dispensées à l'université

A la faculté de médecine de Bobigny, Paris XIII, au sein du diplôme d'état sport et santé, l'Unité de Formation à la Réadaptation par l'Equitation, « UFRE » est ouverte aux professionnels de l'équitation, aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux. Elle propose une formation permettant à son terme la délivrance d'une attestation universitaire à visée professionnelle, l'Attestation Universitaire Européenne de Rééducation par l'Equitation, l' « AUERE ». L'enseignement est assuré par des enseignants de l'association nationale Handi-cheval et de l'institut universitaire sport et santé (27) (38).

Cf Annexe 1 : « Tableau récapitulatif des formations d'équithérapeute en France »

Conclusion

Les avantages de tels programmes de formation, d'enseignement et de diplômes sont de plusieurs ordres. Un personnel d'encadrement bien formé permettra une sécurité et une amélioration des prestations. Cela permettra aussi une reconnaissance des organismes de tutelle (Ministère des affaires sociales et de la santé, la Sécurité sociale, le Ministère de la Jeunesse et des sports, le Ministère de l'éducation nationale). Ceci passe par la reconnaissance officielle des diplômes. Enfin cela peut permettre une valorisation et l'agrément des centres équestres qui auront un personnel formé aux activités à but thérapeutique.

d. Place actuelle de la thérapie avec le cheval

Aujourd'hui, la thérapie avec le cheval se positionne en complément des techniques de rééducation traditionnelle. Elle ne les remplace pas, elle est véritablement un complément. La thérapie avec le cheval apporte, par ses nombreux aspects physiques et psychiques que nous aborderons dans les chapitres suivants des bénéfices pour la rééducation, la réadaptation des patients mais également une notion rarement présente dans d'autres thérapies, la notion de « plaisir ».

La rééducation est un ensemble de propositions thérapeutiques cherchant à développer les fonctions restées saines, même à un niveau primitif. Elle fait appel à de nombreuses techniques, chacune poursuivant un but plus ou moins spécifique vis-à-vis de la maladie ou du handicap. Les méthodes associent différents éléments tels que kinésithérapie (thérapeutique par le mouvement, actif ou passif), la balnéothérapie (traitements thermaux et soins effectués par des bains), la physiothérapie (thérapeutique utilisant des agents naturels tels que l'eau douce ou salée, la boue, la chaleur, l'électricité). Des méthodes plus globales telles que l'ergothérapie utilisent une grande variété d'éléments, de mouvements analytiques ou fonctionnels et sont plus directement orientées vers l'indépendance de l'individu dans les actes du quotidien et dans les loisirs (25). La psychomotricité se centre sur l'action du sujet, l'aidant à une prise progressive de son corps, dans l'harmonie du corps et du psychisme (25).

La thérapie avec le cheval est une « thérapie à médiation corporelle ». C'est-à-dire qu'elle prend en compte la respiration, l'équilibre, le maintien d'attitude et la notion de force corporelle. Le corps devient le moyen de communication entre le thérapeute et le patient. « Pour atteindre l' « esprit », il est souvent plus facile de passer par le « corps » ». Elle axe son intervention sur l'éprouvé corporel. Les effets thérapeutiques sont reliés d'une part à la sensorialité engagée par le patient et à l'engagement du corps dans la relation ; d'autre part, à la concrétisation obtenue en utilisant le vecteur corps et à la recherche de la signification de ce qui est vécu ou ressenti, éventuellement en référence à l'histoire du sujet (6). Le cheval est le troisième maillon de cette thérapie triangulaire. Par sa capacité d'empathie, de comportement « miroir », le cheval permet au thérapeute d'interpréter les comportements, les pensées, les mouvements des patients. L'équitation thérapeutique est une des rares méthodes, peut être la seule où autant d'événements se passent au même instant, dans laquelle les informations et les réactions sont aussi nombreuses. Mais, comme toute méthode, il ne suffit pas de « faire », c'est-à-dire de mettre le patient sur le dos d'un cheval pour qu'il y ait thérapie équestre. Il est indispensable d'apprendre à entendre la demande du patient dans sa souffrance comme dans son plaisir (25). La thérapie avec le cheval est la seule thérapie à médiation corporelle à mobiliser à la fois le corps et l'esprit, indépendamment de la volonté du patient (17).

La thérapie équestre n'est pas une panacée. Elle a des limites. Elle ne doit pas prétendre tout résoudre. Elle peut être proposée aussi bien à des personnes handicapées physiques ou mentales, vivant en institution ou non, qu'à des jeunes patients en échec scolaire. La prise en charge sera différenciée selon les objectifs finaux. Mais permettre au patient de vivre dans de meilleures conditions neuro-motrices, découvrir le plaisir, accéder à la relation à l'autre, à une autonomie, une indépendance de plus en plus grande, compatible avec son handicap, telles sont les possibilités que lui offre la thérapie équestre. Cette thérapie est donc une méthode supplémentaire, complémentaire des thérapies habituelles, permettant d'assurer une prise en charge globale du patient, dans toutes ses dimensions (25).

Conclusion

La thérapie avec le cheval est une zoothérapie, une thérapie dont l'animal est un partenaire à part entière. Les thérapies utilisant les animaux sont décrites depuis plusieurs siècles. A partir du XVIIIème siècle, de nombreux auteurs écrivent leurs observations sur les interactions particulières entre personnes handicapées et animaux. Les animaux utilisés sont variés : chien, lapin, dauphin… Ils ont des atouts, des spécificités différentes entrainant des prises en charge variées.

Quant au cheval, son utilisation dans un but thérapeutique remonte sans doute aussi loin que l'histoire l'unissant à l'homme. Il y a 1,5 millions d'années, l'Homme et le cheval se rencontraient. Domestiqué rapidement, le cheval passe par différents statuts, de celui d'animal de boucherie, à celui de compagnon de guerre et de labour. C'est toutefois depuis un demi-siècle que des activités de soins sont pratiquées par la thérapie avec le cheval. Progressivement, les aspects thérapeutiques physiques et psychiques se spécialisent dans les pratiques. Les différentes terminologies employées pour désigner l'utilisation du cheval et de l'équitation avec des personnes malades ou handicapées reflètent la diversité et les spécificités des approches et des objectifs, ainsi que la variété des professionnels concernés. De nombreuses associations sont nées à travers le monde, elles œuvrent pour la promotion de l'équitation pour les personnes malades mais aussi pour la formation des personnes qui encadrent ces différentes activités. Ce sont souvent ces associations qui sont directement à l'origine des différentes formations. Ces formations permettent aux personnes désirant exercer l'équitation thérapeutique, d'avoir un bagage garantissant la qualité de leurs prestations.

Aujourd'hui, les différentes associations d'ordre mondial s'associent pour travailler sur des points de réflexion communs dont les objectifs sont :

- trouver une meilleure définition et un terme global, rassemblant et satisfaisant l'ensemble des professionnels liés à la thérapie avec le cheval,
- travailler sur le « titre » des thérapeutes,
- réfléchir à l'amélioration du matériel utilisé,
- travailler sur l'évolution possible des pratiques.

Partie 2

La thérapie avec le cheval : prise en charge des personnes handicapées physiques, mentales, et des enfants et adolescents en difficultés psychosociales.

Le sujet handicapé, adulte ou enfant, a à sa disposition une quantité importante de moyens de rééducation : rééducation classique, rééducation par des sports adaptés. Chaque volet est utilisé à la demande du médecin par une équipe bien formée, suivant les besoins immédiats du patient et les résultats à obtenir à long terme. Il est à noter que la thérapie avec le cheval a pour originalités, d'une part, d'utiliser un animal, donc le mouvement et le contact, et, d'autre part, d'associer un nombre étonnamment riche de paramètres que nous allons détailler (7).

Nous commencerons par étudier l'intérêt du cheval dans la prise en charge de personnes présentant un handicap physique, avant de s'intéresser aux personnes handicapées mentales et aux adolescents en difficultés psychosociales.

J'ai décidé de ces trois items car la thérapie avec le cheval s'adresse à des personnes présentant des difficultés dans de nombreux domaines. Cela peut aller du simple manque de concentration d'un élève à l'école à la prise en charge d'une personne polyhandicapée.

1. Les handicaps physiques

Avant de commencer, revoyons la définition du handicap et du handicap physique.

La loi du 11 février 2005 rappelle les droits fondamentaux des personnes handicapées et donne une définition du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 santé invalidant. » (39). Cette définition se caractérise par plusieurs notions :

- une « limitation », ainsi une personne sourde, au handicap « invisible » est bien limitée dans ses activités,
- une notion de temps : durable ou non,
- une notion de « champ » d'atteinte.

Dans un ouvrage intitulé *Déficiences motrices et situations de handicap moteur,* édité par l'association des paralysés de France, Michel DELCEY, médecin et conseiller médical de l'association, définissait ainsi la déficience physique :
« Une déficience physique est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quelque soit le but ou la fonction du mouvement produit :
- déplacement (locomotion, transferts, etc.),
- fonction posturale (se tenir debout, assis, etc.),
- action sur le monde extérieur (préhension, manipulation d'objets, etc.),
- communication (paroles, gestes et mimiques, écriture, etc.),
- alimentation (mastication, déglutition, etc.),
- perception du monde extérieur (mouvement des yeux et de la tête),
- mouvement réflexe (retrait de la main qui touche un objet brûlant),
- etc… » (40)

Figure 13 : Pictogramme du handicap (130)

Il me semblait nécessaire de revoir cette définition, ou plutôt cette description du handicap physique. Dans l'imaginaire collectif, un handicapé physique est une personne en « fauteuil roulant »… Il est significatif à cet égard que le pictogramme symbolisant le handicap soit la représentation d'une personne en fauteuil roulant (41). Et pourtant, cette définition nous ouvre les yeux et nous démontre l'étendue du handicap physique.

1. Points d'équitation à détailler

La thérapie avec le cheval repose en grande partie sur les mouvements du cheval En faisant varier la vitesse et la position du cheval dans l'espace, les patients déplacent leur centre de gravité, travaillent leur stabilité, leur posture dynamique, leur équilibre et leurs réflexes somato-sensoriels. Nous verrons ici les différentes allures du cheval ainsi que la position « idéale » du cavalier à cheval, qui correspond aux conditions les plus favorables d'équilibre.

a. Les allures

Le PAS

Description

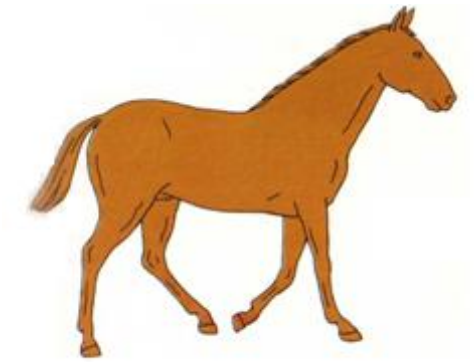

Figure 14 : Pas (10)

Le pas est une allure marchée, symétrique, basculée et à quatre temps égaux. Si le postérieur droit entame la marche, il sera suivi par l'antérieur gauche puis le postérieur gauche et enfin l'antérieur droit. Les membres se posent dans l'ordre de leur lever. L'encolure, par un mouvement de bascule de haut en bas et par un léger balancement latéral, attire successivement les épaules vers l'avant et entraîne ainsi les mouvements des antérieurs (15) (12).

Utilisation en thérapie avec le cheval

Il assure un rythme régulier qui engendre le calme et qui peut être facilement suivi par une personne accompagnatrice (6). Doux, lent donc sécurisant, sans modification d'amplitude brutale dans les mouvements imposés au cavalier, le pas est l'allure de prédilection pour la thérapie avec le cheval (25).

L'un des intérêts est que le développement musculaire du patient se fera même si celui-ci reste passif. Il est alors possible de mettre en selle des cavaliers dont la fonction musculaire est diminuée (6). Le pas est donc utilisé dès les séances d'hippothérapie, dans un objectif de stimulation passive de type kinésithérapique.

Ces exercices pourraient être réalisés dans un autre contexte mais le cheval, qui est un être vivant, assure une autre dimension (6).

Le TROT

Description

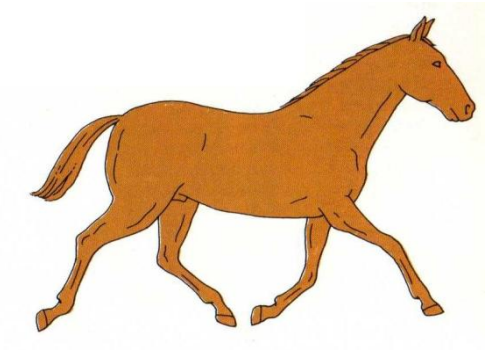

Figure 15 : Trot (10)

Le trop est une allure symétrique, sautée, à deux temps égaux. Les battues sont séparées par un temps de suspension pendant lequel le cheval n'a pas d'appui. Lors d'une battue, les deux appuis sont diamétralement opposés. Par exemple : antérieur droit et postérieur gauche – suspension - antérieur gauche et postérieur droit – suspension - (15) (12).

Cette allure fait subir au cavalier une importante poussée verticale de bas en haut et longitudinale d'arrière en avant (6). La force verticale varie rapidement et le cavalier est soumis à une accélération ascensionnelle brève et brutale, suivie immédiatement d'une décélération gravitationnelle qui ramène le couple cheval/cavalier en contact avec le sol. Ainsi, le cavalier est envoyé en l'air et, du fait de son inertie, continue légèrement son ascension alors que le cheval a déjà amorcé la descente. Il ne retombe, du fait de son retard, que lorsque le cheval a commencé le mouvement ascendant suivant (25).

Il peut en résulter rapidement des contractions, des raideurs et de la fatigue, une désolidarisation du couple, et le trot peut devenir pénible pour les deux partenaires. Le cavalier doit suivre activement le mouvement pour rendre l'allure agréable (25).

Utilisation en thérapie avec le cheval

Du fait de la complexité de l'allure, du risque d'angoisse si le rythme est mal intégré, cette allure n'est pas utilisée en hippothérapie (6) (25).

En thérapie avec le cheval, le trot est conseillé pour le travail du rythme et de l'estime de soi. Le cavalier prend plaisir à devenir acteur du mouvement en suivant le rythme du cheval, et prend conscience du corps (le sien et celui du cheval). Le thérapeute consciencieux court à côté du cheval pour l'arrêter dès que nécessaire (17).

Le GALOP

Description

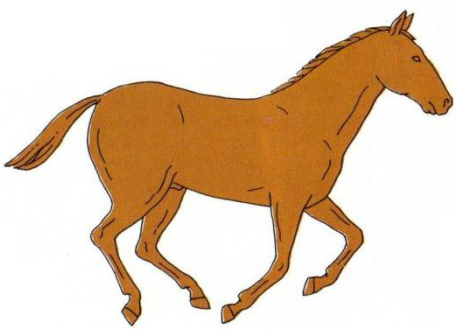

Figure 16 : Galop (10)

C'est une allure dissymétrique, sautée, à trois temps avec un temps de suspension. Le cheval au galop se balance tandis que le cavalier doit rester droit. Cette allure impose au rachis du cavalier une phase de flexion (lors du premier temps) puis une phase d'extension (lors du troisième temps) (6) (12) (15).

Utilisation en thérapie avec le cheval

Cette allure plus confortable et plus facilement suivie que le trot, y compris pour un cavalier débutant, peut tout de même être source d'angoisse due à l'impression de vitesse. Pour des raisons de sécurité, le galop est peu employé en équitation thérapeutique. Il ne peut être pratiqué que par des patients ayant acquis un bon schéma corporel, une organisation spatio-temporelle suffisante, une bonne maîtrise de l'équilibre et de sa monture, ainsi que le contrôle de son anxiété (6) (25).

Le galop peut être initié en longe, où il est possible de mettre un cavalier derrière la personne handicapée. Être deux sur le cheval est rassurant et dynamisant (17).

b. Position du cavalier à cheval

La position du cavalier à cheval est décrite de manière très précise dans les manuels de la Fédération Française d'Equitation. Sans que son acquisition soit indispensable pour les patients, elle est un repère important.

Si la position du cavalier varie avec les allures, la forme du terrain, la nature de l'exercice, les diverses attitudes que les circonstances peuvent imposer au cavalier doivent toutes dériver de la position définie ci-après, qui correspond aux conditions les plus favorables d'équilibre (14).

« Le cavalier doit être assis d'aplomb, les fesses portant également sur la selle le plus en avant possible, les cuisses tournées sans effort sur leur plat, ne s'allongeant que par leur propre poids et celui des jambes ; le pli du genou liant (souple, flexible, pouvant se lier au mouvement), les jambes libres et tombant naturellement, les mollets en contact avec le cheval sans le serrer, les reins et les hanches souples, le haut du corps aisé, libre et droit ; les épaules effacées et légèrement tombantes ; les bras libres à demi-déployés, les coudes tombant naturellement, le poignet à hauteur du coude et dans le prolongement de l'avant bras, le pouce au dessus ; la tête droite, aisée et dégagée des épaules, le regard haut. » (14)

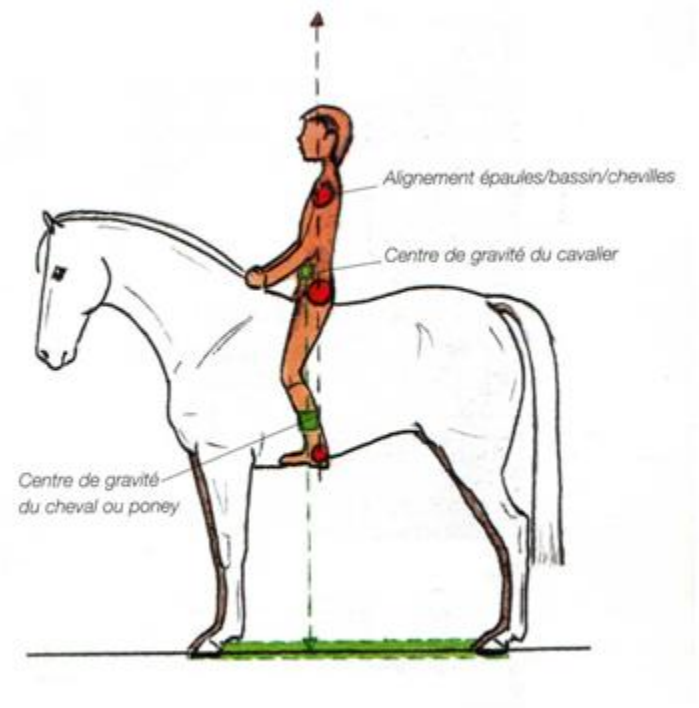

Figure 17 : Position du cavalier (118)

Cette position n'exige aucune contraction musculaire et peut être conservée longtemps sans fatigue (25). Elle n'est qu'une attitude de base qui permettra au cavalier de rester lié à son cheval dans la mesure où il l'adaptera aux différents mouvements et réactions. Elle nécessite trois qualités que le cavalier doit acquérir successivement : souplesse, fixité et aisance (14).

La « souplesse » est caractérisée par la flexibilité des articulations.
La « fixité » est l'absence de tout mouvement involontaire ou inutile.
L' « aisance » est la liberté du corps et de l'esprit qui permet au cavalier d'agir avec justesse, mesure et à propos (25).

La position doit amener le centre de gravité du cavalier sur la même verticale que celui du cheval, le cavalier étant alors assis là où les déplacements du cheval sont les plus minimes (25).

A l'arrêt le cheval n'étant pas strictement immobile, et plus encore lors de mouvements, le cavalier se trouve confronté au problème de son équilibre en permanence remis en question. Le maintien de la position à l'arrêt ne nécessite pas d'effort musculaire et permet un réel confort et une fatigabilité minime (sauf chez les patients handicapés physiques athétosiques où une souffrance est possible). Le rétablissement de cet équilibre lors des mouvements du cheval, sur place ou lors d'un déplacement, met en jeu un certain nombre de muscles, sollicités en permanence mais avec douceur (25). Ces muscles travaillent de manière symétrique sans prédominance latérale. Les muscles de la cuisse concourent à la tenue, les muscles de la jambe au contact, les muscles de la paroi abdominale à l'assiette (qualité permettant au cavalier de rester lié à son cheval quelles que soient les circonstances), les muscles de la paroi postérieure du tronc et de la région scapulaire au maintien, et les muscles du membre supérieur permettent le dialogue avec le cheval (23).

2. Aspects physiques du cheval dans la prise en charge des personnes handicapées physiques

Après avoir expliqué ces deux points d'équitation nécessaires à la bonne compréhension de la suite, voyons l'intérêt de l'utilisation du cheval en thérapie. Nous allons détailler chaque caractéristique du cheval pouvant avoir un effet positif sur la personne handicapée physique.

a. Effets sur le squelette du cavalier

La figure suivante représente les mouvements de la colonne vertébrale d'un cheval au pas dans un plan horizontal. 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 son 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 (6).

Le pas du cheval induit donc au niveau du bassin du cavalier :
- une poussée postéro-antérieure,
- un déplacement latéral,
- une poussée verticale (de plus faible intensité).

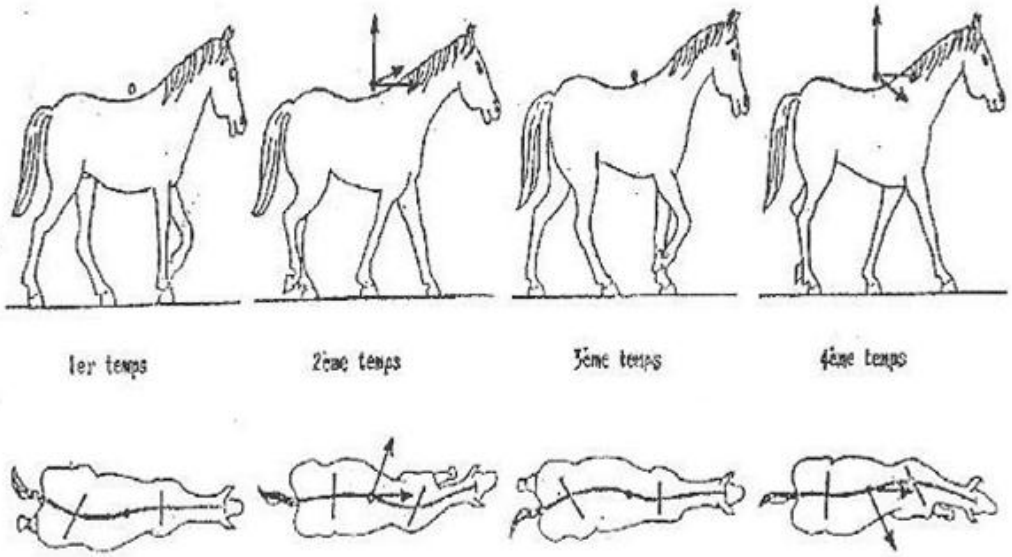

Figure 18 : Forces s'exerçant sur le cavalier au pas (6)

Il en résulte un déplacement dans les trois dimensions de l'espace. Le déplacement du cheval au pas impose au bassin du cavalier un mouvement en forme de huit, mouvement d'avant en arrière mais aussi de haut en bas, qui se rapproche beaucoup des mouvements du bassin retrouvés chez un homme qui marche (6).

Les mouvements du bassin du cavalier se synchronisent donc 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 continuel de la part des muscles et du tonus (6).

Les changements de rythme et de direction du cheval augmentent ou diminuent le nombre de déplacements du bassin ainsi que leurs amplitudes (6).

b. L'équilibre (23)

Chez un sujet à cheval, l'équilibre intéresse toute la musculature, mais plus particulièrement celle qui participe à l'assiette (muscles de la paroi abdominale, de la paroi postérieure du tronc, des cuisses).

Pour accompagner chacun des mouvements du cheval, compenser chacune de ses réactions, les muscles sont constamment sollicités ; et, c'est là le point important, ils sont sollicités de façon réflexe, à partir d'impressions visuelle, vestibulaire et

kinesthésique (sensation de mouvement du corps) (28). Cette qualité est très utile en rééducation fonctionnelle, et cela pour deux raisons :
- elle permet d'éviter les écueils, comme les contractures, compliquant les exercices de mobilisation,
- elle économise la fatigue nerveuse, source également de contracture.

Petit à petit, l'équitation développe le sens de l'équilibre, et cet apprentissage progressif s'accompagne d'une sécurisation de la personne handicapée, d'une prise de confiance en ses possibilités, et de l'agrandissement de son champ d'activités.

Un équilibre correct est la base essentielle de la coordination dynamique mais aussi de l'indépendance des différentes parties du corps.

c. Renforcement de la musculature et correction de la statique du tronc

Le pas mobilise alternativement et de la même façon l'ensemble des paires de groupes musculaires. Ainsi, les muscles du corps se développent de façon symétrique et harmonieuse. La thérapie avec le cheval représente donc un intérêt chez les personnes handicapées présentant un déficit musculaire (6) (7).

De plus, en équitation, deux groupes musculaires sont plus sollicités : les muscles lombaires et les muscles abdominaux. Les muscles du dos assurent un véritable rôle de soutien de l'architecture vertébrale. Contrairement aux idées reçues, l'équitation peut donc avoir une action bénéfique sur certaines pathologies lombaires grâce au renforcement musculaire qu'elle engendre (6). A partir d'un bassin bien placé et de membres inférieurs en bonne position symétrique, il est possible de rectifier des courbures exagérées ou pathologiques (7). Mais attention, lors des phases aigües des pathologies (scoliose, sclérose en plaque, spinabifida…), l'équitation est strictement interdite (17).

C'est dans l'allure du pas que les incurvations de l'encolure et du dos-rein du cheval sont les plus accentuées et les mouvements ainsi transmis au cavalier réalisent réellement un massage au niveau de la région fessière et évitent ainsi les escarres (25).

Le développement musculaire du patient se fera même si celui-ci reste passif. Il est alors possible de mettre en selle des cavaliers dont la fonction musculaire est diminuée ; c'est le principe de l'hippothérapie (6).

d. Le tonus musculaire

Le tonus représente l'état permanent d'activité fondamentale des muscles (42).

La mise en jeu permanente du tonus musculaire est indispensable à la pratique de l'équitation, et cela à deux niveaux :
- ajustement tonique réflexe aux mouvements du cheval afin de conserver l'équilibre : c'est l'assiette,
- ajustement tonique du geste, dans son intensité, son ampleur, sa vitesse d'exécution, son orientation et sa précision. La qualité d'ajustement de ce tonus est dénommé le tact (23).

Des ajustements toniques sont sans cesse nécessaires : par exemple au pas, les mouvements hélicoïdaux du dos du cheval se répètent de 1 fois à 1,25 fois par seconde soit 1800 à 2250 ajustements toniques en 30 minutes. Le pas est donc un procédé très performant ! (25)

C'est l'acquisition d'une rapidité d'ajustement tonique postural au déplacement du cheval qui procure l'impression de sécurité. Cet entrainement progressif à des variations toniques permanentes au cours des séances permettra ensuite au sujet d'ajuster son tonus à des situations différentes, grâce à sa mémoire neuromusculaire ainsi développée (23).

e. La coordination et l'indépendance gestuelle

Il s'agit essentiellement, en équitation thérapeutique, d'une coordination dynamique : coordination des jambes pour avancer, coordination des bras pour arrêter… (23)

Prenons un exemple : la figure qui consiste à changer de direction par une rêne d'ouverture. La réalisation correcte de cette figure nécessite simultanément d'écarter l'avant bras du corps, et, parallèlement, d'agir activement par une pression des deux jambes pour entretenir l'impulsion (7) (23).

Cette simultanéité dans l'action n'est pas spontanée, et son acquisition progressive réalise un entraînement des possibilités de coordination (23).

La coordination oculo-motrice a une très grande importance en équitation. « Regardez où vous allez » est un principe impératif. Dans l'action de tourner, c'est du changement d'orientation des yeux et du visage que découle l'ensemble des actions qui permettront le changement de direction (7) (23).

Un autre impératif dans la pratique de l'équitation thérapeutique est la lutte contre les syncinésies (contraction involontaire d'un groupe de muscles lors d'une contraction volontaire d'un autre groupe de muscles) (23). Prenons un exemple, très fréquent chez les cavaliers débutants : l'action volontaire des membres inférieurs en vue d'obtenir le mouvement en avant, s'accompagne d'une contraction involontaire des muscles fléchisseurs du coude et des doigts, bloquant le cheval sur place (7) (23).
Il convient, en thérapie avec le cheval, de lutter contre ces syncinésies par des exercices de décontraction dissymétriques (23).

f. La latéralité gestuelle

Figure 19 : Tenir son cheval (15)

Elle commence dès l'approche du cheval, puisque le cavalier doit, par convention, approcher le cheval par la gauche de ce dernier. De même, pour tenir sa monture à côté de soi, il est nécessaire de se situer à sa gauche et de le tenir, par l'intermédiaire du licol ou du filet, avec sa main droite.

Cette prise de conscience de la latéralisation est également nécessaire pour l'action de monter sur le cheval : le cheval étant situé sur notre droite, c'est le pied gauche qui doit s'engager dans l'étrier, sinon il est impossible de monter en selle.

Figure 20 : Monter à cheval (15)

En ce qui concerne les membres supérieurs, l'éducation de la latéralité intervient dans les changements de direction : on tourne à droite avec la main droite, et vice versa.

En ce qui concerne les membres inférieurs, la notion de latéralité intéresse des cavaliers déjà expérimentés et n'entre pas dans le cadre de l'équitation thérapeutique mais dans le cadre de l'équitation handisport (23).

Cette notion de latéralité est bien plus facile à aborder avec le cheval qu'en cabinet : en effet le cheval est éduqué pour être bridé, sellé, tenu en main et monté à gauche. La latéralité si difficile et rébarbative à rééduquer en cabinet devient, après quelques séances, amusante et naturelle (7).

g. Le rythme, le temps et l'espace

La structure du temps est présente dans le rythme imposé par le cheval (23). Afin de ne pas l'entraver dans son action, le cavalier doit s'accorder avec lui au rythme du pas. Le cavalier raidi au début du fait de son appréhension et de la surprise provoquée par la mise en selle, ne peut longtemps s'opposer sans fatigue au rythme que lui impose sa monture. Peu à peu les groupes musculaires cessent leurs contractions inutiles pour se lier, se fondre dans le mouvement rassurant effectué par le cheval (25).

L'espace est souvent délimité par le manège de forme rectangulaire. Ce cadre permet de percevoir visuellement et dynamiquement en les parcourant, deux dimensions : la longueur et la largeur. Il existe un certain nombre de points de repère, qui vont permettre de s'orienter dans l'espace, et de réaliser des figures précises. Ce sont classiquement des lettres accrochées au mur dans chaque manège, mais ces lettres peuvent être accompagnées d'animaux, d'images de la vie courante. Ce sont également une porte, une glace… (23) Les évolutions du cheval dans un espace de moins en moins restreint donneront aux sujets qui se déplacent difficilement une notion de liberté, d'éloignement (7).

Aux notions d'espace se mêlent tout naturellement les notions d'orientation et de direction. Les déplacements de l'animal d'un point à un autre, les modifications de trajectoire, les arrêts à un point donné, les variations d'allure, permettront, en augmentant progressivement les difficultés, de faire découvrir la maîtrise relative de l'espace et du temps (7).

h. Les effets sensoriels (6)

L'équitation stimule le sens tactile par le toucher et par les stimuli environnementaux.

Le système olfactif répond aux nombreuses odeurs présentes dans les manèges et les écuries.

La vision est mise à contribution dans le contrôle du cheval : par exemple, en promenade, par le choix des chemins, par l'évitement d'obstacles naturels.

Le système auditif est stimulé par tous les bruits présents dans les écuries et le manège, et par les bruits des animaux en promenade.

Le système vestibulaire est aussi stimulé par les mouvements du cheval, ses changements de direction et de vitesse.

Ainsi, pratiquement tous les sens sont utilisés lors des sessions de thérapie avec le cheval. Il en résulte une amélioration de la proprioception et le développement du lexique vocabulaire.

i. Le schéma corporel (7)

La connaissance du corps du cheval, sa reproduction par description orale ou par dessin, le contact avec ses différentes parties pouvant être touchées, amènent progressivement à une connaissance de son propre corps. Le sujet prend conscience du cheval comme objet extérieur par la synthèse des sensations qu'il lui procure. Il accède ainsi à une différenciation, à une unité corporelle qui lui est propre.

j. La confiance en soi

Pourquoi parler de la confiance en soi alors que l'on traite des handicaps physiques ? Il ne faut pas oublier que certaines personnes handicapées souffrent, outre d'une insuffisance de mobilité, d'une « carence de confrontation » avec le monde extérieur. La dépendance de certaines personnes handicapées peut entraîner de la part de l'entourage une réelle infantilisation de cette dernière : on pense pour elle, on parle pour elle, on fait à sa place... La dépendance est perte d'identité quand elle n'autorise aucune participation de la personne handicapée et peut être source de démoralisation importante. Elle tend à conserver les personnes handicapées dans un « état psychologique infantile et fragile » (25) (43).

L'équitation thérapeutique a cet avantage d'être toujours valorisante, et de ne pas ressembler à une prise en charge thérapeutique. C'est un temps dominé par le plaisir et qui prend aisément la forme du jeu. Lorsqu'un couple cavalier handicapé/cheval se balade et qu'il croise des piétons, ces personnes parleront immédiatement du cheval et de son cavalier, et non pas du patient handicapé. Le patient accède ainsi au monde des « normaux ». Il gagne, sur le plan moral et mental, « en volonté et en courage » (25).

Douceur et fermeté doivent être alliées pour qu'il y ait compréhension et obéissance de la part du cheval. Cet autocontrôle est nécessaire pour aboutir à un résultat. Au début, les erreurs sont fréquentes : par exemple, le cavalier bat des mains pour avancer. Le patient, n'obtenant rien de sa monture, apprend ainsi à nuancer ses demandes et à contrôler ses réactions (7).

Autodiscipline, dynamisme, valorisation et confiance en soi sont des qualités particulièrement activées en thérapie avec le cheval. Nous redévelopperons plus largement ses thèmes dans les pages suivantes.

Conclusion

Par son activité locomotrice, par la mise en jeu de réflexes posturaux, par la mobilisation de groupes musculaires rarement sollicités par ailleurs, le cheval en mouvement est une mine quasi-inépuisable de mobilisation physique.
La mobilisation corporelle dynamique se vit en interaction avec des animaux, des personnes et des objets. Elle permet d'aider à :
- réinvestir son corps en prenant conscience de ses potentialités, en mettant l'accent sur ses capacités,
- replacer le patient dans les champs de relation et de communication,
- aborder son contrôle par la pensée : développement de l'attention, de l'observation, d'initiative…
Ces propriétés octroient à la thérapie avec le cheval une place privilégiée dans le cadre de la rééducation fonctionnelle (7).

3. Les pathologies prises en charges

Tout d'abord, rappelons que le but de l'équitation thérapeutique est d'aider une personne en difficulté du fait d'une pathologie ou d'un handicap. L'aide reçue lui permettra de franchir une limite. Ce handicap peut être la conséquence d'une pathologie physique ou mentale ou encore de la conjugaison des deux (25).

Dans l'équitation thérapeutique, les techniques et surtout l'accompagnement sont adaptés aux difficultés de la personne au cas par cas. Rappelons que pour être qualifiée de thérapeutique, cette approche nécessite la présence d'un soignant. Le but de l'activité n'est pas de réaliser une performance sportive mais uniquement de faire progresser le cavalier dans une difficulté, conséquence de sa maladie. Le but n'est pas de faire du patient un bon cavalier, par contre le principal souci sera de toujours adapter la pratique au patient, de façon personnalisée, tant du point de vue des choix des équipements que de celui des activités. Les contre-indications seront avant tout une question de bon sens et seront fonction de l'activité et du degré d'adaptation de l'activité proposée (27).

Les différentes indications à l'origine de la prescription d'une activité d'équitation thérapeutique vont donc maintenant être décrites. Les contre-indications seront quant à elles abordées dans un chapitre ultérieur. Nous commencerons par les pathologies du système articulaire, puis nous étudierons les pathologies du système nerveux et musculaires et nous finirons par les handicaps sensoriels.

a. Les atteintes du système articulaire

Il est nécessaire dans ce domaine de différencier la pathologie de l'enfant et la pathologie de l'adulte. En effet, quelle que soit la cause du handicap, il y aura toujours un facteur supplémentaire chez l'enfant dont il faudra tenir compte : celui de la croissance.

Voici les indications les plus fréquemment citées dans les revues et livres traitant de la thérapie avec le cheval. Pour chaque pathologie, nous développerons les symptômes, la prise en charge habituelle et l'intérêt particulier de la thérapie avec le cheval pour cette pathologie.

Les scolioses

Définition et symptômes (44)

La scoliose est une déformation, dans les trois plans de l'espace, de toute ou partie de la colonne vertébrale. Cette déformation entraîne une torsion d'une ou de plusieurs vertèbres sur elle(s)-même(s). L'ensemble de ces trois déplacements se traduit par une torsion du rachis. Les mécanismes automatiques de rééquilibration globale du rachis pour maintenir l'horizontalité du regard, sont à l'origine des contre-courbures (colonne formant un « S »).

Les marques visibles de la scoliose seront fonction de l'importance des déformations. On pourra ainsi observer chez une personne scoliotique :
- un déplacement latéral du rachis : la colonne n'est pas « droite », elle est décalée par rapport à un fil à plombs qui tomberait de la base de la nuque,
- une gibbosité : en se penchant en avant, certaines régions du tronc apparaîtront plus hautes que le reste, formant une bosse. Cette gibbosité témoigne de la rotation des vertèbres,
- une exagération de la lordose lombaire : le « creux des reins » est plus prononcé qu'à l'ordinaire,
- les seins peuvent avoir l'air asymétriques, les côtes et le thorax pouvant être déformés par la scoliose.

Outre la déformation de la colonne, différentes complications peuvent être associées à une scoliose telle qu'une diminution de la capacité respiratoire ou encore des répercussions cardiaques.

Prise en charge (44)

Différents traitements peuvent être envisagés en fonction de l'importance de la scoliose, de son origine, de sa capacité d'évolution ainsi que de l'âge du malade.

La kinésithérapie a pour but d'augmenter la musculature du thorax, de corriger les mauvaises postures et de faciliter la ventilation pulmonaire. Si on ne peut espérer de la kinésithérapie qu'elle fasse disparaître une courbure scoliotique, elle apparaît néanmoins comme étant un complément indispensable du traitement de la scoliose quels que soient les autres traitements mis en œuvre (rééducation posturale, musculation sous corset…).

Le traitement orthopédique consiste à porter un corset adapté à chaque individu. Ce corset va corriger les déformations existantes et permettre une évolution plus harmonieuse du rachis durant le reste de la croissance osseuse. Il sera évolutif au

même titre que la morphologie de l'enfant puis de l'adolescent. Il est souvent indiqué pour les formes moyennes et sévères des scolioses.

Le traitement chirurgical intéresse généralement les formes les plus graves de scolioses et en particulier les scolioses prises en charge trop tardivement. L'intervention sera pratiquée en fin de croissance sur des critères bien spécifiques de gravité, en vue d'éviter d'éventuelles complications.

Intérêt de la thérapie avec le cheval (7)

L'équitation thérapeutique trouve toute sa place dans ce contexte. Elle est un excellent adjuvant car elle permet d'appliquer des principes essentiels qui sont :

- la rééquilibration du rachis,
- des assouplissements symétriques ou asymétriques,
- la musculation,
- la rééducation respiratoire.

Les attitudes scoliotiques et cyphotiques

Définition et symptômes

En position érigée, le rachis est rectiligne dans le plan frontal. Dans le plan sagittal, il dessine 4 courbures physiologiques dont le rôle est essentiellement mécanique. Ces courbures sont de deux types :
- en cyphose convexe vers l'arrière;
- en lordose concave vers l'arrière.
Absentes à la naissance, ces courbures se mettent progressivement en place avec le développement postural du nourrisson et de l'enfant (45).

Il convient de bien distinguer la scoliose de l'attitude scoliotique : l'attitude scoliotique, beaucoup plus fréquente et beaucoup moins grave que la véritable scoliose, correspond essentiellement à une déviation latérale de la colonne, sans véritable torsion des vertèbres et sans déformation du tronc (44).

Les cyphoses se définissent comme des courbures rachidiennes à concavité antérieure. Les attitudes cyphotiques sont définies par une cyphose régulière, entièrement corrigeable activement et passivement (46).

Prise en charge

Les causes des attitudes scoliotiques sont dominées par les inégalités de longueur des membres inférieurs. La courbure disparaît après la correction, par cales sous le pied du côté court, de cette inégalité de longueur (44).

Pour les attitudes cyphotiques, il s'agit souvent de l'attitude asthénique d'un adolescent qui "se tient mal". L'évolution est favorable, ne nécessitant que la simple abstention de cette position. On peut encore conseiller la pratique des sports nécessitant une extension active du rachis et favorisant sa musculation tels que le basket, la nage en dos crawlé (46).

Ce type d'enfant n'allant pas spontanément se mêler à des équipes de sport, des séances de rééducation vertébrale, par un kinésithérapeute, pourront également apporter une amélioration (7).

Intérêt de la thérapie avec le cheval

Il s'agit généralement d'enfants hypotoniques, peu sportifs donc peu musclés (7).

La pratique de l'équitation sera très bénéfique dans la mesure où elle constitue une école d'ajustement postural. Elle permet un étirement axial de la colonne vertébrale et un renforcement des muscles para-vertébraux (23).

Par ailleurs, elle apporte des notions de précision, de volonté et de combativité à ces sujets peu combatifs (23).

Les lombalgies

Définition et symptômes

La lombalgie est une douleur située au niveau des vertèbres lombaires (47). La multiplicité des symptômes fait qu'il est difficile de parler de "la lombalgie", le pluriel est plus juste. En effet, les lombalgies rassemblent divers symptômes tels que des raideurs au réveil, des lourdeurs, des douleurs diffuses, des douleurs franches et précises, des lumbagos, des impressions d'instabilité. (48)

On distingue deux types de lombalgies : les lombalgies dues à une maladie, et les lombalgies "seules" où il n'y a aucune anomalie ni sur les radiographies ni aux examens biologiques qui explique les douleurs (47).

Selon sa durée, une lombalgie est aiguë, subaiguë ou chronique. Elle est aiguë si elle dure moins de 6 semaines, elle est subaiguë entre 6 semaines et 3 mois et chronique si elle dure plus de 3 mois (48).

Prise en charge (47) (49)

D'un point de vue thérapeutique, seules les lombalgies aigües ou récidivantes peuvent faire l'objet d'un traitement médicamenteux. Les antalgiques de niveau 1 (Paracétamol) constitueront le traitement de première intention. Si les douleurs sont insuffisamment contrôlées, le traitement instauré comprendra des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) *Per os* et/ou par voir locale, éventuellement associé à des myorelaxants (Tetrazépam, Thiocolchicoside). Les traitements par AINS devront être les plus courts possibles, surtout chez les personnes âgées, en raison des effets indésirables (rénaux, gastriques, neurologiques).

Dans le cas de lombalgie chronique, le traitement repose sur la rééducation et l'éducation du patient. Un traitement médicamenteux sera utilisé pour atténuer la douleur dans ses phases les plus aigües.

La rééducation par kinésithérapie est indiquée dans la lombalgie chronique. Elle permet d'améliorer les positions pratiquées lors d'efforts ou au repos, de muscler le dos et la ceinture abdominale, ainsi que d'assouplir les membres inférieurs, voire les muscler si nécessaire.

Une ceinture de soutien lombaire peut être portée. Lors d'un effort, l'appui des abdominaux sur la ceinture permet d'augmenter la pression hydropneumatique du caisson abdominal renfermant les viscères. Il en résulte un effet " poutre composite " autour de la colonne vertébrale, véritable blindage thoraco-abdominal qui renforce l'ensemble du tronc, évitant que seules les vertèbres lombaires soient sollicitées.
Dans les phases douloureuses, la ceinture lombaire soulage les lombaires en les immobilisant et en maintenant une chaleur relaxant les muscles.
Le port de la ceinture réduit la peur de la douleur (et donc la contraction musculaire) lors de la reprise d'activité après un épisode douloureux aigu.

Intérêt de la thérapie avec le cheval (7)

L'intérêt de la position à cheval est que l'on peut faire effectuer des mobilisations du bassin et obtenir une prise de conscience de la mauvaise tenue à ce niveau. Le déplacement hélicoïdal du dos du cheval permet une mobilisation rythmée et symétrique du dos du cavalier.

La traumatologie

Définition et symptômes (50)

La traumatologie est une spécialité médicale liée aux traumatismes subis par le corps, des atteintes à l'intégrité physique ou psychologique dont l'apparition est le plus souvent violente et instantanée. La notion de traumatisme, dans un cadre plus général, sera celle d'une action mécanique extrinsèque ou intrinsèque isolée ou répétée sur des tissus organiques.

Nous n'aborderons ici que les traumatismes d'origine sportive. Puisque la pratique sportive conduit de toute évidence à une activité soutenue, le risque de traumatisme en cours de pratique est statistiquement très probable. La plupart des traumatismes connus sont : entorses, fracture de fatigue, blessure du coude, de la cheville ou du pied, de l'épaule, des tendons, et bien d'autres encore suivant la spécificité de la pratique sportive.

Prise en charge et précautions

Tant que cela reste possible, le meilleur moyen d'éviter certains traumatismes reste encore de respecter les mouvements relatifs à chaque pratique sportive, respecter scrupuleusement la période d'échauffement, avoir conscience de ses limites et adopter une hygiène alimentaire saine et adaptée à la pratique du sport considéré.

La prise en charge d'une entorse est un traitement fonctionnel. Il englobe une immobilisation précoce suivie d'une immobilisation relative par contention ou orthèse semi-rigide. La rééducation doit être la plus précoce possible. La reprise de l'appui s'effectue en fonction de la douleur (51).

Intérêt de la thérapie avec le cheval

Dans la majorité des cas, l'équitation thérapeutique peut être proposée dans le cadre d'une rééducation, notamment en ce qui concerne les enraidissements articulaires par immobilisation prolongée. Bien entendu cette rééducation ne doit s'envisager qu'après consolidation et avis du chirurgien dans le cadre d'une fracture, et après avis du kinésithérapeute lors d'une entorse ou luxation (23).

Cette rééducation permet également un « entretien physique » pour le reste du corps lors d'une atteinte partielle, comme par exemple lors d'une entorse du poignet. Il est tout à fait possible, pour un cavalier habitué, de travailler en longe par exemple. Le trot enlevé permettra le travail musculaire du dos et des jambes, et de la respiration. La mise à cheval d'une personne débutante est bien sûr à reporter dans le temps (17).

Les amputations

Définition (52)

Une amputation correspond à une absence de tout ou partie d'un membre.

Prise en charge (52)

Il est certain que les indications thérapeutiques varient de façon majeure en fonction de l'origine des amputations ou des agénésies (défaut de développement d'un membre lors du stade embryonnaire), du niveau d'amputation ou d'agénésie, des troubles trophiques et morphologiques associés et de l'état général de l'enfant ou de l'adulte.

Dans le cadre des agénésies, des prothèses seront proposées. Pour les membres supérieurs, la prothèse permet de restaurer d'emblée l'image symétrique des deux membres supérieurs et favorise toutes les réactions de protection, d'équilibre, de préhension globale en recréant un schéma corporel normal. Une prothèse de membre inférieur doit se rapprocher au mieux d'un membre inférieur normal, et doit redonner une configuration esthétique de la jambe et de la cuisse.

Dans le cadre d'une amputation traumatique, l'appareillage doit s'adapter au moignon et être placé aussitôt que la cicatrisation le permet. Il s'agit en effet de limiter au maximum, chez l'amputé, les conséquences dues à l'amputation, tant sur le plan comportemental que sur l'ensemble des capacités d'adaptation fonctionnelle à la vie courante et aux activités gestuelles voire professionnelles. Dans le cadre d'amputation d'origine vasculaire et tumorale, l'appareillage est plus tardif.

Intérêt de la thérapie avec le cheval

Pour les amputés des membres inférieurs, pied, jambe ou cuisse, la thérapie par l'équitation permet :

- une amélioration de l'équilibre par le travail de l'assiette,
- un travail de transfert du poids du corps, très utile pour la marche. (23)

Le port de la prothèse lors des séances d'équitation se discute au cas par cas. Il est fortement déconseillé de la porter, les risques d'accidents en cas de chute sont trop grands (7). La selle et le matériel sont alors adaptés. Des sangles permettront de maintenir le moignon, et un stick permettra de remplacer le membre absent pour donner les « codes » au cheval (17).

Pour les amputés des membres supérieurs, l'équitation thérapeutique permettra le travail du membre intact, à la fois du point de vue du tonus musculaire, de la précision du geste, et de l'adresse (23).

L'arthrose

Définition et symptômes (53)

L'arthrose se définit par une dégénérescence du cartilage. Toutefois, au cours de son évolution, toutes les structures de l'articulation vont être atteintes.

Il existe plusieurs "niveaux" d'arthrose : anatomique, radiologique et symptomatique. En effet, de nombreuses personnes sont porteuses d'arthrose, visible à la radiographie, mais qui ne se manifeste par aucun signe. Toutes les articulations peuvent être touchées. L'arthrose de la colonne vertébrale est la plus fréquente.

Prise en charge

L'objectif de la prise en charge est à la fois de soulager la douleur et de contrôler l'évolution de l'arthrose.

Les traitements médicamenteux sont de deux types :

- les traitements symptomatiques agissent sur les symptômes de la maladie, en particulier la douleur,
- les traitements de fond agissent sur les causes mêmes de la maladie et freinent son évolution.

Les douleurs de l'arthrose peuvent revêtir toutes les intensités depuis un niveau très modéré jusqu'à une douleur insupportable. En première intention, des antalgiques de niveau 1 (Paracétamol) seront prescrits. Si l'action antalgique est jugée insuffisante, il est possible de prescrire des antalgiques de niveau 2 (codéine, tramadol) et d'associer des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie cutanée et/ou *Per os.* Les AINS seront utilisés de préférence lors des poussées et évités lorsque la douleur est continue, en raison de leurs effets indésirables (rénaux, digestifs, neurologiques, hématologiques).
Les antiarthrosiques d'action lente permettent le traitement symptomatique des manifestations fonctionnelles de l'arthrose. Leur action lente permet une diminution de la douleur et de l'inflammation avec un effet prolongé permettant l'amélioration de la qualité de vie des patients.
Il n'existe pas actuellement de chondroprotecteur, de traitement capable de réparer les lésions cartilagineuses.

Des traitements locaux sont possibles si les douleurs ne sont plus suffisamment soulagées par les traitements médicamenteux classiques. Des infiltrations d'anti-inflammatoires de type corticoïde permettent d'obtenir une action anti-inflammatoire rapide et durable. L'avantage majeur de l'administration locale est la minimisation des effets indésirables (métaboliques, endocriniens, digestifs, psychiques, infectieux, cutanés, oculaires). La répétition des injections peut cependant entraîner les mêmes effets indésirables généraux ; il est recommandé de ne pas dépasser trois infiltrations sur un même site.
L'injection de fluide viscoélastique à base de hyaluronate de soduim (substance abondante dans le tissu cartilagineux et le liquide synovial), dans l'articulation arthrosique permet un effet antalgique retardé (de 3 à 5 semaines après la première injection) et prolongé (de 3 à 12 mois). Ces injections sont réservées aux gonarthroses douloureuses. (49) (54)

Le maintien d'une activité physique régulière est conseillé chez les patients arthrosiques. En cas d'arthrose de hanche (coxarthrose) ou de genou (gonarthrose) notamment, la pratique de certains sports peut être poursuivie, en choisissant ceux ne nécessitant pas d'efforts brusques. C'est le cas de la natation, du jogging et du cyclisme. En cas de poussées congestives, lorsque l'articulation est douloureuse, gonflée et chaude, il est préférable de mettre l'articulation au repos, de telle sorte à éviter l'aggravation des lésions du cartilage qui sont en train de se produire (53).

Pour les coxarthroses et gonarthroses évoluées, en fonction de l'importance de la gêne ressentie, de la raideur de l'articulation et de l'ampleur des lésions radiographiques, l'implantation d'une prothèse peut être proposée au patient (53) (54).

Des séances de rééducation par un kinésithérapeute sont également possibles. La rééducation va permettre de diminuer les douleurs au moyen de massage, de maintenir ou de récupérer partiellement l'amplitude des mouvements des articulations atteintes par l'arthrose, et de renforcer les muscles pour stabiliser les articulations et limiter leurs déformations (55).

Intérêt de la thérapie avec le cheval (7)

La coxarthrose, arthrose de la hanche, peut bénéficier de la thérapie avec le cheval. « Bien des sujets ayant une coxarthrose vont inconsciemment vers l'enraidissement, craignant par des mouvements de flexion ou d'écartement, de réveiller la douleur. Ce sera donc tout un travail de relâchement musculaire, de détente qu'il faudra réaliser ». Le travail sera d'abord réalisé sans étrier pour laisser les membres inférieurs descendre en souplesse et le bassin se mobiliser au rythme du pas du cheval. Il faudra aider le cavalier à monter et à descendre, un montoir pourra être utilisé s'il le faut. Les séances seront courtes afin d'éviter toute fatigue.

Cf annexe 2 : « Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie du cheval pour les pathologies articulaires »

Conclusion

La thérapie avec le cheval constitue une prise en charge originale des troubles articulaires. Elle se rajoute aux thérapies classiques. Equilibre, tonus et décontraction sont les trois mots d'ordre ici. Elle nécessite tout de même deux précautions : avoir un avis médical et chirurgical avant de commencer les séances ainsi qu'une évaluation des résultats au cours de la thérapie afin de mesurer le véritable impact de celle-ci.

b. Les atteintes du système nerveux et musculaire

Dans les maladies du système nerveux et musculaire, on retrouve des symptômes communs. Nous allons voir ici, sans prétendre être exhaustif quelques pathologies pouvant bénéficier de la thérapie avec le cheval. Nous commencerons par analyser les symptômes, puis nous verrons les pathologies correspondant à ces symptômes, les prises en charge habituelles (médicamenteuses et non médicamenteuses) et l'intérêt de la thérapie avec le cheval dans chaque cas.

- <u>Analyse des symptômes</u>

Les lésions du système nerveux central (le cerveau et la majeure partie de la moelle) et périphérique (nerfs périphériques) entraînent des symptômes plus ou moins visibles. Les symptômes les plus handicapants ne sont pas toujours les plus visibles. Voici ces symptômes :

Les atteintes de la motricité volontaire (7) (56)

Elles correspondent à une atteinte de la fonction contractile volontaire des muscles. Si l'atteinte est complète, on parle de « paralysie », les mouvements sont alors impossibles. Si l'atteinte est incomplète, on parle de « parésie », les mouvements sont possibles mais seront de faible puissance. Elles peuvent être localisées à un ou plusieurs membres, à un hémicorps (moitié latérale du corps), au tronc. Elles peuvent être symétriques ou non.

Les troubles du tonus (7) (56)

Le tonus est un état normal de tension, involontaire et permanent de nos muscles, réglé par le système nerveux et variable selon les activités. Les troubles du tonus correspondent à l'atteinte de la motricité réflexe.

Les paralysies du système nerveux central s'accompagnent le plus souvent d'une hypertonie, dite « spasticité ». Au contraire, les paralysies du système nerveux périphériques sont accompagnées d'une hypotonie, dite « flaccidité ».

Les troubles de l'équilibre (57) (58)

L'équilibre est la fonction qui permet le maintien de la posture, c'est-à-dire la station debout qu'elles que soient les circonstances : sujet immobile ou mobile, se déplaçant dans l'espace, lui-même mobile ou immobile.

Les mécanismes mis en œuvre pour assurer sa réalisation comprennent :

- des capteurs sensoriels qui, à tout moment , informent sur l'orientation et le déplacement du corps dans l'espace. En cas de déséquilibre, ils agissent comme des signaux détecteurs d'erreur,
- des centres nerveux, capables d'interpréter les différents influx transmis à partir des capteurs sensoriels et d'élaborer une réponse motrice adaptée ;
- des effecteurs moteurs, systèmes musculotendineux et ostéoligamentaires, permettant la réalisation de la réponse motrice selon une stratégie appropriée.

Un trouble de l'équilibre peut provenir d'une atteinte d'un ou plusieurs récepteurs sensoriels (ex : oreille interne), d'une altération ou d'une lésion des mécanismes d'intégration et de contrôle centraux (ex : atteinte cérébelleuse), d'une perturbation des effecteurs qui altère la réalisation de l'ordre moteur.

Dans le cadre d'atteinte du système nerveux et musculaire, les troubles de l'équilibre sont liés à une atteinte des centres nerveux, incapables de transmettre les influx et/ou à une atteinte des effecteurs par atteintes musculaires.

Les mouvements involontaires (7)

Ils constituent une vaste catégorie hétérogène de troubles moteurs liés à des troubles de la contraction musculaire et/ou de la coordination des mouvements. Ce sont en effet certaines lésions du cerveau ou du cervelet qui entraînent ces troubles de la motricité. Il ne s'agit pas de paralysies mais d'atteintes du contrôle du mouvement : soit le mouvement voulu est perturbé par des mouvements parasites, soit il est mal coordonné, soit encore ces mouvements involontaires se produisent au repos, alors qu'aucun mouvement n'est souhaité. Ils sont parfois très gênants car ils s'ajoutent aux paralysies proprement dites, mais aussi parce qu'ils entraînent parfois un handicap social important, pouvant toucher non seulement les déplacements mais aussi le visage (grimace involontaire), l'écriture, la parole (l'élocution)…

Il en existe plusieurs types : tremblements, myoclonies (secousses musculaires incoordonnées), athétose (mouvements involontaires causés par un tonus variant en permanence), syncinésie (mouvements parasites surajoutés accompagnant un mouvement volontaire). Tous ces mouvements anormaux peuvent être amplifiés par l'émotion.

Les troubles de la sensibilité (7) (59)

On distingue deux modes de sensibilité : la sensibilité extéroceptive et la sensibilité proprioceptive. La sensibilité extéroceptive, ou superficielle, recueille les sensations cutanées provoquées par le tact, la douleur, le chaud et le froid. La sensibilité proprioceptive, ou profonde, renseigne sur les attitudes et les déplacements.

Dans le cadre des atteintes du système nerveux et musculaire, les deux types de sensibilité peuvent être altérés. On observe alors des troubles sensitifs périphériques se manifestant par des douleurs, des paresthésies (sensation anormale, non douloureuse mais désagréable), des hypoesthésies pouvant aller jusqu'à l'anesthésie d'un territoire. Des troubles de la sensibilité profonde sont également observés, et sont le point de départ de plusieurs autres troubles comme par exemple l'astéréognosie (perte de la reconnaissance palpatoire des objets) ou les troubles de l'équilibre.

Les troubles cognitifs et psychologiques (7)

Il s'agit de troubles des fonctions supérieures résultant des lésions cérébrales, touchant l'intelligence et le comportement : troubles de la mémoire, du raisonnement, du vocabulaire, agressivité, apathie, dépression,… Ils sont fréquents chez les personnes très déficitaires ou les personnes âgées démentes.

- Les pathologies correspondants aux symptômes

L'infirmité motrice cérébrale (60)

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est liée à une lésion du cerveau. Elle constitue un trouble moteur non progressif secondaire à un défaut ou à une lésion sur un cerveau en maturation.

Le tableau clinique dépend de la localisation et de l'étendue des lésions.
Les troubles moteurs sont complexes, associant des difficultés à commander le mouvement, à l'organiser et à le contrôler, des faiblesses musculaires et des raideurs. Si le tableau d'IMC est essentiellement marqué par un trouble moteur, d'autres grandes fonctions peuvent être atteintes, entraînant alors des difficultés d'apprentissage supplémentaires : on parle alors de « troubles associés » au trouble moteur.

Certaines étapes du processus cognitif ne sont pas épargnées malgré l'intelligence normale : difficultés d'organisation du mouvement (dyspraxie), difficultés dans le repérage des données spatiales (apraxie visuo-constructive), difficultés dans l'analyse des images ou des objets non dues à des problèmes d'acuité visuelle (agnosie visuelle).

L'hémiplégie

L'hémiplégie est la paralysie d'un hémicorps, c'est à dire la perte plus ou moins complète de la motricité volontaire au niveau d'un hémicorps (61). Les paralysies sont hypertoniques le plus souvent (7).

Cliniquement, on retrouve un déficit moteur variable dans son intensité et dans sa localisation, et différents troubles, selon l'origine topographique de la lésion (25). Les troubles associés les plus fréquemment rencontrés sont : des troubles du langage, de la vision, de la nutrition et de la déglutition, des troubles émotionnels, cognitifs et sensoriels, des troubles sphinctériens (61). Compatible avec une autonomie de marche correcte, la paralysie prédomine au niveau distal des membres (main/pied). L'utilisation du membre supérieur est conditionnée par deux éléments : l'intensité de la paralysie et l'atteinte de la sensibilité profonde. Une main peu paralysée est inutilisable si l'astéréognosie est majeure (7).

La paraplégie

La paraplégie est une paralysie des deux membres inférieurs résultant d'une atteinte de la moelle épinière (62).

La colonne vertébrale comprend, de haut en bas, sept vertèbres cervicales C1, C2, C3....C7, douze vertèbres dorsales D1....D12, cinq vertèbres lombaires L1....L5, le sacrum, le coccyx, et les racines sacrées. Une atteinte de la moelle dans la région cervicale entraîne une paralysie du tronc et des quatre membres. On parle alors de tétraplégie. Une atteinte dorsale (entre D1 et L2) paralyse les deux membres inférieurs et le tronc à partir des seins. Une atteinte dorsolombaire (entre L2 et L5) provoque une paralysie des deux membres inférieurs à partir de la racine des cuisses (62). Ces deux dernières atteintes sont appelées paraplégie.

Les principaux symptômes sont des troubles moteurs, qui intéressent à la fois la motricité volontaire (paralysie ou parésie), et la motricité réflexe qui règle le tonus musculaire et qui peut se manifester sous forme de mouvements anormaux automatiques ou sous forme de fonte musculaire (62). Les paralysies peuvent être flasques ou spastiques (7). Les personnes atteintes de paraplégie se déplacent en fauteuil roulant. Les troubles associés sont des douleurs sous la lésion, de type sensation de broiement, de décharges électriques, des troubles respiratoires, neurovégétatifs et circulatoires (62).

Une paraplégie peut être de deux types :

- complète : absence totale de sensibilité et de motricité en dessous de la lésion,
- incomplète : persistance d'une sensibilité ou d'une motricité volontaire en dessous de la lésion, en particulier dans le secteur périnéal (63).

Autres paralysies

La tétraplégie (56)

Les causes sont identiques aux paraplégies, mais le résultat est une atteinte des quatre membres, la lésion médullaire se situant au niveau cervical.

Le spina bifida

Le spina bifida est une malformation de la moelle épinière, de ses enveloppes et des vertèbres qui l'entourent. Il se caractérise par un défaut de fermeture de la partie arrière des vertèbres dès la fin du premier mois du développement embryonnaire. Un segment de moelle et du rachis qui l'entoure est défectueux, et tout le territoire nerveux qui en dépend se trouve paralysé et anesthésié, privé de relations normales avec le cerveau. Lors de lésions hautes le risque de paralysie des membres inférieurs est plus important que lors de lésions basses où les problèmes les plus fréquents sont l'absence de contrôle de la vessie et des intestins (64). Le spina bifida correspond à une paralysie flasque, associée à une hydrocéphalie (dilatation des cavités contenant le liquide céphalo-rachidien). D'autres troubles tels qu'un retard mental, des problèmes urinaires et digestifs peuvent être associés (7) (64).

Les séquelles de poliomyélite

Il s'agit d'une atteinte virale de la substance grise de la moelle épinière dans sa partie antérieure, les cornes antérieures, parties qui intéressent exclusivement la motricité. Le plus souvent, le début est soudain, de type grippal avec des douleurs du dos et de la nuque (65). La paralysie de type flasque et asymétrique s'installe en quelques jours. Elle prédomine au niveau des membres inférieurs mais peut être diffuse et toucher les muscles respiratoires (7). Il existe toujours une phase de récupération. Une fois cette phase passée, les séquelles sont stables et définitives (23).
Grâce à la vaccination, elles sont devenues rares aujourd'hui. On la rencontre encore chez des enfants d'origine étrangère (7).

La sclérose en plaques

La sclérose en plaques est une affection neurologique évolutive du sujet jeune. Elle se caractérise par des poussées inflammatoires à l'origine d'une démyélinisation par plaques au sein de la substance blanche du système nerveux central.
Les manifestations cliniques sont extrêmement variables et peuvent toucher toutes les grandes fonctions neurologiques. Cependant les troubles les plus fréquents sont d'ordre moteur avec enraidissement et faiblesse motrice, associés à des troubles de l'équilibre, visuels et sensitifs. Une caractéristique de l'affection est la présence de poussées. Elles se définissent par la survenue de signes neurologiques ou l'aggravation de signes préexistants, en quelques heures voire en quelques jours, avant de se stabiliser (66). La tétraplégie est progressive, l'invalidité est de plus en plus massive (7).

Les myopathies

Les formes sont nombreuses, de symptomatologie et de gravité variées. Elles donnent toutes des paralysies d'origine myogènes, hypotoniques et symétriques. Elles peuvent débuter dans l'enfance ou à l'âge adulte (67).

Les affections des fibres musculaires survenant dans l'enfance sont presque toutes dégénératives. Les enfants atteints souffrent d'une diminution du tonus musculaire souvent généralisée. Le visage a un aspect caractéristique : absence de mimique, chute de la paupière supérieure, bouche ouverte en permanence. Actuellement, il n'existe pas de traitement curatif de ces maladies, mais la prise en charge des troubles qu'elles entraînent permet d'améliorer le confort et l'espérance de vie du malade (67).

Les affections des fibres musculaires débutant à l'âge adulte peuvent être d'origine dégénérative ou métabolique, ou encore consécutives à une intoxication, à la prise d'un médicament ou à certaines maladies endocriniennes. Il n'existe pas de traitement curatif de ces myopathies (67).

<u>Autres pathologies</u>

Les séquelles de traumatisme crânien grave (68)

Les séquelles de traumatisme crânien grave font suite à des accidents ayant entraîné un choc sévère au niveau de la tête et du crâne, caractérisé notamment par la survenue d'un coma. Ces traumatismes touchent surtout des sujets jeunes, le plus souvent suite à un accident de la voie publique.
Les séquelles de traumatisme crânien grave induisent une variété considérable de handicaps de gravité variable. Ces séquelles rassemblent des troubles neurologiques tels que des déficits sensoriels, une hémiplégie, des troubles neuropsychologiques comme des troubles du langage et de l'attention, et des troubles psychologiques.

L'épilepsie (69)

L'épilepsie n'est pas une maladie. Elle recouvre un ensemble de maladies se manifestant par des crises épileptiques. C'est l'ensemble des affections du cerveau, quelle qu'en soit la cause, connue ou non, au cours desquelles des crises épileptiques se répètent de façon chronique.
Ces crises épileptiques sont la conséquence d'une activité anormale, excessive et non contrôlée d'un groupe plus ou moins important de cellules nerveuses cérébrales. Selon

la région du cerveau intéressé par la décharge épileptique, les symptômes peuvent comporter des pertes de connaissance brusques, des troubles du comportement, des difficultés à parler, à voir ou à entendre, des mouvements anormaux, voire d'autres manifestations.

- Prises en charge médicamenteuses et non médicamenteuses de ces pathologies

La thérapie médicamenteuse est relativement limitée dans la prise en charge globale d'un patient handicapé physique. Des traitements médicamenteux seront proposés pour traiter une spasticité, certains mouvements involontaires, les troubles psychologiques associés, ainsi que la comitialité. Les autres symptômes bénéficieront d'une prise en charge pluridisciplinaire rééducationnelle.

Les thérapeutiques médicamenteuses

La spasticité (70) (71)

La spasticité se caractérise par l'augmentation du réflexe d'étirement (contraction musculaire) et de l'hypertonie musculaire. Tout malade spastique ne nécessite pas systématiquement de traitement. Lorsque celui-ci est mis en œuvre, la réflexion thérapeutique englobe les traitements médicamenteux, mais également la kinésithérapie, les appareillages et la chirurgie.
Les traitements médicamenteux comportent :

- les traitements per os (Baclofène et Tizanidine),
- la toxine botulinique,
- le Baclofène intrathécal,
- l'application locale d'alcool ou phénol.

Les traitements de première intention (toxine botulinique et traitements per os) s'envisagent selon le caractère localisé ou diffus de la spasticité et selon l'étiologie.

- La toxine botulinique de type A, BOTOX® et DYSPORT®

Elle est utilisée en traitement de première intention de la spasticité. L'injection se fait en intramusculaire, le nombre de sites d'injection dépend de la structure et de la taille du muscle. L'emploi d'analgésique est recommandé, localement et/ou par voie générale (anesthésie locale ou protoxyde d'azote) lors des injections.

L'indication du renouvellement des injections, avec un délai minimum de trois mois entre chaque injection, sera évaluée en fonction des bénéfices et de la tolérance, avec nouvelle discussion des doses et du choix des muscles. La répétition des injections est possible tant que les effets bénéfiques sont observés après chaque injection.

Quant aux résultats, on observe une amélioration de la fonction active des membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'un effet sur la douleur.

- Les traitements per os

Deux molécules ont fait la preuve de leur action sur la réduction de la spasticité évaluée par un score d'hypertonie musculaire : le Baclofène, LIORESAL® et la Tizanidine, SIRDALUD®.

Le Baclofène possède une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les traitements symptomatiques de la sclérose en plaque, des lésions médullaires avec spasticité chronique sévère et de la spasticité chronique sévère secondaire à une IMC.

La Tizanidine fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) : elle est recommandée en cas d'inefficacité, d'effets indésirables ou de contre-indication au Baclofène.

D'autres molécules comme le Dantrolène, DANTRIUM® ont une autorisation de mise sur le marché (AMM), mais l'ancienneté des études et leur niveau de preuve insuffisants ne permettent plus de les recommander.

« Il n'existe actuellement qu'un nombre limité d'études préjugeant de l'efficacité des traitements. Il existerait un effet dose-dépendant sur l'efficacité, mais il n'y aurait pas d'argument pour dire que le Baclofène et la Tizanidine améliorent le retentissement fonctionnel de la spasticité. Ces traitements doivent donc être réservés aux spasticités diffuses gênantes ».

Chez l'enfant, seul le Baclofène possède une AMM.

- Le Baclofène intrathécal

Il s'agit d'un traitement au long cours par diffusion continue intra-rachidienne de Baclofène, par l'intermédiaire d'une pompe implantée. Un, voire plusieurs tests (simple injection par ponction lombaire ou mise en place d'un site d'accès provisoire) doivent être effectués avant l'implantation de la pompe.

« D'après les études, le Baclofène intrathécal est un traitement efficace de la spasticité ».

Le Baclofène intrathécal est réservé aux spasticités : gênant les postures, le nursing, le repos ; interférant avec l'autonomie et la marche ; responsable de douleur. Il peut être utilisé chez les enfants.

- Alcool et phénol en injection

« L'alcool et le phénol ont une action sur la spasticité, évaluée par le score d'Ashworth, de réduction de la spasticité par neurolyse chimique (destruction irréversible du nerf) ».

Ils ne représentent pas le traitement local de première intention sauf dans certains cas de spasticité particulièrement diffuse et gênante où ils peuvent parfois être utilisés en complément d'un autre traitement local par toxine botulinique.

« En l'absence de spécialités disponibles dans le cadre d'une AMM, des préparations hospitalières de phénol glycériné et d'éthanol sont réalisées par des pharmacies à usage intérieur ».

« L'injection est locale, elle doit être effectuée sous électrostimulation ou repérage échographique afin d'assurer la plus grande proximité du nerf. L'alcoolisation ou la phénolisation en intramusculaire doivent être proscrites du fait des lésions irréversibles du muscle. »

Chez l'enfant, il est conseillé de l'utiliser avec une extrême prudence en dessous de 10 ans.

Les mouvements involontaires

La prise en charge de tels troubles est essentiellement rééducationnelle. Lorsque la gêne provoquée par ces mouvements devient trop importante, plusieurs médicaments peuvent être proposés aux patients. Seules deux classes de médicaments possèdent une AMM pour ces troubles. Les autres médicaments seront utilisés en dehors des indications thérapeutiques de l'AMM.

La classe médicamenteuse possédant une AMM pour les mouvements involontaires est la classe des bétabloquants. L'AMM précise que seuls les tremblements secondaires à une lésion cérébrale peuvent être pris en charge. Le Propranolol, AVLOCARDYL®, bétabloquant non spécifique, est la molécule la plus souvent prescrite dans ce cadre (49).

Autre molécule possédant une AMM, le Diazépam, VALIUM®, benzodiazépine, peut être utilisé dans le cadre de contracture musculaire (49).

D'autres médicaments peuvent être administrés en dehors du cadre réglementaire de l'AMM. La Primidone, MYSOLINE®, barbiturique antiépileptique, les neuroleptiques, ainsi que certaines molécules à propriétés antispasmodiques peuvent parfois être administrés. L'évaluation du rapport bénéfice/risque devra bien sûr être évaluée régulièrement (72).

Les troubles psychologiques (49)

Les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété pourront bénéficier d'une prise en charge médicamenteuse.

Les antidépresseurs sont utilisés pour corriger l'humeur dépressive d'un patient. Ils sont rarement administrés en monothérapie, surtout en début de traitement, où celui-ci provoque une réactivation de l'anxiété, ainsi qu'un risque de passage à l'acte (suicide).

Les anxiolytiques sont utilisés pour supprimer les symptômes de l'anxiété pathologique. Le risque de dépendance physique et psychique est important avec cette classe médicamenteuse. Les facteurs de risque d'une dépendance étant des posologies élevées et une durée prolongée, il est nécessaire de fractionner les doses dans la journée, d'augmenter progressivement la posologie jusqu'à atteindre la dose minimale efficace. Le traitement doit être administré sur une période la plus brève possible.

L'épilepsie (69)

Les crises épileptiques sont la conséquence d'une activité anormale, excessive et non contrôlée d'un groupe plus ou moins important de cellules nerveuses cérébrales.

Les médicaments antiépileptiques visent essentiellement à supprimer les crises.

L'arsenal thérapeutique est relativement vaste, le nombre de molécules existantes est très important. Le médicament antiépileptique prescrit n'est pas choisi au hasard parmi toutes ces molécules. Le choix dépend du type d'épilepsie, certains médicaments sont plus susceptibles d'être efficaces dans les épilepsies partielles, d'autres dans les épilepsies généralisées, certains ont une action dans les syndromes généralisés particuliers et pas dans d'autres. Du mécanisme d'action de la molécule découle le type d'épilepsie prise en charge. Par ailleurs, des molécules peuvent aggraver certains syndromes alors qu'elles en amélioreront un autre.

La fréquence élevée des crises, leur caractère parfois traumatique, le retentissement des crises répétées sur le développement psychomoteur et le comportement des enfants, et les effets secondaires majeurs des médicaments antiépileptiques sont autant d'éléments qui peuvent conduire dans certains cas à envisager un traitement chirurgical. Deux approches chirurgicales sont proposées en fonction du type d'épilepsie : la chirurgie dite « curative » dont l'objectif est de guérir l'épilepsie en supprimant le ou les foyers épileptogènes ; et la chirurgie « palliative » qui a pour objectif de diminuer la fréquence ou la gravité de certaines crises en interrompant des connexions corticales.

Les thérapeutiques non médicamenteuses

L'évaluation des déficiences existantes est la première étape de la prise en charge de toute atteinte du système nerveux et musculaire. Elle permet de définir les capacités et incapacités du blessé, de proposer des objectifs en terme d'autonomie, en potentialisant les capacités restantes.

La kinésithérapie

Le masseur-kinésithérapeute est un des personnels soignants le plus sollicité dans la prise en charge de tels patients. Ce professionnel de santé intervient tant pour éduquer, rééduquer ou traiter des personnes atteintes d'affections diverses, que pour prévenir la survenue de troubles ou affections. Il réalise des actes de façon manuelle ou par l'intermédiaire de matériels ou appareils, en fonction des pathologies et des différents symptômes. Le kinésithérapeute participe à la prise en charge de patients handicapés physiques en appliquant des techniques :

- de préservation et de mobilisation des articulations,
- de récupération du mouvement : coordination et dissociation des mouvements, prévention ou traitement des rétractions musculaires, décontraction des muscles, amélioration de la posture, stimulation des réactions de redressement,
- de réentrainement à l'effort,
- de rééducation sensori-motrice,
- antalgiques, par des massages et la physiothérapie (thérapie utilisant des moyens physiques : thermiques, électrothérapie, ultrasons, vibrations) (25) (73).

Sa discipline permet donc la prise en charge de nombreux symptômes, spécifiques ou non de pathologies données.

Ainsi, par exemple, l'objectif de la kinésithérapie, dans le cadre d'une personne IMC, vise à contrôler au mieux les effets des paralysies et des mouvements anormaux, de manière à obtenir la meilleure autonomie motrice et fonctionnelle possible (74).
Lors de myopathie, la kinésithérapie permet de corriger les rétractions et les déformations musculaires (67).
La rééducation kinésithérapique d'un patient atteint de sclérose en plaque consiste à la prise en charge de la spasticité, au renforcement musculaire, à la rééducation de l'équilibre, ainsi qu'au réentrainement à l'effort (75).
Chez le patient atteint de spina bifida, le kinésithérapeute veillera à développer le sens du mouvement, et à améliorer les « malpositions » (64).

L'ergothérapie (75) (76)

L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement.
Pour favoriser l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, des aides techniques sont proposées, essayées, utilisées et modifiées (si besoin est). Il existe deux grands types d'aides techniques : les aides techniques palliant le manque de fonction (exemples : enfile-bouton, enfile-chaussette, pince avec un long manche) et les aides techniques palliant le manque de force (ex : ouvre-bocaux, couverts adaptés).

L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.

L'orthophonie (75) (77)

L'orthophonie concerne toutes les fonctions associées à la compréhension, à la réalisation et à l'expression du langage oral et écrit, ainsi que toutes les autres formes de la communication non verbale. « Les déficiences et les troubles concernent autant la parole et le langage, deux des aspects les plus complexes et les plus élaborés des fonctions cérébrales, que la voix, les fonctions auditives, visuelles, cognitives (incluant l'apprentissage de ces fonctions). Il s'agit, soit de troubles isolés, soit de troubles complexes dans l'imbrication de plusieurs troubles de la communication ou suite à des syndromes et des handicaps divers ».

Les actes d'orthophonie ont pour objet de rétablir les capacités fonctionnelles de la communication, ainsi que de concourir à leur développement ou à leur maintien, et de prévenir toute altération ou d'y suppléer.

La rééducation orthophonique n'est donc pas réservée uniquement aux troubles du langage. Les problèmes d'élocution, de contrôle du souffle, les troubles de la mémoire, de l'attention, et la déglutition peuvent bénéficier d'une prise en charge adaptée en orthophonie.

La psychomotricité (78)

Une prise en charge rééducative est parfois nécessaire. La psychomotricité s'adresse aux enfants et aux adultes. Elle a pour objet de prévenir ou de traiter l'altération du développement psychomoteur et de l'organisation psychomotrice d'un patient à tous les âges de la vie. Sa spécificité réside dans l'écoute et l'attention particulières portées aux manifestations psychocorporelles et à leurs significations. Elle vise à faire acquérir des gestes coordonnés, dénués de mouvements parasites et de raideur involontaire, ainsi qu'une aisance dans le domaine spatial et temporel, latéralisation et succession correcte des mouvements dans le temps.

« Le psychomotricien est habilité à prendre en charge, entre autres, les manifestations symptomatiques suivantes : troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs, retards du développement psychomoteur, troubles du schéma corporel et de l'image du corps, troubles de la latéralisation ou de la latéralité, troubles de l'organisation spatio-temporelle, inhibition psychomotrice, troubles de la conduite et du comportement… ».

La psychothérapie (79)

Une prise en charge psychologique peut être proposée aux patients atteints d'un handicap physique. L'apparition ou l'évolution de ce handicap chez un patient provoque une rupture par rapport à la vie antérieure et entraîne la nécessité de remaniements profonds, tant sur le plan physique que psychologique.

Le but de la psychothérapie est d'apporter une aide, un soutien, lorsque les émotions négatives (angoisse, découragement, culpabilité) provoquent une perturbation de l'équilibre dans la vie courante soit par leur intensité, soit par leur durée. La prise en charge psychologique peut prendre place à n'importe quel stade de la maladie : dès l'annonce du diagnostic jusqu'à des années plus tard, à l'occasion d'une période de

difficultés. La durée de cette prise en charge peut varier de quelques mois à quelques années selon les personnes. Parfois, quelques entretiens suffisent à débloquer une situation vécue comme insoluble.

Le soutien fourni par une psychothérapie aide la personne malade à exprimer certains aspects affectifs, ou des situations matérielles difficilement abordables avec les proches, dans un souci de les protéger. La psychothérapie peut aider le patient à réapprendre à vivre autrement, en prenant conscience progressivement des ressources souvent mésestimées que chacun porte en soi. « Ce défi que le psychologue propose au patient atteint de la sclérose en plaques représente une des clés qui permet d'accepter de vivre avec la maladie ». La prise en charge psychothérapeutique permet aussi à la personne de se décentrer par rapport aux symptômes corporels. « Avec l'aide du psychologue, le patient peut réfléchir à la possibilité de découvrir de nouvelles activités en fonction de ses désirs et de sa personnalité, en particulier toutes celles qui favorisent la créativité dans le but de sublimer le sentiment d'avoir un corps défaillant ».

La prise en charge de patient présentant un handicap physique est véritablement pluridisciplinaire. La thérapie médicamenteuse est limitée au traitement de la spasticité, de certains mouvements involontaires, de l'épilepsie et des troubles psychologiques. Ces patients doivent avant tout bénéficier de thérapies rééducationnelles. Voyons maintenant ce que la thérapie avec le cheval peut apporter à de tels patients.

- Intérêt de la thérapie avec le cheval en fonction des symptômes

Les atteintes de la motricité volontaire et les troubles du tonus

Dans ces cas, la rééducation a pour but de renforcer le capital musculaire utile restant, de lutter contre la spasticité, et surtout de prévenir ou de réduire les malformations (23) (25).

Lors de la thérapie avec le cheval, l'allure du pas va déclencher au niveau des membres inférieurs du cavalier une série de gestes réflexogènes, difficilement obtenus par les méthodes classiques de rééducation. 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 continuel de la part des muscles et du tonus (6). L'alternance de mouvement, le balancement latéral imposé au corps du cavalier vont être utilisés pour la récupération de toutes les fibres musculaires intactes, ce qui est presque impossible en utilisant les procédés classiques (25).

Les paralysies du système nerveux central s'accompagnent le plus souvent d'une hypertonie, d'une spasticité. Cette dernière gêne la mobilité active et passive, donnant une impression de « raideur ». Pour diminuer cette hypertonie, il convient de pratiquer l'équitation dans une allure calme, au pas, afin d'entrainer une décontraction musculaire. Il faudra supprimer les étriers, les jambes devant « tomber » le long du cheval, sous peine de voir augmenter la spasticité des membres inférieurs (23). L'activité étant très fatigante, les séances devront être limitée dans le temps (7).

Au contraire, les paralysies du système nerveux périphériques sont accompagnées d'une hypotonie, d'une flaccidité. Il convient dans ce cas de faire une équitation stimulante, à allures vives (pas dynamique), avec des changements de direction et des transitions (pas-arrêt et arrêt-pas) fréquents (23).

Ce type de rééducation ne diminue la spasticité que d'une manière transitoire, la spasticité réapparaît à son niveau initial en quelques heures. Les séances de thérapie avec le cheval doivent donc participer à une prise en charge globale du patient et être complétée par une rééducation neuromusculaire quotidienne (25).

Les troubles de l'équilibre

Chez le cavalier, les modifications permanentes de l'équilibre sur le cheval stimulent les réactions d'adaptation statique, les réflexes de redressement et d'équilibration.

Cette notion d'équilibre prend une signification particulièrement importante dans le cas de l'hémiplégie. En effet, le sujet hémiplégique à cheval va devoir rétablir son équilibre mis en difficulté par plusieurs éléments. Par exemple, pour un sujet présentant une atteinte droite, on observe :

- un déséquilibre à droite dû à la différence d'épaisseur des muscles fessiers,
- dès que le cheval est au pas, le cavalier déséquilibré tend à tomber à gauche, son membre inférieur gauche exerçant une traction sur le corps,
- à main droite (lorsque la main droite du cavalier se situe du côté intérieur du manège), le cheval va avoir tendance à marcher « en crabe » (ses hanches n'étant plus en face de ses épaules) en fonction de la pression exercée par le membre inférieur gauche du cavalier sur son flanc. A main gauche, le phénomène est moins visible, la hanche droite du cheval est limitée par le pare-botte.

Le patient devra donc rechercher l'équilibre musculaire, éliminant à l'arrêt l'impression de chute à droite, ainsi qu'une décontraction du membre inférieur gauche amenant une amélioration de l'assiette. Cette décontraction est assurée par le rythme du pas en lui-même, et par la confiance au thérapeute. Lorsque l'assiette est ainsi assurée et, avec elle, l'aisance s'instaure, le travail de réadaptation, et si possible de récupération, va pouvoir être entrepris. Pour aider le cavalier à trouver son équilibre, il est possible de placer un étrier du côté gauche pour stabiliser la posture globale et éviter la fatigue. Progressivement, la longueur de l'étrivière (maintenant l'étrier à la selle) sera augmentée pour favoriser l'extension du membre (7).

Une atteinte importante de la sensibilité superficielle et profonde de la partie inférieure du tronc, de la région fessière et des membres inférieurs ne permettra pas au cavalier d'acquérir une assiette suffisante pour le maintien de son équilibre. Le matériel utilisé devra donc être adapté, notamment la selle. Une contention totalement artificielle n'est pas souhaitable pour la thérapie avec le cheval. Elle est parfois utilisée pour permettre l'équitation en compétition (25).

Les mouvements involontaires

Pour ces troubles, le pas du cheval favorise la détente physique, par décontraction musculaire, et psychique, par le plaisir qu'il procure et le bercement du dos du cheval. Il favorise ainsi la diminution de l'ensemble des mouvements involontaires. Cette diminution est particulièrement observée en cas d'athétose (23) (25).

La nécessité d'un geste, en permanence, précis, clair, fin, et non parasité, pour se faire obéir du cheval améliore la coordination et la dissociation des mouvements (25). L'exemple simple de la rêne d'ouverture droite l'illustre bien : le membre supérieur droit doit passer de la position de base, flexion partielle du coude et prono-supination du poignet (poignet placé de telle sorte à avoir le pouce vers le haut), à l'extension complète de l'avant bras sur le bras et à la supination du poignet (rotation du poignet vers la droite), l'ensemble devant amener le nez du cheval vers la droite (7).

Les troubles de la sensibilité

Les patients souffrant de troubles de la sensibilité ne peuvent percevoir la douleur qui accompagne une pression excessive prolongée, et qui provoque normalement un mouvement même imperceptible qui soulage les tissus. Ces patients présentent donc un risque d'escarres très important. A l'allure du pas, les incurvations de l'encolure et du dos-rein du cheval sont accentuées, et les mouvements ainsi transmis au cavalier réalisent réellement un massage au niveau de la région fessière activant la circulation cutanée et évitant les escarres. Ceci n'est vrai que pour des séances courtes, 20 à 30 minutes à cheval au maximum (25). Pour minimiser malgré tout les risques, les vêtements seront adaptés (pas de couture au niveau des fesses, à l'intérieur des genoux et des cuisses), une peau de mouton voire un coussin de prévention des escarres sera placé entre les fesses du cavalier et la selle (23) (25).

Les troubles psychologiques

L'équitation thérapeutique a cet avantage d'être toujours valorisante (7). Le fait de monter à cheval, de pouvoir améliorer ses propres performances, de retrouver, même pour un court moment, son indépendance, sa «liberté de déplacement», est un élément important pour ces malades, fragiles psychologiquement et souvent saturés de séances de rééducation classique (25).

Les autres troubles

La comitialité

L'expérience prolongée de certains thérapeutes a montré qu'aucune crise ne se produisait pendant la mise à cheval, même dans les épilepsies mal équilibrées. Cependant, la thérapie avec le cheval ne constitue évidemment pas un traitement de la comitialité, mais agit sur l'ensemble pathologique pouvant accompagner celle-ci et a un excellent impact psychologique (7).

- Intérêt de la thérapie avec le cheval en fonction des pathologies

Pour les patients atteints d'infirmité motrice cérébrale, la thérapie avec le cheval permettra la lutte contre la spasticité, la diminution des mouvements involontaires et des troubles de la coordination, une amélioration de l'équilibre, un développement de l'initiative et de la rapidité (23).

Pour les personnes hémiplégiques, le travail avec le cheval visera à réduire l'hypertonie des membres atteints, à rétablir l'équilibre perdu et à développer la motricité des membres touchés (25).

La thérapie avec le cheval de patients tétraplégiques permet d'améliorer l'efficience motrice, d'élever le seuil de fatigue, d'augmenter les possibilités respiratoires, d'influencer positivement l'équilibre général (25).

Avec les patients atteints de spina bifida, la thérapie avec le cheval permet de découvrir la notion d'équilibre, de renforcer leurs musculature du tronc et d'adopter une « bonne » position qui bien souvent leur fait défaut (7).

Pour les patients présentant des séquelles de poliomyélite, la thérapie avec le cheval permet de renforcer leur musculature hypotonique et leur sens de l'équilibre, et de réduire leur fatigabilité qui est supérieure à la normale (7).

Pour les patients atteints de sclérose en plaque aucune rééducation n'est véritablement efficace. La mise à cheval, si elle apporte une aide partielle sur le plan moteur, a surtout un bon impact psychologique (7). Lors des périodes de poussées, la thérapie avec le cheval est contre indiquée. En effet, elle va accentuer le développement de la crise et augmenter les douleurs, au lieu de les atténuer et de participer à une meilleure respiration (17).

Parmi toutes les myopathies, seules les moins évolutives peuvent profiter de l'équitation thérapeutique. La thérapie avec le cheval permet de corriger les rétractions et les déformations musculaires (7) (67).

Lors de séquelles de traumatisme crânien grave, la mise à cheval, à un stade de récupération avancée, est proposée pour aider à la réadaptation des patients, et à leur réinsertion sociale (25).

Et enfin, lors d'épilepsie, la thérapie avec le cheval ne constitue pas un traitement, mais agit sur l'ensemble pathologique pouvant accompagner celle-ci et a un excellent impact psychologique (7).

Conclusion

La prise en charge d'une personne handicapée physique est pluridisciplinaire. Les thérapies médicamenteuses vont compléter les nombreuses thérapies rééducationnelles. La thérapie avec le cheval, par ses nombreux intérêts, permet de compléter la prise en charge habituelle. « Pour certains symptômes, comme les troubles de l'équilibre, la thérapie avec le cheval serait même plus performante que les thérapies traditionnelles ». La thérapie avec le cheval a également l'avantage de sortir la personne handicapée de l'institution, de lui faire « changer d'air » et de lui proposer une thérapie innovante où le plaisir est plus que présent.

Bien d'autres pathologies peuvent profiter de la thérapie avec le cheval que celles précisées précédemment. En effet, c'est à l'équipe de prise en charge globale du patient que revient la lourde tâche de décider des activités à proposer pour améliorer le tonus, l'équilibre… mais aussi le quotidien. « La mise à cheval, même si elle n'apporte pas toujours un grand intérêt sur le plan moteur, apportera tellement sur le plan psychologique qu'il est dommage de ne pas en faire profiter le patient ».

Les très grands infirmes, incapables de se tenir assis sans soutien ne pourront participer à cette thérapie avec le cheval. De même, si une débilité mentale trop importante est associée, cette thérapie ne sera pas proposée pour des raisons de sécurité. Elle ne sera proposée que si l'équipe accompagnatrice est suffisamment formée et compétente (17) (23).

Cf annexe 3 : « Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies neurologiques et musculaires »

c. Les handicaps sensoriels

Les personnes handicapées sensorielles, malvoyantes et malentendantes, peuvent également bénéficier de la thérapie avec le cheval. Cette équitation thérapeutique rejoint plus rapidement que pour les autres, l'aspect du sport adapté aux personnes handicapées. Malgré une étiologie bien souvent neurologique, ces troubles sont séparés du paragraphe précédent du fait d'objectifs différents. La récupération n'a aucun sens, mais la réadaptation peut en trouver.

Les déficients visuels (25)

Il paraît important en équitation thérapeutique avec des personnes déficientes visuelles de ne pas se limiter au temps de monte. Le travail préparatoire du cheval peut être l'objet d'une approche spécifique qu'il convient de moduler en fonction de l'autonomie dans les locaux et de la capacité à faire de chacun. Ainsi le temps de panser et de seller peut être un moment privilégié pour faire toucher la monture. Le corps de l'équidé doit être touché entièrement et le plus souvent possible, une image mentale n'étant pas quelque chose qui se construit facilement.

L'équitation est surtout une question de sensibilité dans la perception des réactions du cheval et dans l'exécution des mouvements. Le cavalier malvoyant a cette sensibilité, habitué à analyser avec subtilité les bruits, souvent imperceptibles pour nous, les températures, l'humidité, les odeurs…Il a tout de suite conscience que ses mains lui servent d' « antenne », de « palpeur » pour sentir avec délicatesse la bouche de son cheval, qui elle-même va lui donner d'autres éléments à analyser : la position de l'encolure, la direction du bout du nez du cheval, donc sa direction. Il percevra la tension du dos, des reins, la souplesse, le rythme.

Différents techniques peuvent être utilisées pour informer le cavalier de sa position et de sa direction dans le manège, de sa distance par rapport à l'obstacle : nomination de l'angle que fait sa direction avec celle à suivre, compte à rebours face à un obstacle. Lorsque le cavalier maîtrise suffisamment la technique équestre élémentaire, il analyse seul la distance qui lui reste à parcourir par l'engagement des postérieurs de son cheval et de la tension du dos de ce dernier.

Les déficients auditifs (25)

Les difficultés des malentendants sont plus difficilement perçues, mais elles sont très importantes. Leur isolement peut être dramatique, peut dégrader l'état psychique et mener à un état dépressif continuellement aggravé. L'incompréhension manifestée à leur égard, leur sentiment d'insécurité et l'exigence de leur entourage peuvent expliquer les troubles du caractère associé.

La thérapie avec le cheval va préserver leur santé morale. Ils vont y trouver un moyen d'expression, ils vont pouvoir y exprimer l'étendue d'une conversation.

Conclusion

Les sujets présentant un handicap sensoriel, visuel ou auditif pourront également être mis en selle. Dans ce cas, la rééducation par l'équitation ne vise pas bien sûr le déficit lui-même mais propose à la fois un loisir accessible et l'apprentissage de compensations individuelles. Elle leur permet de surmonter leur handicap. Le sport peut alors jouer son rôle véritable qui est de donner à chacun la possibilité d'aller au bout de ses talents (27).

4. Résultats et évaluation de la thérapie avec le cheval

Dans le cadre d'une institution, la mise en place de la thérapie avec le cheval s'intègre dans un projet thérapeutique. Or, tout projet doit faire l'objet d'une évaluation des effets thérapeutiques mais également d'une évaluation des méthodes et des structures, ainsi que de la qualité des soins. Il est donc nécessaire d'employer des moyens de suivi dès les premières séances (80).

Ces outils d'évaluation peuvent être :

- des carnets de bord où les accompagnateurs de l'activité noteront les éléments marquants qui se sont déroulés durant la séance,
- des grilles de suivis permettant de pointer les acquisitions en matière de relation, de psychomotricité, de technicité ou de socialisation,
- des séquences de caméscopes avec l'accord des intéressés quand ils peuvent le donner ou de leurs responsables parentaux ou institutionnels quand ils sont dans l'incapacité de donner leur avis (80).

Tous ces outils de suivi seront utilisés lors des séances de synthèses thérapeutiques. Ces séances rassemblent tous les professionnels médicaux et paramédicaux accompagnants le sujet handicapé. C'est au cours de ces synthèses que seront prises les décisions de continuer une telle activité, de la modifier ou de l'arrêter temporairement ou définitivement (80).

Lorsque l'activité est indépendante de l'institution, que le cavalier est pris en charge dans un centre équestre équipé pour accueillir des personnes présentant un handicap physique, c'est au moniteur que revient la lourde tâche de l'évaluation des résultats (25).

Conclusion

L'équitation n'est pas un sport demandant des capacités physiques importantes. Aujourd'hui, il existe de nombreux aménagements possibles permettant sa pratique malgré un handicap. Il est par contre important d'avoir un encadrement de qualité et qualifié, de telle sorte à pratiquer l'activité en toute sécurité. Il est ensuite facile d'imaginer la différence de positionnement d'une personne qui se déplace habituellement en fauteuil roulant quand elle monte à cheval et se trouve alors dans une position dominante et donc très valorisante par rapport au piéton, ou encore un enfant qui, à cheval, aura le regard à la même hauteur ou plus haut que l'accompagnant. Les thérapeutes doivent également parfois prendre en charge des patients ayant suivi des thérapies aussi diverses qu'intensives. La thérapie avec le cheval, par ses nombreux intérêts sur le squelette du cavalier, sa musculature, son tonus, son équilibre… apporte à la personne handicapée une nouvelle forme rééducation. « Il est caractéristique de constater que la thérapie avec le cheval est quelquefois la seule forme de traitement qui ne soit pas rejetée par l'enfant ».

Les aspects positifs, le bien-être apporté par ce sport avec toutes ses conséquences psychologiques engendrées chez les personnes en bonne santé, se retrouvent également chez celles présentant un handicap physique. Il est incontestable que l'apport psychologique amené par la pratique de cette activité constitue une part non négligeable des bénéfices thérapeutiques.
La valeur et l'importance de l'aspect relationnel à développer dans les techniques de rééducation avec le cheval ont été très tôt soulignées par de nombreux thérapeutes utilisant le cheval à commencer par Hubert Lallery et Renée de Lubersac.

2. Les handicaps mentaux

La santé mentale, est-elle uniquement l'absence de maladie mentale ? Sans doute pas. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». L'OMS définit également la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » Pour se maintenir en bonne santé mentale, il faut établir « un équilibre entre les divers aspects de sa vie : social, physique, mental, économique et spirituel ». « Atteindre et maintenir cet équilibre nécessite un effort constant. Les difficultés et les défis de la vie viendront parfois faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre et il faudra travailler à retrouver le point d'équilibre. Cet équilibre est la source d'une bonne santé mentale » (81).

Par maladie mentale, on désigne un ensemble de signes que l'entourage de la personne avec une maladie mentale ou la personne elle-même peuvent observer, et de symptômes que seule cette dernière peut ressentir. Regroupés, les signes et les symptômes auront un sens spécifique pour le médecin traitant et pour d'autres professionnels de la santé et permettront de poser un diagnostic (81). L'expression « handicap mental » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale). Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision,… (82)

Tout comme dans le handicap physique, le cheval est intéressant dans le handicap mental, ce qui justifie son utilisation en thérapie. Cette partie se finira par le récit de l'expérience de Mme Rapenne qui effectue la thérapie avec le cheval depuis 1988.

1. Aspects psychologiques de la thérapie avec le cheval dans la prise en charge des personnes handicapées mentales

L'équitation est employée par des soignants d'origines et de formations diverses. Les approches psychologiques décrites dans la littérature reflètent elles aussi cette diversité d'approches. Les différentes descriptions s'inspirent de théories psychologiques décrites par différents auteurs tel que Winnicott ou encore de la pratique de ceux qui utilisent le cheval dans le milieu soignant comme thérapie à médiation corporelle. Nous allons décrire les atouts du cheval dans son utilisation en psychiatrie.

a. La fonction mythique du cheval

Le cheval est symbole de puissance, de gloire, de vitesse, de hauteur, de magnificence : Pégase le cheval ailé de la mythologie grecque, Tornado le cheval de Zorro, Joly Jumper le cheval de Lucky Luke. Réels ou inventés, ces chevaux sont des « mythes ». Ils portent notre imaginaire vers des contrées qui ont participé à nos repères d'adultes. Cette fonction mythique est nécessaire à la construction de tout homme, elle fait partie intégrante du développement (83).

Cependant la mythologie du cheval semble de nos jours d'un intérêt plus limité qu'autrefois. Nous ne sommes plus enlacés par les histoires, les images, les symboles que le cheval supportait en d'autres temps. Qui connaît aujourd'hui Epôna, la déesse des eaux et protectrice des chevaux des Celtes ? Ou même qui connaît Pégase ? D'ailleurs la multiplicité des sens qu'on attribue au cheval fait qu'on peut y trouver tout ce qu'on y cherche ! (27)

Certes ces aspects symboliques de l'équitation sont souvent mis en avant, ils ne paraissent toutefois peut-être pas en être le seul intérêt. En thérapie avec le cheval, ce que le cheval symbolise pour l'enfant est très important, car il va lui permettre de l'approcher ou, au contraire, de générer une crainte (17). Pour l'adulte, dominer la plus noble conquête de l'homme n'est évidemment pas anodin. Pour autant si les patients sont sensibles au prestige de l'homme à cheval c'est peut-être avant tout à travers les identifications qu'il permet : preux chevalier du Moyen Age aussi bien que beau cow-boy (27).

b. L'empathie du cheval

L'empathie se définit comme la facilité de s'identifier à quelqu'un (84). L'empathie serait la capacité à écouter et à regarder, jusqu'à sentir l'autre ; non pas se mettre « à la place » de l'autre, mais bien arriver à « sentir l'intérieur du corps de l'autre » (83).

Le cheval, en présence d'une personne, transcrit par une attitude l'état émotionnel de cette personne. Il transmet des informations qui peuvent être révélatrices des sentiments humains. Comme tous les animaux, le cheval échange avec ses congénères par émission et réception de messages corporels et sensoriels. Quand ils s'adressent aux humains, ils utilisent les mêmes outils de communication. Ses attitudes et ses comportements se trouvent être la réplique de ce qu'il voit et sent en face de lui. Il va donc répondre par des attitudes corporelles plus ou moins complexes et développer un comportement en relation avec l'état intérieur de la personne.
Une attitude corporelle ou émotionnelle humaine est difficilement décodable par l'œil humain. Par l'intermédiaire de la réaction du cheval, le thérapeute va avoir une idée de l'état émotionnel de la personne présente à côté de l'animal. Pour cela, le thérapeute doit avoir un minimum de connaissance sur le comportement équin, il doit pouvoir décoder ses comportements et ses attitudes. Bien sûr, ce n'est pas une science exacte, et pour devenir un expert, il s'écoule bien des années !
L'intensité du message varie d'un cheval à l'autre. Un cheval très expressif donnera des indications très claires, un cheval nerveux donnera un message plus fort, et un cheval « routinier » donnera de faibles signes (83).
Prenons quelques exemples : un cheval rapidement immobile, l'encolure basse, les yeux sombres peut traduire une profonde tristesse. Un cheval serrant ses mâchoires, rentrant sa queue, creusant son dos et tendant son encolure traduit un état de tension et de crispation. Une attitude absente des chevaux, avec la tête tournée à l'opposée de la personne, démontre la préoccupation et « l'esprit ailleurs » (83).

C'est la construction génétique du cheval qui le rend ainsi. Il y va de sa survie de tout surveiller, de tout contrôler. Même s'il n'a aucune raison de fuir, il recueille des informations en permanence, ce que nous les humains avons souvent du mal à faire (83).

Plus étonnant encore, Isabelle Claude fait part de ses observations dans son livre intitulé « Le cheval, miroir de nos émotions ». Au cours de ses séances de thérapie avec le cheval, elle observe « des échecs relationnels ». Impuissante, elle décide d'essayer de les comprendre. Se basant sur la notion de couple, utilisée dans le langage équestre pour définir l'harmonie entre le cavalier et le cheval, Isabelle Claude observe ses patients lorsqu'ils choisissent leurs chevaux et les interroge sur leur

choix. Bien sûr, la couleur, la taille, et parfois la race sont évoquées. D'autres fois, cela apparaît plus flou : « je ne sais pas, il me plaît ». Il apparaît en fait, que les choix ne relèvent pas de la simple coïncidence mais bel et bien d'un rapprochement inconscient des histoires de chacun. Des personnes ayant des problématiques similaires choisissent les mêmes chevaux (83).

Isabelle Claude révèle dans son livre quelques unes de ses constatations. Certaines paraissent invraisemblables.
« Yarka est une jument très effacée, volontiers à l'écart et l'air absente. La personne qui nous l'a confiée l'avait elle-même recueillie parce qu'elle était en mauvaise état et avait subi de mauvais traitements. Aujourd'hui, elle ne porte que peu de séquelles physiques. Elle attire des personnes qui ont, dans leur vie ou leur histoire familiale, été confrontées à la violence. »

« Féline est une jument qui ne vient jamais spontanément vers les humains, elle est méfiante et plutôt vive. Après une enfance courte mais choyée, elle s'est retrouvée oubliée dans un parc. Les personnes qui vont vers elle ont en commun des deuils non faits. La souffrance, bien qu'ancienne, est toujours aussi forte. »

« L'ancien propriétaire de Fado voulait en faire un champion pour sa fille. La persévérance de son propriétaire malgré de piètres résultats donna à Fado l'envie d'éjecter les messieurs et toute personne un peu autoritaire. Il attire toutes les personnes qui se sont heurtées farouchement à l'autorité paternelle. »

« Fanfan, délicate et tranquille, réagit au moindre mouvement de paupières. Elle n'a de cesse dans le troupeau de recueillir un orphelin. A la fois douce et sévère, elle attire ceux qui ont une mère absente ou partie. »

Isabelle Claude a analysé près de 30 chevaux et patients volontaires. « Ce qui ressort des histoires des chevaux se perd dans les histoires d'hommes » (83).

J'aimerais, pour conclure, finir sur cette citation de Isabelle Claude : « M'appuyant sur le concept de cheval miroir, et sur ces choix de hasard qui n'en sont pas, je suis arrivée à la conclusion que l'on pouvait réellement aider une personne, d'une part à se rencontrer et d'autre part à comprendre d'où pouvaient bien venir ces blocages qui pourrissent quelquefois l'existence, d'une simple gêne à une fracture sociale complète, jusqu'à se retrouver en prison. » (83)

c. Le cheval, outil de régression

La communication primaire entre le patient et l'animal : le dialogue tonique

Pour communiquer avec le cheval, tentons de parler cheval. N'ayant pas acquis la verbalisation, il ne peut communiquer qu'avec son corps et ses sens. Ce langage diffère de celui des hommes et leur demande une régression comportementale vers une gestualité primitive, commune aux mammifères. « Il nous force à faire ressortir la part d'animalité qui est en nous ». Prenons un exemple : pour aborder un cheval au pré, le rituel naso-nasal ouvre la possibilité de contact, alors qu'une main tendue vers le cheval provoque sa fuite (85).

« Si la fonction tonique sous entend l'ajustement du corps dans ses différentes postures, elle est aussi l'expression des réactions émotionnelles. La fonction tonique, encore appelée dialogue tonique, est notre premier moyen de communication » (85).
Dans les premiers stades de développement de l'enfant, il existe un parfait synchronisme entre le comportement du nourrisson et celui de sa mère. Le dialogue tonique va être le moyen privilégié des échanges, bien avant l'apparition de la parole chez l'enfant. Il permet au nourrisson, après 3 mois environ, d'adresser à sa mère des messages qui ne sont plus uniquement en rapport avec ses besoins vitaux mais des signes de plus en plus nuancés de son humeur. Il y a une véritable adaptabilité mère/enfant, ce qui va permettre à l'enfant de se sentir exister en toute sécurité, même en l'absence de celle-ci. C'est cet état de sécurité qui permettra à l'enfant d'intégrer mais aussi de différencier peu à peu monde extérieur et monde interne (85).

L'utilisation de l'animal propose un retour à cette phase du développement de la communication. On retrouve, en effet, cette adaptabilité dans la relation cheval/patient. Le cheval et son cavalier sont en isopraxie au niveau de leurs mouvements, c'est-à-dire que tout mouvement du cavalier provoquera chez le cheval un mouvement homologue. Et, par isopraxie réciproque, tout mouvement du cheval entraîne chez le cavalier, un geste homologue. Cette communication qui s'établit entre le cheval et son cavalier est qualifiée de cénesthésique. En effet, en plus des sensations tactiles dues au contact direct avec le dos du cheval, elle fait appel aux sensations internes au corps, kinesthésiques (sensation de position), viscérales et émotives. Le sujet devra donc ajuster sa posture à celle du cheval pour ressentir des sensations internes de bien-être et inversement (18).

Cette adaptabilité se retrouve également sur le plan affectif. En effet, cavalier et cheval sont en isoesthésie, c'est-à-dire que les deux partenaires ajustent leur humeur en fonction de celle de l'autre (18).

Le cheval permet de retrouver ce dialogue originel, les échanges avec lui n'utilisent pas la parole. La communication s'établit sur un mode tactile et postural. Ces attitudes nous renvoient aux situations où le nouveau-né n'est pas encore distinct de sa mère et où la communication est peu mature (86).

Le cheval permet des relations authentiques (83)

Le cheval 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 des ses besoins, de ce qu'il perçoit du langage de ce qui est près de lui. Il est « cheval » et réagit en « cheval », doué d'absence de jugement.

Le cheval comme objet « maternant »

La thérapie avec le cheval se base sur des notions fondamentales développées en particulier par Donald Woods Winnicott, pédopsychiatre et psychanalyste britannique, en 1956. Ce sont trois processus qui permettent le développement harmonieux du petit enfant. Nous en étudierons deux, le holding et le handling (36).

Le premier, le holding, permet à l'enfant de se sentir exister dans la continuité. Il est étroitement lié à la façon dont il a été porté et entouré par les bras de sa mère (36). L'enfant et le nourrisson sont en état de dépendance absolue. Dans la construction d'un individu il est fondamental que ce processus se déroule dans un climat de sécurité et de confiance entre la mère et l'enfant. C'est de là que Winnicott introduit son concept de « mère suffisamment bonne ». Cette mère présente des capacités d'écoute aux besoins de son enfant, elle ajuste ses comportements et ses réactions dans une sécurité suffisante et permet ainsi progressivement l'émergence du Moi. L'enfant établit petit à petit les limites de son propre corps et va se considérer comme un objet total, différent de sa mère (87).

Le cheval permet de reproduire symboliquement cette relation mère-enfant. Tout d'abord le cheval porte le cavalier sur son dos. La position du cavalier juché sur le dos du cheval est rassurante car elle le protège des agressions qu'il pourrait subir à terre. Quand le cheval est au pas, il avance à un rythme régulier, ce qui berce le cavalier et rappelle le bercement maternel. Il lui procure un sentiment de sécurité et diminue ses angoisses (6). Quand le relâchement musculaire est possible, il montre à quel point la personne se sent suffisamment en sécurité pour ne pas avoir à intégrer le monde extérieur, pour se sentir être un tout unifié (85). De plus, le cheval est un animal chaud et doux (6). A partir du toucher, le patient expérimente les limites de son corps et prend conscience de son enveloppe corporelle. Il s'agrippe à la crinière,

enfouit son nez à la recherche de l'odeur de l'animal. Il caresse le pelage, s'allonge et s'accroche à l'encolure (86). Les sensations au contact du cheval rappellent le corps de la mère et offrent un sentiment de sécurité et de refuge. Enfin l'odeur du cheval est un facteur d'attachement essentiel. L'odorat a en effet un rôle important dans les relations entre la mère et son enfant. Il semble d'ailleurs que les enfants qui pratiquent la thérapie avec le cheval choisissent souvent le même cheval à chaque séance. L'odeur propre à chaque animal doit intervenir dans ce choix. Ainsi, en situation de monte, le cavalier se trouve en situation archaïque de portage (6).

On peut également comparer la longe qui relie le thérapeute au couple cheval/ patient à un cordon ombilical. En effet, de même que le cordon ombilical assure un rôle protecteur et nutritif pour l'enfant, la longe sert à maîtriser le cheval dans le but de protéger le cavalier. C'est donc un élément rassurant pour le patient. Elle crée une relation de dépendance complète entre le patient à cheval et le thérapeute. Cependant, pour qu'il y ait un bénéfice pour le patient, il faut que ce cordon se rompe un jour. Le sujet doit petit à petit acquérir une autonomie sans que s'installe un état de manque. Cette expérience ne peut être que valorisante pour lui car elle correspondrait à une sorte de renaissance (6) (23) (25).

Cette expérience permet au patient de redécouvrir le sentiment d'être soutenu et maintenu physiquement dans un cadre relaxant et rassurant. Ce travail régressif le renvoie aux premières étapes de sa vie, à la période fusionnelle primitive où sa mère le portait (6). Ainsi, le portage, le corps à corps, les contacts peau à peau, la chaleur du corps, ses odeurs, vont inviter la personne à établir un dialogue corporel et ainsi favoriser la conscience du corps propre (85). Le patient pourra alors dépasser ses angoisses, liées à un manque ou à une mauvaise qualité de soutien maternel, en régressant vers une base plus sécurisante. Cet état de fusion avec l'animal est très net chez les enfants qui ne supportent pas la séparation. Ils ont, au début, beaucoup de mal à descendre du cheval. Ils le vivent comme un arrachement car ils ont l'impression de ne faire qu'un avec celui-ci. De même, la notion de contact physique est importante pour les sujets psychotiques qui ont l'impression d'être dépossédés de leurs barrières et envahis par le monde extérieur (6).

Le cheval comme objet « paternant »

Le second processus décrit par Winnicott est le handling. « C'est la façon adéquate qu'a un parent de soigner et de manipuler corporellement son enfant. Il permet à l'enfant de développer une bonne cohésion entre son corps et son moi. Le soin touche tous les sens. Il permet l'élaboration de la peau comme frontière limitant le dedans et le dehors, l'instauration du tonus. Il permet d'assurer la personnalisation de l'enfant, la constitution du sentiment d'unité de soi, l'acquisition d'une indépendance » (36).

Par les activités de soins à l'animal (pansage, brossage des poils et de la crinière, curetage des sabots, lavage des yeux à l'éponge…) ou de caresses, le patient va découvrir le corps de l'animal et prendre conscience des limites de ce corps. Le corps de l'autre est alors perçu comme une unité. Par les soins qu'il apporte au corps du cheval, le patient peut découvrir son propre corps (6). De plus, lorsque le patient prend soin de sa monture, lui qui est d'ordinaire objet de soins, il peut utiliser ses compétences pour prendre soin d'un autre. « Cette situation nous apprend beaucoup sur la nature des soins qui ont été apportés à cet enfant car c'est une des situations analogiques qu'offre la relation au corps du cheval. Il devient support de projections et renseigne sur la façon dont le patient vit son propre corps » (36).

Le cheval a un corps différent mais aussi des réactions qui lui sont propres. Sans demande, l'animal ne fait rien ou ne suit que son instinct, ce qui entraîne crainte et frustration du cavalier (88). Ainsi, le cavalier est obligé de poser des actes. S'il veut modifier l'allure ou la direction de son cheval, il devra modifier son attitude corporelle. Le cheval répondra alors à la modification tonico-posturale du sujet. Ceci force le cavalier à être plus indépendant et assure une individualisation progressive du sujet (6).

Quant à la manipulation de l'enfant, « nous avons tous en mémoire des images d'un père portant son enfant à califourchon sur ses épaules, le faisant sauter gaiement. Là, l'enfant est plus mature, plus actif ». On peut comparer ce jeu au portage à cheval à l'allure du trot. Le trot est une allure sautée c'est à dire qu'il existe des périodes de projection durant lesquelles aucun membre du cheval n'est à l'appui. Cette projection est transmise au cavalier, qui s'il n'amortit pas le mouvement, se trouve donc lui aussi projeté au dessus de sa selle de façon rythmique. Pour « supporter l'allure, il faut avoir différencié le cheval de Soi, avoir une certaine identité dans la relation » (27).

Le contact avec le cheval, s'il induit une régression, plus ou moins longue en fonction des patients, invite aussi à une « reprise » du corps, de ses limites, qui vont permettre l'individualisation, puis l'autonomisation (85). Ainsi, le cheval est d'abord maternant car il assure dans un premier temps un retour à une phase régressive. Puis,

il va permettre à l'individu de sortir de cette phase régressive par un processus de différenciation, et prend alors une fonction paternante. On peut également faire un parallèle avec l'allure du cheval. Le pas est maternant car il berce et calme comme une mère. En revanche, le trot est une allure sautée que l'on peut comparer aux pères qui secouent rythmiquement leurs enfants. Le trot est d'abord vécu comme une angoisse pour les patients en phase de régression. Puis, à mesure que les patients sortent de cette phase, cette allure devient de plus en plus acceptable.

La thérapie avec le cheval est une thérapie « régressive », décrite brillamment en quelques mots par Gantheret, psychanalyste et écrivain français : « Ce qui est recherché est une façon de reprendre en main sa propre édification, de se remettre au monde en reparcourant le chemin de l'acquisition du corps » (25).

d. Le cheval aide à diminuer les angoisses

Le cheval comme objet transitionnel

Si l'animal familier contribue au développement affectif et à l'équilibre de l'enfant, il occupe un rôle très important dans l'épanouissement du bébé dès son plus jeune âge. En commençant par le premier doudou que la maman lui achète à la naissance. Ce doudou, qui se présente la plupart du temps sous la physionomie d'un animal familier, tel un lapin, une petite souris…deviendra rapidement l'attachement, l'empreinte à laquelle le bébé va s'unir. Ce dernier va tisser un lien sécurisant à travers le doudou qui va jouer le rôle de substitut lorsque la maman n'est plus dans son champ visuel. Fabriqué dans un tissu souple, soyeux et au toucher sécurisant, le bébé peut le prendre dans ses bras, le serrer dans ses petites mains pour s'endormir, pour calmer ses pleurs, pour se rassurer. Il joue ainsi le rôle de tranquillisant. C'est l'élément transitionnel décrit par Winnicott (3).

Le cheval a cette fonction transitionnelle, qui permet de combler à plus ou moins grande échelle, les besoins et manques affectifs (83). En effet, au début de la prise en charge, certains patients peuvent se trouver en fusion complète avec le cheval. Peu à peu le patient va sortir de cette symbiose. Le cheval n'est plus alors considéré comme source de plaisir, mais n'est pas encore considéré comme un objet totalement différencié de lui. Il se situe en fait dans l' « espace transitionnel », encore appelé l' « aire intermédiaire » définie par Winnicott. Cet espace va jouer un rôle essentiel dans les processus de représentation et de symbolisation et qui va permettre un premier « décollement » avec l'objet maternel, un premier mouvement de l'enfant vers l'indépendance (89).

L'objet transitionnel a été décrit en sept points par Winnicott. Hubert Lallery les a repris et les a adaptés au cheval:

- l'enfant s'arroge des droits sur l'objet, il dit « mon cheval »,
- l'objet est affectueusement dorloté, il est aussi aimé avec passion et mutilé. L'enfant caresse et câline le cheval, mais le frappe et l'insulte également,
- l'objet ne doit jamais changer à moins que ce soit l'enfant qui le modifie. On peut alors mieux comprendre les difficultés qui apparaissent quelquefois quand on propose à l'enfant un cheval dont il n'a pas l'habitude,
- l'objet doit survivre à tous les sentiments : l'amour instinctuel, la haine, l'agressivité pure. C'est le cas du cheval, par sa taille et sa relative indifférence affective,
- l'objet doit paraître donner de la chaleur, ou être capable de mouvement. Le cheval y correspond parfaitement,
- pour nous, l'objet vient de l'extérieur, mais du point de vue de l'enfant, il ne vient ni de dehors, ni du dedans, ce n'est pas une hallucination,
- cet objet est voué au désinvestissement progressif, il perd sa signification. L'enfant, un jour, demande à changer de cheval (27) (90).

Le cheval peut donc être considéré comme objet transitionnel, même si Isabelle Claude nous fait remarquer que « le cheval ne peut ni être porté ni pris dans les bras » (83). L'objet transitionnel « supprime les angoisses et permet le passage de l'évolution présente à un stade supérieur ». C'est « un facteur d'assurance qui diminue les souffrances » ce qui permet de « poser des actes, de diminuer une partie des phénomènes d'inhibition » (6). Si l'objet transitionnel supprime les angoisses, le cheval en tant qu'objet intermédiaire, « entraine une baisse de l'anxiété dans des situations de stress et permet la communication » (90).

Le cheval comme objet intermédiaire

En psychiatrie tous les soins donnés au patient font appel à des « supports », que l'on appelle des médiateurs. L'objet de la médiation, quel qu'il soit, est un intermédiaire entre le patient et le soignant, c'est un prétexte à la rencontre et à la communication (91).

Il existe un certain nombre de critères requis pour pouvoir considérer un objet comme intermédiaire. Ils ont été définis par le Dr Rojas Bermudez. Renée De Lubersac a repris ces critères et, comme pour l'objet transitionnel, le cheval semble bien se prêter à cette définition :

- une existence réelle et concrète. On ne peut nier cette existence au cheval,
- il ne doit pas déclencher de stress, de réactions d'alarme ou d'angoisse. Là, les qualités à la fois du cheval et du thérapeute, doivent être telles que le cheval prend ce caractère non dangereux,
- une malléabilité. Il doit pouvoir être utilisé dans toutes sortes de jeux,
- il doit être réellement intermédiaire, un transmetteur, permettant la communication, reformant le lien, tout en conservant la distance nécessaire. Cette distance est conservée par la personnalité même du cheval,
- une adaptabilité, de façon à ce qu'il corresponde aux exigences du sujet. Un cheval s'adapte remarquablement, sans docilité excessive, aux demandes de celui qui s'en occupe, c'est le résultat de la domestication,
- une assimilabilité, de façon à favoriser une relation suffisamment intime pour que le sujet puisse s'identifier avec lui,
- avoir le caractère d'un instrument, afin que le sujet puisse l'utiliser comme un prolongement de lui-même. Dans aucune autre activité physique, la position, les contacts privilégiés ne favorisent autant cette intimité,
- il doit être identifiable pour se faire immédiatement reconnaître. Les caractères physiques et ce que le cheval représente dans notre société ne peuvent le faire confondre avec quoi que ce soit d'autre (6) (27) (90).

Il semble donc que le cheval réponde également à la définition de l'objet intermédiaire. Pour Hubert Lallery, masseur-kinésithérapeute, le cheval « permet de transmettre à une personne ce que le patient ne peut directement verbaliser. Il assure ainsi le passage à la parole, à la communication et diminue l'anxiété ». Perché sur son cheval, le patient ne se sent pas agressé et peut ainsi exécuter plus facilement les gestes demandés par le thérapeute. L'important est que le cavalier s'attribue le mérite de l'exécution de ses gestes. Cette satisfaction narcissique permet au patient de prendre conscience de possibilités ignorées ou interdites (6).

e. Confiance en soi et autonomie

Le handicap provoque une blessure, une souffrance morale et éventuellement un sentiment d'injustice. Le regard des autres amplifie cette souffrance et, petit à petit, peut provoquer diverses réactions : un repli sur soi, un isolement, une véritable solitude, l'absence de prise de responsabilité ou de risque. La dépendance de certaines personnes handicapées peut entraîner de la part de l'entourage une réelle infantilisation de cette dernière : on pense pour elle, on parle pour elle, on fait à sa place... La dépendance est perte d'identité quand elle n'autorise aucune participation de la personne handicapée et peut être source de démoralisation importante (43). De nombreux patients présentent alors un manque de confiance en eux (« évaluation ponctuelle permettant d'analyser si on a les ressources nécessaires pour affronter une situation particulière »), et une faible estime d'eux-mêmes (« processus par lequel on porte des jugements positifs ou négatifs sur soi-même, ses performances ses aptitudes et ses mérites »). « La confiance en soi représente donc combien je me considère « capable » et l'estime de soi représente combien je me considère « valable ». » (92)

La valorisation commence par l'acquisition d'une place privilégiée, au sein de la société du cheval et de l'équitation, parmi les « normaux » (27).
La valorisation avec le cheval s'appuie à la fois sur les qualités du cheval dont le cavalier est fier, mais aussi sur celles qui sont requises de sa part à lui pour tenir sur le cheval et le conduire. Au fur et à mesure des séances, le patient devient capable de percevoir qu'en modifiant volontairement ses attitudes corporelles, il peut avoir prise sur l'allure du cheval, sur sa direction. Le patient aboutit à une certaine maîtrise de l'animal, sans l'aide du thérapeute, il devient autonome et domine l'autonomie du cheval. Ce point met en évidence une satisfaction originale, facteur de motivation, que l'on ne retrouve dans nulle autre rééducation (23).
La position en hauteur sur le cheval est également très importante. Le cavalier occupe une place dominante par rapport à son cheval mais aussi, et surtout, par rapport aux personnes à terre. La notion de couple cavalier-cheval permet ainsi une diminution de la perception de son handicap (27).

L'entretien des lieux de vie est un excellent travail d'autonomie, il permet de donner ou de redonner de l'estime aux patients. Changer la paille, donner le foin, donner les granulés permet au patient de se sentir proche de l'animal. Les soins se rapportant à l'animal comme le brosser, lui curer les sabots constituent là encore un atelier positif qui procure une implication positive et un sens de la responsabilité. Confier une tâche au patient, le rendre responsable, lui permet d'acquérir la capacité de faire quelque chose d'important dans la journée du cheval (3).

f. La prise de conscience des autres

Pour les patients à problèmes de type social ou de vie en groupe, des reprises (leçon d'équitation à plusieurs) seront proposées. Dans une reprise, il est nécessaire que chaque membre du groupe connaisse le rôle qu'il a à tenir. Non seulement il doit se prendre en charge, mais il doit agir en fonction des autres. Par exemple, il s'agit d'adapter son allure sur celle du cheval qui le précède, pour garder ses distances de sécurité et éviter tout accident.
Entre les membres du groupe vont s'instaurer des relations particulières. Certains trouveront leur plaisir dans l'accomplissement d'une tâche commune. De là naissent des liens d'entraide étonnants qui abaissent le seuil d'inhibition et d'angoisse, améliorant l'efficacité de la rééducation. D'autres auront une attitude de défi, de compétition, et chercheront une position de leader (23).

Conclusion

En tant qu'être vivant, le cheval est le support privilégié d'une circulation émotionnelle. En effet, l'image du cheval contient une force, une puissance, une liberté qui permettent une réactivation des images internes paternelles, mais elle peut aussi renvoyer au contenant maternel, en termes de chaleur, de portage, de bercement… Par ailleurs, le cheval en tant qu'objet de soins devient un support possible de projection des expériences vécues du sujet, de son propre corps et de sa relation à l'autre (93). La thérapie avec le cheval permet une régression du patient à des stades archaïques, à son tour engendrant une reconstruction de l'identité, du sentiment d'unité et de continuité de soi, de la différenciation entre soi et les autres (94).

2. Place du thérapeute

Le thérapeute accompagnant le patient dans la relation avec le cheval a une place prépondérante ici. Le thérapeute guide le sujet à entrer en interaction avec les éléments extérieurs, sollicitant particulièrement les sens et les émotions pour tenter d'établir ou de rétablir des échanges (86).

La communication se développe dans un espace interactif instauré dans les relations primitives du couple mère-enfant, relations basées sur la voix, l'odeur, les mimiques faciales, le toucher lors du portage, des soins et le regard (86). L'enfant handicapé a besoin d'un retour aux stades archaïques de son enfance afin de combler ses lacunes. Le thérapeute veille à ce que le « holding » et le « handling » soient vécus de manière satisfaisante. Il a le rôle de pare-excitation, s'efforçant de ne pas être intrusif, veillant à ne pas trop solliciter le patient, restant à l'écoute de ses réponses corporelles ou verbales (95). Le thérapeute est alors le réceptacle des émotions du patient. Il accompagne le patient dans son trajet vers la structuration de son identité.

Le thérapeute est engagé corporellement dans la relation, le cheval n'est qu'un outil, un médiateur. L'attitude du thérapeute est prépondérante afin que le patient soit suffisamment sécurisé pour se permettre d'exprimer ses émotions, ses affects (état affectif, ensemble de mécanismes psychologiques qui influencent le comportement) (93). Le thérapeute est là pour faire le lien entre les éprouvés corporels en séance, les émotions qui y sont rattachées et le vécu corporel et émotionnel supposé de la toute petite enfance du patient (95).

Pour que ce travail puisse se faire, il est nécessaire d'abandonner toute idée d'apprentissage ou d'activité dirigée. Le thérapeute est essentiellement dans une attitude d'écoute et de réassurance de l'enfant (94).

3. Les pathologies prises en charge

Comme dans le chapitre sur le handicap physique, rappelons que le but de la thérapie avec le cheval est d'aider une personne en difficulté du fait d'une pathologie ou d'un handicap. L'aide reçue lui permettra de franchir une « limite » ou d'amener un « mieux-être » momentané ou durable.

Quelles qu'en soient les modalités, les thérapeutiques psychiatriques se rattachent à trois grandes catégories, en fonction de la nature des moyens mis en œuvre pour amener un changement chez le patient. Il s'agit des méthodes biologiques par médicaments, des différentes variétés de psychothérapie, des traitements institutionnels et occupationnels. Ces derniers concernent l'ensemble des dispositions qui visent à procurer au patient un environnement plus favorable. Ce sont donc non seulement les différentes variétés de prise en charge institutionnelles (hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, foyer, etc.) mais aussi l'organisation d'activités spécifiques à valeur thérapeutique. L'utilisation du cheval comme instrument de soin relèverait donc de cette dernière catégorie, en tant que thérapie à médiation corporelle (27).

Dans le cadre d'une démarche personnelle, des séances de thérapie peuvent se concevoir, notamment lors de périodes de stress, d'anxiété ou encore lors de problèmes de confiance en soi (96).

Un certain nombre de troubles mentaux peuvent être pris en charge. En voici un aperçu. Nous commencerons par analyser les symptômes puis nous verrons les pathologies correspondant à ces symptômes, les prises en charge habituelles (médicamenteuses et non médicamenteuses) et l'intérêt de la thérapie avec le cheval.

a. Analyse des symptômes

Dans cette partie, je vais développer une partie des symptômes rencontrés dans les pathologies pouvant bénéficier de l'équitation thérapeutique.

Les idées délirantes et les hallucinations (97)

Les hallucinations sont des perceptions sans objets. Elles peuvent être auditives, cénesthésiques (impression de brûlures, de tremblement de terre…), visuelles ou olfactives.

Les idées délirantes sont des idées en désaccord avec les faits observés. Elles peuvent être de mécanismes variés : hallucinatoire, intuitif (idée fausse initiale), interprétatif (mauvaise interprétation d'un acte), imaginatif (non adapté à la vie réelle) ou illusoire (perception déformée d'un objet réel).

Les symptômes négatifs (97)

Les symptômes négatifs se présentent comme la perte de fonctions psychiques. Les patients s'isolent, souffrent d'une perte de volonté qui les empêche d'initier des actions ou de les prolonger. Elle s'accompagne d'une diminution de la capacité à éprouver du plaisir pour des activités qui leur étaient jusqu'alors divertissantes ou intéressantes.

Le déni de la réalité, l'absence de conscience de la réalité des troubles (97)

L'acte de déni refuse de prendre en charge certaines perceptions. Un fragment, éventuellement important, de la réalité, se voit totalement ignoré. La personne qui dénie se comporte comme si cette réalité n'existait simplement pas.

L'inhibition (98)

L'inhibition est la suppression ou le ralentissement de l'activité volontaire, qui affecte la capacité à exercer certaines fonctions du corps ou de l'esprit, à mettre en œuvre certaines facultés. « Il est difficile de décrire l'inhibition, puisqu'elle ne fait pas parler d'elle, elle traduit un conflit psychique internalisé. ».

« On peut en distinguer plusieurs, en fonction du lieu où elle siège :

- l'inhibition peut être physique, tout effort devient une difficulté et est associée à une sensation de fatigue extrême.
- l'inhibition intellectuelle rassemble les symptômes suivants : concentration difficile, indécision, difficultés de mémorisation.
- l'inhibition relationnelle porte sur les modalités relationnelles. Elle s'apparente à la timidité. »

L'anxiété (99)

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, émotionnels, psychologiques et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information, et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de dangers et d'urgence. Elle parait indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance. A partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et, au contraire, inhibe et entrave l'individu dans son adaptation face au monde environnant.

Le syndrome dépressif (97)

Selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^{éme} édition), le syndrome dépressif se définit par des critères majeurs tels qu'une humeur dépressive, une diminution d'intérêt ou de plaisir pour une activité et/ou une réduction de l'énergie ; et des critères mineurs tels que la perte de la confiance en soi, une culpabilité excessive, une modification de l'appétit, des troubles du sommeil.

Les troubles du comportement

Classiquement, on parle de troubles du comportement lorsque l'agir non socialisé vient en premier plan comme mode d'expression dans la relation. Ces troubles, qui manifestent une tentative de s'affirmer, socialement inadéquate, témoignent d'une souffrance psychique qui ne peut se dénommer ni même parfois se penser. Une verbalisation peut accompagner ces troubles ou même prendre une place prépondérante mais sa valeur de communication est perturbée (92).

Ces troubles peuvent avoir une expression somatique particulière à chaque individu. Le comportement pourra être dominé par l'agressivité. C'est grâce à l'expression de son agressivité que l'individu s'affirme face à autrui comme un sujet, lieu de désirs et de volonté. « Les violences sont le signe de l'immaturité du Moi, par carence affective précoce. Chez d'autres, elles seront consécutives à un déficit sensoriel empêchant l'individu d'accéder à de nouveaux modes d'expression. L'identification à des parents violents est également possible. Des colères par un mauvais contrôle de la décharge émotionnelle peuvent apparaître chez des personnes souffrantes dans un domaine d'infériorité. L'opposition, active ou passive, est également un moyen d'affirmation de soi en imposant une limite à la volonté de l'autre » (22).

Les troubles psychomoteurs

Si l'équilibre entre perception, pensée, sensorialité et action est perturbé, cela peut entraîner des troubles psychomoteurs. Ainsi, les troubles psychomoteurs apparaissent comme une perturbation de la personne ou de sa relation avec l'environnement et les autres, accentués par le stress et l'émotivité et se traduisant par des difficultés motrices (100).

Ces troubles se manifestent à la fois dans la façon dont le corps est engagé dans l'action : initiative motrice, stratégie du geste pour atteindre le but fixé, déroulement harmonieux et adéquat du mouvement, et dans la façon dont le corps est engagé avec autrui : posture, attitude, mimique, manière de faire et d'être devant le comportement et le regard des autres (101).

On observe ainsi des tics moteurs ou vocaux chroniques, soudains, involontaires, rapides, stéréotypés, récurrents, et non rythmiques. Une certaine maladresse peut exister, un manque de précision, d'organisation dans les gestes, dans l'utilisation du corps, de l'espace, des objets (100). La maladresse est une notion peu précise du langage courant, pouvant signifier des difficultés mineures, mais dont la dimension relationnelle est évidente (25). Des troubles du schéma corporel vont amplifier ces premiers symptômes par une difficulté de maîtrise du corps en action (100).

Des troubles de l'organisation spatiale avec des difficultés d'orientation, d'identification droite-gauche, ainsi que des troubles de la latéralisation sont également possibles (100).

La déficience mentale

L'organisation mondiale de la santé définit la déficience mentale comme un « arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales » (102). Ce terme regroupe à la fois les insuffisances intellectuelles (les débiles) et les arriérations intellectuelles (103).

Dans l'ensemble, le développement semble marqué par une inertie, une lenteur importante, qui peuvent être associées à différents troubles tels que des troubles psychomoteurs, des atteintes affectives, de la personnalité… (25)

Le retard mental est fixé par la mesure de l'intelligence, exprimée sous la forme d'un quotient intellectuel, le QI. Il s'agit d'une mesure de comparaison des performances d'un sujet face à une épreuve particulière, dans une situation standardisée, aux performances moyennes de sujets de même âge dans une situation identique (104).

Aujourd'hui en France, l'« échelle de Wechsler » est utilisée pour mesurer l'intelligence. L'échelle de Wechsler se compose d'une série de trois tests, adaptés à l'âge du sujet :

- l'échelle WPPSI-R concerne la période préscolaire et primaire. Elle s'adresse à des enfants de 3 à 6 ans et 11 mois,
- l'échelle WISC III est la forme scolaire et s'adresse aux jeunes de 6 à 16 ans et 11 mois,
- l'échelle WAIS III s'adresse aux adultes de 16 à 89 ans (104).

« Le test se compose de deux échelles, l'une dite "verbale", la deuxième dite de "performance". Dans l'échelle "verbale" les items sont: "information, compréhension, mémoire des chiffres, similitudes, raisonnement arithmétique et vocabulaire". Cette échelle détermine le QIV ou "Quotient Intellectuel Verbal", l'efficience intellectuelle générale. Dans l'échelle "performance" les items sont: "classement et complément d'images, cubes, assemblage d'objets, code". Cette échelle détermine le QIP ou "Quotient Intellectuel Performance", l'efficience pratique, logique, spatio-temporelle. Le QIV et le QIP donnent le QIG "Quotient Intellectuel Global" ou QIT "Quotient Intellectuel Total" » (104).

Voici la classification des QI selon Wechsler (17) :

QI standards	Classification	% dans la population
130 et plus	Très supérieur	2,2%
120 à 129	Supérieur	6,7%
110 à 119	Normal fort	16,1%
90 à 109	Moyen	50,0%
80 à 89	Normal faible	16,1%
70 à 79	Limite	6,7%
69 et moins	Débile	2,2%

Tableau 1 : Classification des QI selon Wechsler (17)

Le QI n'est pas une mesure absolue de l'intelligence. C'est un instrument statistique qui ne peut en aucun cas refléter en entier la personnalité du sujet testé : celle-ci dépend aussi de sa propre histoire, de ses méthodes de réactions individuelles et de sa complexité humaine. Le diagnostic de retard mental ne doit donc pas être basé uniquement sur la mesure de l'intelligence, il nécessite un examen psychologique approfondit (104).

Troubles de la communication verbale et non verbale

La communication verbale passe par la parole. C'est donc un ensemble de sons émis dans le but d'établir une communication avec autrui. Les linguistes différencient quatre composantes du langage :

- « la phonétique : c'est le niveau concernant les sons du langage,
- la sémantique : c'est ce qui concerne les mots et leur signification (lexique),
- la syntaxe : règles d'associations des éléments du langage entre eux,
- la pragmatique : étude des actes de parole en situation (prise de parole, échange conversationnel,...) ».

Paradoxalement, la communication verbale ne représente que 5% de ce qui est perçu par un individu, loin derrière la communication non verbale (105).

La communication non verbale complète le message auditif. « On envoie et on reçoit en permanence des signes non verbaux qui transitent par des expressions du visage, des gestes et postures, le ton de notre voix, l'habillement, la coiffure, le maquillage, l'odeur, les silences, le toucher ». Elle exprime les émotions, les sentiments, les valeurs. Cette communication renforce et crédibilise le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée (106).

Les troubles de la communication verbale vont du mutisme total à des difficultés de communication. Des troubles de l'articulation, des altérations phonétiques, des atteintes des composantes syntaxiques, le bégaiement peuvent constituer un obstacle à la communication verbale (105).

Les troubles de la communication non verbale peuvent être des expressions faciales réduites, exagérées et peu appropriées, des gestes expressifs réduits ou amplifiés non adaptés, des difficultés de contact oculaire (rare, fugitif)… (107)

b. Les pathologies

Voyons maintenant quelques pathologies pouvant bénéficier d'une thérapie avec le cheval et correspondant aux symptômes décrits précédemment.

Les troubles du comportement, les troubles psychomoteurs, la déficience mentale et la dépression

J'ai choisi de traiter ces 4 items dans la partie « analyse des symptômes » et non dans la partie « pathologies ». En effet, ces symptômes sont considérés comme tels lorsqu'ils correspondent à un des signes d'une maladie, alors qu'ils sont considérés comme pathologiques lorsqu'ils sont isolés.

Je m'explique, prenons l'exemple de la déficience mentale : la déficience mentale sera considérée comme une pathologie si c'est le seul diagnostic. Par contre, si la personne présente une pathologie autistique, la déficience mentale sera un des symptômes de la maladie.

C'est exactement le même principe pour les troubles du comportement, les troubles psychomoteurs et la dépression.

Les troubles envahissants du développement

Depuis 1981, le terme de « psychose » a disparu de la classification internationale des maladies (CIM) pour le terme « troubles envahissants du développement », les « TED » (108). Le terme de « psychose » est cependant toujours utilisé par la communauté psychiatrique et psychologique française.

Les troubles envahissants du développement ont en commun une association de symptômes connue sous le nom de « triade de Wing ». Ces troubles incluent des troubles de la communication verbale et non-verbale, des troubles des relations sociales, et des centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives (108).

La personne malade peut être consciente ou non de la morbidité des troubles. La sévérité des symptômes est variable d'une personne à l'autre. Elle est aussi variable au cours de la vie, avec une relative tendance spontanée à l'amélioration même en l'absence de prise en charge éducative spécifique, mais cette évolution spontanée favorable reste en général très modeste sauf dans les formes les moins sévères (108) (109).

Ainsi, les troubles de communication peuvent aller du mutisme total avec incompréhension du langage parlé et écrit et absence de mimiques congruentes à l'humeur, à des difficultés de communication portant essentiellement sur la pertinence de la communication verbale et non-verbale, et sur l'adaptation à l'interlocuteur. Dans ces cas, le vocabulaire peut même parfois être précis, voire pédant, et le timbre de voix ou l'intonation peuvent sembler bizarres.
Les troubles de la socialisation peuvent aller depuis l'absence de recherche de contact sociaux (même pour satisfaire des besoins physiologiques comme la faim), jusqu'à des situations où la personne cherche à avoir des amis mais ne sait pas comment s'y prendre, ou bien est une proie facile de la roublardise des autres, du fait d'une grande naïveté.
Enfin, les centres d'intérêts restreints et les conduites répétitives peuvent aussi varier, depuis des situations où la personne ne va s'occuper qu'à des conduites répétitives et non-fonctionnelles (activité de dénombrement, stéréotypies gestuelles, tics, grimaces, déambulation, etc.) jusqu'à des difficultés à aborder d'autres sujets de conversation que les centres d'intérêts de la personne, ou des compulsions, des obsessions. Il arrive dans les formes les moins sévères de TED que la personne concernée se rende compte du caractère hors du commun de ses centres d'intérêts, et développe des stratégies pour les dissimuler, ou en diminuer l'impact sur sa vie sociale (109).

Les TED regroupent des situations cliniques diverses, entraînant des situations de handicaps hétérogènes. Cette diversité clinique peut être précisée sous forme de catégories. Huit catégories de TED sont identifiées dans la CIM-10 : « autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement, trouble envahissant du développement sans précision » (108) (109).

Les troubles névrotiques

La névrose est une maladie mentale dont le sujet reste douloureusement conscient et qui, malgré les troubles permanents de la personnalité, n'affecte pas profondément les fonctions essentielles (103). C'est un trouble à dominance psychique, où les symptômes sont l'expression d'un conflit psychique, trouvant ses racines dans la petite enfance de l'être (7). Le principal symptôme est un compromis entre un désir inconscient et une défense contre ce désir, c'est l'angoisse (110).

Les individus porteurs de névrose souffrent de difficultés relationnelles, de sensation d'abandon, d'insécurité. Ils sont bien souvent inhibés et angoissés (7). Différentes névroses existent, classées en fonction de la nature de l'angoisse et des symptômes observés. Ce sont les névroses d'angoisse, phobique, obsessionnelle et hystérique (103).

Les états limites

Un patient « état limite » se situe à la frontière entre la névrose et la psychose. Il n'y a pas de limite claire entre lui-même et l'extérieur, entre le dedans et le dehors. Il ne nie pas tout à fait la réalité (111).

Le patient « état limite » présente un mode de fonctionnement très particulier, marqué par des troubles de l'identité, de la pensée, de la relation, de l'espace et du temps. Il se caractérise au premier abord par un manque de contrôle de ses émotions. D'une part, il cherche de l'aide, du soutien pour compenser la carence qu'il sent en lui, et en même temps, du fait de la trop grande perméabilité de ses frontières, il a peur de l'intrusion, d'être menacé dans son intégralité (111). Il présente une grande insécurité intérieure, une intolérance à la frustration et une hypersensibilité aux remarques, souvent ressenties comme un jugement (103). Le sujet limite n'accepte pas l'idée d'être atteint dans son intégralité ni dans son narcissisme (110). Ils sont souvent bien adaptés socialement, mais leurs relations affectives sont instables. Cependant, le règlement des tensions conflictuelles internes accumulées utilise préférentiellement des passages à l'acte, entrainent une instabilité socioprofessionnelle et affective mais aussi des conduites d'autodestruction par impulsions suicidaires, accidents ou abus toxiques (103). Les personnes « états limites » sont des toxicomanes, des psychopathes, des personnes présentant des troubles sexuels (17).

c. La prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique de patients handicapés mentaux comprend les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses.

- Les thérapeutiques médicamenteuses

Les neuroleptiques

Les neuroleptiques sont des dépresseurs du système nerveux central. Ils vont créer un état d'indifférence psychomotrice chez l'individu. On observe alors une baisse de l'initiative motrice entrainant une lenteur et une rareté des mouvements, une inhibition des réflexes conditionnés, une neutralité émotionnelle.
Ils vont également entrainer une réduction progressive des troubles psychologiques par des propriétés de type :

- désinhibiteur ou anti-déficitaire : ils agissent sur les symptômes dits négatifs,
- anti-productif : ils agissent sur les délires, les hallucinations,
- sédatif : ils agissent sur les états d'agitation.

Les neuroleptiques ne vont pas tous posséder ces trois propriétés. Par exemple, les classes des phenothiazines et des butyrophenones sont polyvalentes, les propriétés anti-déficitaire, anti-productive et sédative sont présentes et équivalentes ; la classe des benzamides possède une activité anti-productive et sédative plus importante que l'activité anti-déficitaire ; la classe des thioxanthènes est sédative et anti-productive.

Le choix du médicament se fera en fonction :
- des symptômes et des propriétés recherchées,
- de la tolérance du médicament, de l'importance des effets indésirables,
- de la forme médicamenteuse disponible (comprimés, gouttes, injections),
- de la capacité du patient à gérer son traitement,
- de la présence d'une pathologie sous-jacente et d'un autre traitement médicamenteux pouvant amener des contre-indications.

L'efficacité du traitement n'est pas immédiate : l'effet sédatif apparait relativement rapidement, l'effet anti-productif apparait après 3 semaines de traitement environ, alors que l'effet anti-déficitaire n'est visible qu'après une longue période de traitement.

Les antidépresseurs

Les antidépresseurs sont utilisés pour corriger l'humeur dépressive d'un patient. Ils sont rarement utilisé seuls, surtout en début de traitement, où le traitement provoque une réactivation de l'anxiété, ainsi qu'un risque de passage à l'acte (suicide).

Les antidépresseurs nécessitent de 1 à 3 prises par jour en fonction des molécules. L'efficacité du traitement n'est visible qu'après 15 jours de traitement, la réponse thérapeutique complète nécessite plusieurs semaines de traitement.

Les anxiolytiques

Les anxiolytiques sont utilisés pour supprimer les symptômes de l'anxiété pathologique. Le risque de dépendance physique et psychique est important avec cette classe médicamenteuse. Les facteurs de risque d'une dépendance étant des posologies élevées et une durée prolongée, il est nécessaire de fractionner les doses dans la journée, d'augmenter progressivement la posologie jusqu'à atteindre la dose efficace la plus faible. De plus, le traitement doit être utilisé sur une période la plus brève possible.

- <u>Les thérapeutiques non médicamenteuses</u>

La psychothérapie

La psychothérapie a pour objet de traiter le mal-être que chacun peut rencontrer un jour dans sa vie. Le travail du psychothérapeute consiste à proposer à la personne, en fonction de sa situation spécifique et de son désir de changement, des moyens qui vont lui permettre d'évoluer vers un état souhaité de mieux-être (112).

La mise en place d'un soutien psychothérapeutique trouve son efficacité dans l'établissement d'un lien de confiance avec la personne malade et dans un travail qui vise à restaurer l'estime de soi dans le rapport à l'estime de l'autre. Ce travail aura d'autant plus de chances d'être efficace qu'il s'accompagnera dans la vie quotidienne d'une possibilité de valorisation des compétences (qui implique une fermeté et une critique constructive et non une approbation sans nuances) (113).

Si le bon déroulement de la psychothérapie dépend en grande partie, de la dynamique relationnelle qui se crée entre la personne qui consulte et le psychothérapeute, il repose également sur l'utilisation d'une ou plusieurs méthodes de psychothérapie. Il existerait actuellement 400 méthodes psychothérapeutiques en France et aux Etats Unis (114).

La psychomotricité (78)

Une prise en charge rééducative est parfois nécessaire. La psychomotricité s'adresse aux enfants et aux adultes. Elle a pour objet de prévenir ou de traiter l'altération du développement psychomoteur et de l'organisation psychomotrice d'un patient à tous les âges de la vie. Sa spécificité réside dans l'écoute et l'attention particulières portées aux manifestations psycho-corporelles et à leurs significations. Elle vise à acquérir des gestes coordonnés, dénués de mouvements parasites et de raideur involontaire, ainsi qu'une aisance dans le domaine spatial et temporel, latéralisation et succession correcte des mouvements dans le temps.

« Le psychomotricien est habilité à prendre en charge, entre autres, les manifestations symptomatiques suivantes : troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs, retards du développement psychomoteur, troubles du schéma corporel et de l'image du corps, troubles de la latéralisation ou de la latéralité, troubles de l'organisation spatio-temporelle, inhibition psychomotrice, troubles de la conduite et du comportement… ».

L'orthophonie (75) (77)

L'orthophonie concerne toutes les fonctions associées à la compréhension, à la réalisation et à l'expression du langage oral et écrit, ainsi que toutes les autres formes de la communication non verbale. « Les déficiences et les troubles concernent autant la parole et le langage, deux des aspects les plus complexes et les plus élaborés des fonctions cérébrales, que la voix, les fonctions auditives, visuelles, cognitives (incluant l'apprentissage de ces fonctions). Il s'agit, soit de troubles isolés, soit de troubles complexes dans l'imbrication de plusieurs troubles de la communication ou suite à des syndromes et des handicaps divers.

Les actes d'orthophonie ont pour objet de rétablir les capacités fonctionnelles de la communication, ainsi que de concourir à leur développement ou à leur maintien, et de prévenir toute altération ou d'y suppléer.

La rééducation orthophonique ne prend donc pas en charge que les troubles du langage. Les problèmes d'élocution, de contrôle du souffle, les troubles de la mémoire, de l'attention, et la déglutition peuvent bénéficier d'une prise en charge adaptée en orthophonie.

Autres prises en charge

Dans la prise en charge des personnes déficientes mentales, il est nécessaire de favoriser le développement des fonctions intellectuelles et psychomotrices. Ainsi les activités devront préférentiellement être des activités liées à l'imaginaire et à l'esprit créatif (arthérapie : dessin, musique, terre, théâtre, ...), des activités favorisant la relation à autrui (en duo ou collectif), des activités liées à la sensorialité (thérapie avec le cheval, balnéothérapie…). Il est nécessaire également de les aider dans le développement du lien social : favoriser le temps du repas, favoriser le temps de la toilette et de l'habillage, favoriser les temps de rencontre : ancrage dans le temps (anniversaire, fêtes, ...) et dans l'espace (sorties, ...) (112).

d. Intérêt de la thérapie avec le cheval en fonction des symptômes

L'isolement, absence de langage

La thérapeutique ayant le cheval comme médiateur, utilisant un dialogue non verbal, respectant le silence, les distances, et par conséquent le monde intérieur de l'individu malade, trouve ici et en son temps, sa place entière. La relation gestuelle sera privilégiée. Le cheval médiateur demeure le transmetteur de l'information entre la personne et les thérapeutes. Il est le « messager silencieux », il est du dehors et sans ambiguïté dans sa façon d'être et d'agir. Il « apprivoise » l'individu. L'échange devient envisageable, l'angoisse diminue, la personne est en mesure de sortir de son isolement. Le cheval nécessite également la pose du geste le plus juste pour faire face à la situation du moment. Ceci oblige l'abandon ponctuel et inconscient du stéréotype. Puis au cours des séances, ces moments d'adaptation à la situation immédiate deviennent de moins en moins ponctuels. Ils favorisent l'accès de l'individu à la réalité spatio-temporelle (7).

Le déni de la réalité

La thérapeutique utilisant le cheval comme médiateur favorise chez l'individu l'accès au réel, tant dans l'espace que dans le temps. Le face à face entre un individu et le cheval, animal ô combien à l'écoute du moindre stimulus extérieur, aux sens exacerbés, à l'ouïe fine, au tact subtil, à la perception délicate, au geste prompt et ample, ne peut que favoriser la prise de conscience du réel. La réponse comportementale du cheval est sans équivoque et dénuée d'interprétation. Cette pureté, dans l'action du cheval, facilite la présence effective de l'individu au cours de la séance, et ce, durant des périodes de moins en moins fugitives. Cette adaptation au réel au cours de la séance peut s'étendre progressivement dans sa vie quotidienne (7).

L'anxiété

L'équitation peut être considérée comme un apprentissage particulier de la relaxation. En effet, la position du cavalier à cheval implique différentes qualités. Tout d'abord de la souplesse, qui exclut toutes les contractions localisées et généralisées afin d'assurer une coordination parfaite des muscles agonistes et antagonistes. Puis la fixité, qui exclut tous les mouvements involontaires. Et enfin l'aisance, qui représente la liberté du corps et de l'esprit (6). De plus, les mouvements du cheval, imprimés au corps du cavalier, leur rythme, vont aider à cette décontraction (25). Toutes ces qualités assurent une bonne décontraction du cavalier, un relâchement musculaire presque total et ainsi une diminution de l'anxiété (6).

L'inhibition (7)

La thérapeutique utilisant le cheval comme médiateur, facilite chez l'individu la levée de l'inhibition, la possibilité de poser des actes.
L'obligation de poser l'acte juste, au moment le plus juste et à la juste mesure de la part du cavalier facilite la prise de conscience de ses aptitudes, diminue l'absence de confiance en soi, encourage les nouveaux actes et lève progressivement l'inhibition sous-jacente.

La dépression (27)

Les perceptions sensorielles des patients déprimés sont souvent des sensations imagées de leur corps : la pesanteur, la lourdeur mais aussi l'incapacité à avancer et un sentiment d'impuissance. A cheval, les sensations corporelles sont différentes. Le cheval étonne par sa force, sa puissance et sa chaleur. L'ensemble homme-cheval dépasse les capacités habituelles du piéton tant par la hauteur que par la vitesse. Les patients en mettant pied à terre ont l'impression d'avoir bénéficié d'un transfert d'énergie.

La confiance en soi (6)

Le cheval ne juge pas. Rien dans son regard ou dans son attitude ne laisse entendre le rejet ou l'incompréhension. Il accepte globalement son cavalier ; cela favorise la confiance en soi. Libéré de ses souffrances, la personne peut alors retrouver un certain plaisir. Il peut laisser aller son esprit d'aventure. Peu à peu, il souhaitera découvrir, s'identifier et entrer en relation avec le plus d'objets possible.

Le fait de monter à cheval n'est pas simplement une source de plaisir et de satisfaction. L'apprentissage de la monte et du contrôle du cheval, la maîtrise d'un nouvel effort physique ainsi que la gestion d'une nouvelle compétence apportent le sens de l'exploit personnel, ce qui augmente l'estime de soi. Or l'estime de soi est indispensable pour réussir, avoir des compétences et gagner l'approbation et la reconnaissance des autres.

Tout comme dans le handicap physique, l'entretien des lieux de vie est également un excellent atelier de médiation animale, il permet de donner ou de redonner de l'estime aux patients. Changer la paille, donner le foin, donner les granulés permet au patient de se sentir proche de l'animal. Les soins se rapportant à l'animal comme le brosser, lui curer les sabots constituent là encore un atelier positif qui procure une implication positive et un sens de la responsabilité. Confier une tâche au patient, le rendre responsable, lui permet d'acquérir la capacité de faire quelque chose d'important dans la journée du cheval (3).

De plus, l'opportunité d'acquérir une nouvelle compétence et de ressentir une amélioration dans leurs capacités, conduit à un transfert de ce gain de confiance en eux dans d'autres situations sociales.

Les troubles psychomoteurs (25)

Lors de troubles psychomoteurs, les objectifs recherchés sont :

- la prise de conscience globale du corps, de son unité, de sa position dans l'espace,
- le travail du corps dans différentes positions, les contacts, les déplacements,
- l'apprentissage d'une certaine maitrise corporelle,
- l'acquisition d'une meilleure coordination dynamique et posturale.

Le corps du cavalier se trouvant en contact intime avec le corps du cheval, l'individu sera obligé de tenir compte de cet animal, en tant qu'objet différent de lui-même et vivant, qui réagira à chacun de ses gestes.

La position à cheval provoque un dépaysement corporel qui peut provoquer une remise en question de l'image du corps. Le sens kinesthésique étant stimulé, l'exécution de mouvements de plus en plus précis ayant des effets sur le cheval, conduisent très vite l'individu à une meilleure conscience de son schéma corporel. Une fois à cheval, le cavalier est obligé de rapidement différencier mains et jambes, droite et gauche, les différentes parties de son corps ayant parfois, lorsqu'elles agissent simultanément, des effets contradictoires sur le cheval.

La maitrise corporelle nécessaire au cavalier qui désire diriger sa monture, son allure, sa direction ainsi que la coordination gestuelle, la disponibilité et l'indépendance des différentes parties du corps seront largement développées au cours des séances.

La déficience mentale

La situation à cheval oblige tôt ou tard le patient malade à agir sur l'animal, du fait qu'ils ont une partie liée l'un avec l'autre. Certes, au départ, il s'agit peut-être simplement d'une réaction de conservation : c'est la conviction profonde qu'il faut faire quelque chose, intervenir sur cette masse importante car elle peut représenter un danger. Mais ce sentiment se trouve très vite transformé dans le sens de la responsabilité. Il n'est plus seulement responsable de lui-même, mais de sa monture également. Cette situation est le point de départ d'une valorisation chez le sujet qui découvre peu à peu ses capacités réelles telles qu'elles sont (25). L'équitation permet ainsi de découvrir des possibilités insoupçonnées chez certains sujets qui voient alors leur statut se modifier (27).

Les troubles du comportement

Un enfant ou adolescent dont le comportement est parfois à la limite de l'acceptable, n'a jamais été reconnu tel qu'il est. Lors de la prise en charge, pour qu'il retrouve un climat de confiance, de tolérance, une certaine sécurité et qu'il réapprenne la prévisibilité, l'attente, à être satisfait, il doit être reconnu comme un individu à part entière. Ils souffrent d'un manque de confiance en eux. L'équitation permet dans un premier temps une satisfaction physique et morale. Elle permet aussi une valorisation du cavalier. Elle est dans un premier temps favorisée par la place privilégiée au sein de la société du cheval et de l'équitation (25).

Au fur et à mesure des séances, le patient devient capable de percevoir qu'en modifiant volontairement ses attitudes corporelles, il peut avoir prise sur l'allure du cheval, sur sa direction. Le patient aboutit à une certaine maîtrise de l'animal, sans l'aide du thérapeute, il devient autonome et domine l'autonomie du cheval. Ce point met en évidence une satisfaction originale, facteur de motivation, que l'on ne retrouve dans nulle autre rééducation (23).

Le cheval permet la production d'un espace de socialisation. C'est un espace d'apprentissage de la relation à d'autres êtres vivants (chevaux et humains), de pratiques corporelles, de normes et de règles sociales. L'activité équestre exige en effet le respect d'un certain nombre de règles indispensables au respect de chacun. Elle facilite ainsi l'accès aux règles d'appartenance du groupe. Certains enfants qui ont habituellement tendance à reproduire la violence qu'ils ont subie sont obligés de composer avec le cheval pour ne pas se mettre en danger. Lorsqu'ils s'occupent du cheval, étant obligés de prendre en compte les contraintes inhérentes aux soins, ils sont amenés à percevoir et à respecter des règles de socialisation Ces règles de socialisation peuvent ensuite être étendues à bien d'autres domaines (27).

Le cavalier, on le sait, développe une relation affective avec sa monture, les enfants et les adolescents carencés et asociaux sont très sensibles à cet aspect de la relation (27). En effet, le cheval 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 des ses besoins, de ce qu'il perçoit du langage de ce qui est près de lui. Il est cheval et réagit en cheval, doué d'absence de jugement et de réponses toutes faites (25).

La permissivité apparente du thérapeute, autorisée par les réactions propres du cheval à un comportement trop inadapté à la situation du cavalier, lui permet d'apparaître neutre, tolérant, synonyme de sécurité et non d'autorité (25). Le cheval est le média auquel l'enfant ou adolescent s'adresse pour dire à l'adulte ce qu'il ne peut verbaliser directement, mais également auquel s'adresse le thérapeute, en adressant les

consignes au cheval, l'enfant les prend à son compte sans se sentir atteint. Par l'intermédiaire du cheval, la relation à l'adulte, au père, à la mère, à la loi est enfin possible (25).

Pour la prise en charge de tels individus, l'équitation en reprise, et donc en groupe, répond mieux aux nécessités, aux impératifs de la socialisation. Par exemple, l'exécution de certaines figures de manège demande à chacun de se prendre en charge et de s'adapter aux autres membres du groupe (25).

Conclusion

La thérapie avec le cheval permet de prendre en charge des symptômes variés, présents dans beaucoup de pathologies mentales. Ces symptômes sont habituellement pris en charge par des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses. Finalement, la thérapie avec le cheval permet la prise en charge des mêmes symptômes. Elle présente même l'avantage de prendre en charge plusieurs symptômes, à la fois d'ordre psychique et physique dans une seule et même thérapie ! De plus, la thérapie avec le cheval ne possède pas d'effets indésirables, mise à part l'odeur (de cheval) résiduelle pouvant déranger l'odorat de certaines personnes et le risque de chute et de traumatisme liés à un mauvais usage du cheval ou à une réaction « animale » de celui-ci. Les effets étant dans un premier temps transitoires, la thérapie avec le cheval ne doit pas être la seule thérapie proposée, elle est complémentaire à l'ensemble des thérapies traditionnellement utilisées dans la prise en charge des personnes handicapées mentales.

Les interactions avec le cheval facilitent l'exploration de ses sentiments, de ses pouvoirs d'intuition, et la compréhension de soi, de sa nature, de ses facultés de relation et de communication. Le cheval développe les émotions. Il accroît la confiance en soi, et donc le bien-être et la qualité de vie de ces sujets. Et rien que pour ces deux derniers éléments, il serait préjudiciable de priver de telles personnes de cette thérapie avec le cheval.

Cf annexe 4 : « Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies mentales »

4. Comparaison cabinet fermé/cabinet ouvert (17) (115)

Cette comparaison des lieux de prises en charges entre le cabinet fermé c'est-à-dire le lieu de rencontre habituel de tous professionnels médicaux avec leurs malades et le cabinet ouvert, les écuries dans notre cas, va permettre de récapituler les intérêts de la thérapie avec le cheval.

Commençons par le cadre de la thérapie. Au cabinet, l'individu malade commence par patienter dans une salle d'attente génératrice d'angoisses, la salle de rééducation est une pièce limitée dans l'espace et coupée de l'extérieur. Aux écuries, il n'y a pas de salle d'attente, l'individu est directement en contact avec la nature apaisante. L'espace est vaste même s'il est limité pour des raisons de sécurité. L'espace peut être laissé "ouvert" à l'ensemble des écuries. Il permet ainsi la libération du trop plein d'excitation endogène des patients, et induit un sentiment de liberté et de possibilité de fuite. L'espace peut être limité, en travaillant directement dans les boxes, notamment pour les enfants les plus dispersés ou instables physiquement. L'exploration de l'univers du cheval s'oppose à l'exploration de la pièce et des jouets du cabinet.

Concernant le contact, en cabinet, le patient malade n'aura de contact qu'avec son thérapeute, contact limité pour des raisons culturelles, et des matériels inanimés, non vivants, éventuellement porteurs et berceurs. A cheval, l'individu pourra avoir des contacts peau à peau avec le cheval, sans interdits ni limites humaines. C'est le cheval qui imposera ses propres limites à son cavalier. Cet animal vivant, doux, chaud, berceur, porteur et odorant permet un déplacement d'une autre nature que sur ses deux pieds.

La relation reliant un thérapeute à son patient est basée sur la dualité. Le thérapeute est imposé au malade. Au contraire, aux écuries, le patient est libre de choisir son cheval, bien sûr parmi un groupe de chevaux bien défini par leur caractère et leur niveau de travail. Ce dernier l'accueille sans préjugés. La relation devient triangulaire : le cheval est le médiateur entre le patient et le thérapeute.

Dans un premier temps, la communication avec le cheval est archaïque : la communication verbale régresse vers une gestualité primitive, permettant de découvrir le corps du cheval, puis par extension son propre corps. Le désir de communication verbale du patient avec le thérapeute, sur les expériences vécues avec le cheval, va être progressif. Au cabinet, la communication reste essentiellement verbale.

Quant à l'exploration du temps et de l'espace, le patient avec le cheval va découvrir de nouveaux lieux ; lieux bien souvent structurés dans l'espace, à l'image du manège possédant de nombreux points de repères. Dans la nature, le temps est bien marqué que ce soit dans une journée par l'intensité lumineuse, qu'au cours des saisons

avec la température, la couleur des arbres… Les structurations spatiales et temporelles seront développées dans un cadre de vie réel, à l'opposé du cabinet où les situations sont artificielles.

5. Evaluation et résultats de la thérapie avec le cheval

Lorsque nous parlons de thérapie avec le cheval, nous employons le mot « thérapeutique ». Cette notion est fort difficile à préciser lorsqu'il s'agit du domaine psychique. Autant il est facile de dire qu'une conduite thérapeutique appropriée a guéri une angine ou une appendicite, autant il est complexe de poser quelques repères fiables dès lors qu'on a à faire à des entités telles que la souffrance, la dépression, les hallucinations… Un point commun peut toutefois se dessiner que l'on peut appeler la construction ou l'émergence du sujet dans sa différence et sa liberté, quelle que soit la gravité de l'affection en jeu : il s'agit là d'une position éthique, mais elle permet, par exemple, de ne pas appeler « thérapeutique » une pratique qui viserait uniquement la disparition des symptômes au prix d'une aliénation (dépossession de l'individu), ou une simple adaptation du comportement, ou encore un plaisir du moment (7).
Il me semblait nécessaire de situer le « thérapeutique » si l'on ne veut pas se contenter d'un « ça va mieux » lors des évaluations de la thérapie.

Certains, parfois sceptiques par rapport à l'utilité d'une telle activité, demanderont à voir des résultats, des évaluations chiffrées avant de se laisser convaincre. Il est tout à fait légitime d'avoir un regard critique sur ces actions et donc d'évaluer les résultats avant de décider de poursuivre ou d'arrêter un travail.
Pour cela, on ne peut se contenter d'avis d'auteurs. L'illustration par un certain nombre de cas n'est pas suffisante. Une illustration n'est pas une démonstration même si elle s'en approche, même si la ressemblance est réelle. L'avis d'auteurs n'est pas à rejeter pour autant. Il est nécessaire et sert de point de départ, d'idée initiale. De l'avis d'auteurs devront naître les vérifications répondant à un protocole précis. Que doit-on évaluer ? Ce sont essentiellement les méthodes et les structures, la qualité des soins et les résultats (27).
Ici, nous nous intéresserons seulement à l'évaluation des résultats, c'est l'étape la moins facile. Dans ce domaine, la démonstration la plus simple est celle qui consiste à montrer que, malgré un handicap donné, le cavalier qui en est porteur est capable d'acquisitions équestres. Mais l'acquisition de l'art équestre n'est pas le but de la thérapie avec le cheval. Cependant, il est délicat de dire que telle personne handicapée bénéficiera d'une meilleure récupération parce qu'il bénéficie d'une équitation thérapeutique (27).

L'équitation s'inscrit en effet dans un faisceau de soins comprenant les traitements médicamenteux, la psychothérapie, l'ergothérapie et les interventions des médecins, des soignants, des psychomotriciens et des kinésithérapeutes. Dès lors comment reconnaître plus spécifiquement les mérites revenant à une technique plutôt qu'à une autre ? Cet objectif est problématique et nécessiterait le recours à des grilles universelles définissant des scores indiscutés (27). Cependant, à ce jour, les comparaisons entre différentes expériences ne sont pas toujours aisées du fait des grandes différences qui existent souvent entre elles et ne permettent la réalisation de ces tableaux. L'évaluation des résultats de la thérapie avec le cheval des personnes présentant un handicap mental reste donc subjective et personnelle à chaque thérapeute. L'arrêt ou la continuité d'une telle activité doit être discutée au cas par cas et par l'ensemble des thérapeutes intervenants auprès de la personne malade.

6. Récit d'expérience : Mme Rapenne, psychologue clinicienne au Centre Psychothérapique de Nancy

Le jeudi 3 mars 2011, Mme Rapenne, psychologue clinicienne au Centre Psychothérapique de Nancy acceptait de me recevoir dans le cadre de ma thèse pour me faire partager son expérience.

Mme Rapenne possède, en plus de ses diplômes médicaux, les niveaux 1, 2 et 3 Handi-Cheval (anciennes dénomination des diplômes d'équicien 1er et 2ème degrés) ainsi que l'attestation universitaire de réadaptation par l'équitation délivrée par la faculté de médecine de Bobigny. Elle fait partie des thérapeutes avec le cheval de la FENTAC. Elle a également suivi une préformation pour devenir monitrice d'équitation. Cavalière depuis 1972, c'est tout naturellement qu'elle instaura des séances avec le cheval dans la prise en charge de ses patients, et ce depuis 1988.

Actuellement, Mme Rapenne s'occupe des psychothérapies individuelles ou en groupes, d'enfants âgés de 2 à 14 ans, hospitalisés en Unités de Jour ou en Centres Médico-Psychologiques, CMP. Les enfants hospitalisés en unité de jour sont le plus souvent atteints de troubles envahissants du développement, de troubles déficitaires. Les enfants des Centres Médico-Psychologiques sont moins gravement atteints, du registre névrotique le plus souvent.

La thérapie avec le cheval est proposée aux enfants après synthèse pluridisciplinaire. Les objectifs posés sont individuels et adaptés aux difficultés et à la pathologie de l'enfant. La thérapie avec le cheval est proposée à un rythme d'une séance hebdomadaire en fonction de l'âge des enfants, de leur disponibilité.

Lors des séances, Mme Rapenne travaille sans moniteur du fait de son autonomie liée à ses diplômes en thérapie avec le cheval. Elle est toujours accompagnée d'infirmiers ou d'éducateurs, de l'ordre d'un infirmier pour un enfant, parfois d'un psychomotricien et de stagiaires (infirmiers, éducateurs spécialisés, psychologues …).

Il n'y a pas de dynamiques préprogrammées ; par contre, Mme Rapenne sait à l'avance dans quel registre va se dérouler la séance : travail à pied uniquement, travail en manège, promenade. La séance sera aménagée selon l'état du patient. Une séance durera maximum 1 heure, et sera séquencée, de telle sorte à ré-attirer l'attention des jeunes patients aux capacités d'attention limitées. Il faut réussir à créer un rythme ponctué par différentes étapes, de durée extrêmement variable en fonction des pathologies. Ces séquences pourront être, par exemple, travail à l'écurie, soins aux chevaux, monte à cheval puis rangement des chevaux et du matériel. Les activités proposées sont variées, bien souvent créées, de manière à combiner des exercices d'intérêts psychologiques et scolaires tout en s'intéressant au cheval. L'objectif étant de relier le cognitif au cheval par le jeu. L'objectif n'est pas l'acquisition de l'art équestre, même si après plusieurs séances, les enfants « savent monter à cheval ». Par contre, pour les enfants du registre névrotique, le passage des galops fédéraux, et donc l'acquisition des techniques équestres, peut être un objectif. En effet, pour ses enfants, une grande partie du travail consiste à l'émergence du désir, au développement de la confiance en soi, de la reconnaissance familiale et extra-familiale.

Par la suite, l'enfant continuera les séances de thérapie avec le cheval dans le cadre de sa thérapie et entreprendra l'acquisition des techniques équestres en compagnie d'enfants « normaux » dans un centre équestre traditionnel.

La thérapie avec le cheval ne remplace pas les séances en cabinet mais les complète. Les séances de thérapie sont la continuité du travail effectué au cabinet, les objectifs thérapeutiques sont identiques à toutes les autres activités proposées. Inversement, lors du travail au cabinet, le cheval pourra être un sujet de discussion et de travail avec l'enfant. La thérapie avec le cheval peut révéler une pathologie, confirmer un diagnostic, démontrer l'intensité d'une souffrance et d'angoisse non perçues en cabinet, notamment pour l'intensité des troubles autistiques.

La thérapie avec le cheval est généralement proposée pour une durée de un an, avec réévaluation en cours d'année. Des arrêts en cours d'année sont parfois proposés si l'équipe estime que l'activité présente un danger pour l'enfant, pour les chevaux, ou si les objectifs sont largement atteints et que le temps scolaire peut être augmenté.

Depuis 3 ans, Mme Rapenne organise, en coopération avec le centre équestre les accueillant, le centre équestre de la forêt de Haye, une journée dite « Rotary Handi Classique ». Lors de cette journée, sont proposés toutes sortes de jeux associant les cavaliers du centre équestre et les enfants hospitalisés ayant réalisés la thérapie avec le cheval. Les jeux sont organisés de façon à ce qu'il n'y ait pas d'échec. Chaque participant recevra une récompense. Les parents sont conviés à cette journée : voyant leurs enfants partager les activités et faire les mêmes exercices que les enfants « normaux » (équipes mixtes), les parents considèrent leurs enfants « autrement » et sont eux-mêmes valorisés.

Une telle activité coûte à l'unité de jour, par an, environ 2000€ pour l'ensemble des enfants suivis.

Parlons maintenant des résultats. Au CPN, l'activité poney à visée thérapeutique fut mise en place en 1981 par un psychomotricien. Depuis 1988, Mme Rapenne propose et effectue cette thérapie, seule le mardi matin, et en association avec ce psychomotricien le lundi. Selon les années, 4 à 6 groupes de patients bénéficient de séances hebdomadaires. Les résultats très encourageants, à la fois pour les parents et les médecins, font que cette activité perdure et même s'amplifie au sein du CPN.

Conclusion

Les expériences utilisant le cheval dans le cadre d'un soin psychologique sont nombreuses et variées. Certaines indications sont assez courantes, comme dans les pathologies psychotiques, d'autres sont moins habituelles comme la dépression par exemple. Chacune de ces expériences est spécifique et dépend essentiellement des soignants qui encadrent l'activité et du projet de soin qu'ils ont élaboré auparavant.

On comprend donc que si la pratique de l'équitation n'est pas un « traitement de cheval », elle n'en a pas moins un réel intérêt. Pour certains le plus grand intérêt de la thérapie avec le cheval est de pouvoir s'adresser à des patients qui présentent des troubles psychiatriques et qui ne sont pas répondeurs aux thérapies traditionnelles. Certains patients ont été pris en charge par le système de santé mentale pendant des années. Souvent ils perdent espoir et se découragent. Bien que la psychothérapie équestre ne guérisse jamais leur pathologie sous-jacente, elle peut favoriser de nouveaux comportements avec un impact direct sur leur qualité de vie. De plus, le plaisir qu'ils retirent de la relation avec l'animal ainsi que les stimulations agréables résultant du mouvement engendré par celui du cheval leur apporte une motivation supplémentaire pour le traitement qui facilite ainsi l'adhésion à la prise en charge. Utilisée comme adjuvant aux soins traditionnels, l'équitation psychothérapique accélère et favorise le processus thérapeutique.

3. Les enfants et adolescents en difficultés psychosociales

Dernier chapitre de la partie « Thérapie avec le cheval : prise en charge des handicapés physiques et mentaux, des enfants et des adolescents en difficultés psychosociales », ce dernier point est le récit de ma propre expérience envers des adolescents présentant des difficultés d'ordre psychosocial. Lors de mon travail personnel de 3ème et 4ème année encadré par Jocelyne Collomb, j'ai participé à une prise en charge d'adolescents en difficultés scolaires par la thérapie avec le cheval. Cette thèse, avec toutes ses nouvelles recherches, me permet d'approfondir les conclusions que j'avais portées lors de mon travail personnel.

1. Intérêts de la thérapie avec le cheval

Généralement ce sont des enfants et adolescents qui présentent des troubles de la conduite et du comportement qui se manifestent par des attitudes caractérielles, elles-mêmes caractérisées par des passages à l'acte, un manque de contrôle et de maîtrise des réactions pulsionnelles, une intolérance à la frustration, un rapport au temps qui se situe dans l'immédiateté, une importante quête affective… (7)

a. Le rôle de l'animal

Le cheval réalité (7)

Cette dynamique est introduite par le fait que la prise en compte du cheval dans son entité physique, psychologique et comportementale procure un rappel constant à la réalité. « La puissance du cheval, son énergie, son caractère sont autant d'éléments à prendre en compte et à ne pas négliger sous peine de danger. Ces seuls critères font obstacle à un éventuel sentiment de toute puissance de la part des patients ». Des sollicitations inadaptées ou incomplètes, trop vives ou trop molles entraîneront le cheval à réagir de manière inadéquate à l'effet recherché. « Le cavalier devra donc reconsidérer sa démarche pour atteindre ses objectifs ».

L'objet de la rééducation consistera à mettre en évidence ce rapport à la réalité. « Ce rôle de contenant que pose le cheval est primordial auprès de cette population qui, si elle veut aboutir, devra se forcer à poser des actes clairs, précis et immuables. Cette seule accommodation à des gestes nouveaux participe à l'intégration de processus d'auto-apprentissages, grâce auquel la personne se complexifie, se développe et s'adapte à son environnement ». En effet, chez ces patients, la carence conduisant à ces troubles est l'absence de lois et de règles. Or tôt ou tard, les sujets se trouvent immanquablement confrontés à des normes de vie qui leur sont étrangères.

De plus, ces sujets son bien souvent en carence affective. « Les sujets peuvent à la fois requérir l'exclusivité et l'attachement de l'adulte et montrer en même temps l'impossibilité de supporter cet investissement (angoisse d'abandon) ». La relation qui s'instaure avec le cheval introduit une sorte de relais compensatoire, l'animal se place en tant que « tampon » entre le sujet et l'adulte, « il détourne les conflits ».

L'effet dynamisant (7)

Toute pratique sportive requiert des habilités. « L'apprentissage de la conduite du cheval ne se résume pas à l'acquisition d'automatismes gestuels. Il nécessite des représentations de l'action et des ajustements continuels puisque le cheval, animal vivant, n'est jamais programmable et qu'on n'est jamais assuré que le même geste produira le même résultat ». Ainsi, en même temps que l'activité équestre libère de certaines contraintes (du milieu physique, de la vie quotidienne, des stéréotypes culturels), le sport équestre en procure d'autres au sujet, mais celles-ci sont consenties. « En reléguant sur un second plan ce qui pourrait perturber l'échange avec le cheval, le sujet s'expose à une relation plus empathique et plus productrice de changement ».

Mais plus encore, la thérapie avec le cheval place la personne dans un rôle d'acteur. En effet, par la complexité de sa pratique, par le fait qu'il faut imposer sa volonté à l'animal, « elle nécessite un investissement énergétique qui mobilise l'effort, la résistance corporelle et mentale, la persévérance ». Cet aspect productif place le cavalier dans une démarche où il doit composer avec le cheval. Ainsi, en recherchant des moyens pour communiquer avec l'animal, les personnes en difficultés sont amenées à varier, à enrichir leur capital physique et psychique, et ainsi à se développer davantage.

L'effet valorisant

« Ces enfants et adolescents, en s'occupant des chevaux, en entretenant les litières, passeront du statut d' « assisté » au statut d' « actif » ou d' « assistant », développant ainsi un sentiment de valorisation, de confiance en soi, d'estime de soi, de sentiment d'utilité. Ils ne sont plus seulement responsables d'eux-mêmes » (7). Confier des responsabilités par l'intermédiaire de l'animal permet aux enfants et adolescents de se reconsidérer. Le résultat des soins, des changements des litières… n'est pas seulement jugé par l'œil humain mais passe également par l'observation du comportement des chevaux (3).

Allons plus loin dans la réflexion sur la valorisation. « Il semblerait que, quels que soient les domaines de son utilisation, l'homme cherche à faire émerger chez le cheval, la qualité qui l'intéresse plus particulièrement. Ainsi le guerrier exploitait-il sa fougue, sa superbe, le paysan, sa force, sa puissance, le cavalier de concours, sa prestance, ses qualités de sauteur, le cirque, sa docilité, son intelligence…tout ceci étant traversé par le jeu des codes esthétiques très marqués culturellement. Il suffit de regarder le dressage de haute école où l'écuyer, exploitant habilement les capacités naturelles de son cheval, parvient dans une pirouette élégante à créer un troisième personnage qui n'est plus tout à fait l'un ni l'autre, mais qui, l'espace d'un instant, se matérialise en un centaure fabuleux et éphémère. Le cavalier, peut-être plus que tout autre sportif, est dans la représentation. Le cavalier s'exposant aux jugements d'autrui sur la scène sportive est amené à développer sa réalité propre, processus qui serait à la base de l'acceptation de soi, des échecs, des frustrations…En polarisant l'intérêt voire l'admiration du spectateur, le cavalier se sent valorisé ». Elle permet une véritable réappropriation de leur corps, psychique et physique trop souvent morcelés (7).

b. Le rôle du lieu d'accueil, le centre équestre (7)

Pour les personnes en difficultés d'adaptation psychosociale, la thérapie avec le cheval offre un lieu non pas réservé, ni excluant, mais déjà investi par une population active, « normale » qui vient s'y détendre pendant ses moments de loisir. Ainsi, par les échanges qui s'y instaurent, les relations qui se construisent, l'enfant ou l'adolescent est amené à côtoyer un groupe social différent du sien, à intégrer des modèles, à relativiser ses points de vue par souci de conformité à ce nouveau groupe. Le projet ne sera pertinent que si la pratique de cette thérapie s'effectue hors institution, au sein d'un centre équestre recevant un public « normal » et si possible aux horaires où ce public « normal » est présent dans la structure équestre.

c. Le rôle du cadre (7)

Les séances de thérapie avec le cheval se pratiquent dans un cadre précis. Mettant en scène un animal, elles doivent se conformer, non seulement, à des règles, mais également à une éthique précise.

Ainsi en ce qui concerne les normes, l'espace est clairement délimité, le temps est programmé, découpé en séquences, et les règles de monte sont explicitement définies. Contrairement à d'autres techniques de réadaptation, le projet ne sera pas ici d'adapter systématiquement les structures à la personne en difficulté (langage, matériel). Au contraire, ce qui sera recherché, c'est l'attitude active du sujet qui devra, par un effort personnel d'assimilation puis d'accommodation, intégrer les éléments tels qu'ils se présentent à lui. L'accompagnement psycho-éducatif visera à entretenir la réceptivité de la personne, à encourager ses tentatives de résolution de problèmes, en bref à faciliter les apprentissages, en ayant soin de proposer un programme adapté et progressif. La pédagogie employée aura pour objectifs de faire intégrer un langage spécialisé (le langage des aides), un code strict (le dressage du cheval), des règles spatiotemporelles, des attitudes relationnelles conventionnelles (avec les autres cavaliers, avec les membres du club), une éthique (le respect de l'animal), c'est-à-dire tous les éléments qui seront à même de fournir des liens, des « connexions » avec un groupe social adapté.

La thérapie avec le cheval, pour des enfants et adolescents en difficultés psychosociales, s'inscrit dans une dynamique réadaptative et réhabilitatrice car elle s'efforce de donner les clefs qui permettent à ces personnes de s'ajuster dans un environnement social. Son exercice doit être à la fois compréhensif et dynamique, le but étant d'offrir aux sujets différents moyens qui les amènent à adopter des comportements toujours plus adaptés.

2. La réinsertion d'adolescents en échec scolaire, récit de mon expérience

Dans le cadre de mon projet personnel de 3ème et 4ème année, en 2009, j'ai choisi d'effectuer du volontariat dans un centre équestre qui avait un projet d'accueil d'adolescents en difficultés scolaires. Cette partie est consacrée à la présentation de ce travail personnel.

a. Présentation et objectifs du projet

Le « projet équitation » fut mis en place par une éducatrice de l'équipe de prévention du conseil général de Meurthe et Moselle. Les membres de cette équipe ont fait appel au collège Claude le Lorrain à Nancy pour sélectionner les adolescents. Les élèves ont été choisis par leurs professeurs pour leur travail laborieux, pour leur comportements ou encore leur absentéisme. Neuf élèves ont été sélectionnés sur la base du volontariat et, avec accord parental, les adolescents étant mineurs.

Le projet équitation s'est déroulé dans deux centres équestres : Les *Ecuries de Laxière* à Marainville sur Madon, Meurthe et Moselle (54), et les *Ecuries de Monfort* à Domèvre sous Monfort, Vosges (88).

Nous avons travaillé sur les objectifs différents des personnes intervenant auprès des adolescents. Les objectifs de ce projet étaient :

- les éducateurs souhaitaient faire évoluer le comportement des adolescents, entre eux et envers les adultes, améliorer la vie en collectivité,
- l'objectif de leurs professeurs était l'amélioration des résultats scolaires ou tout du moins l'évolution du comportement en classe,
- les parents souhaitaient rétablir le dialogue avec leurs enfants.

b. Réalisation du projet

<u>Les écuries de la Laxière</u>

Le premier centre équestre, à Marainville sur Madon, avait pour mission de faire découvrir les chevaux et leur environnement à ces adolescents. Même si l'apprentissage de l'art équestre n'était pas l'objectif de ce projet, les adolescents ont appris à aborder un cheval, à aller le chercher au parc, à effectuer les soins de base, à seller, et enfin à diriger le cheval une fois en selle. La réalisation de cette première partie du projet s'est réalisée aux mois de février et mars. Ils étaient neufs adolescents à commencer ce projet.

Les écuries de Montfort

La deuxième partie du « projet équitation » s'est déroulée au mois de juin. Quatre séances de 3 heures étaient prévues avant de partir en randonnée sur trois jours. Les séances se déroulaient les jeudis après-midi. Seuls cinq adolescents sur les neufs ont poursuivi le projet.

La première séance

Le premier jour, l'accueil des adolescents accompagnés des éducateurs commença par la visite de la structure équestre, des installations et se termina par une réunion afin d'exposer et de discuter des objectifs de ce projet.
En premier lieu, il fallait consolider leur base équestre de manière à pouvoir partir en randonnée trois jours consécutifs. Une autonomie dans la maîtrise du cheval, les soins à lui apporter et sa préparation, était donc indispensable pour éviter tout accident. La deuxième partie du projet consistait à l'organisation du séjour. Le parcours de la randonnée était tracé par la monitrice. Les adolescents avaient pour mission, avec l'aide des éducateurs et de la monitrice, de prévoir les lieux de couchage, de pique-nique, d'abreuvage pour les chevaux…
Ainsi, le premier jour les adolescents ne montèrent pas à cheval. Il était nécessaire pour l'équipe de faire connaissance avec ces jeunes, d'évaluer leur comportement initial et d'évaluer leurs compétences acquises dans le précédent centre équestre. Ils ont également visité le centre équestre, et choisi leur cheval. Les adolescents étaient très excités ce jour-là, ils parlaient sans cesse, se chamaillaient ; ils coupaient la parole et n'étaient en aucun cas attentifs aux interventions des éducateurs et de la monitrice.

Chaque adolescent avait un cheval attitré pour toute la durée du projet. Pour le choix du cheval, chaque adolescent a, dans un premier temps, exposé le caractère, la couleur, la morphologie « type » du cheval qu'il aimerait avoir. Ce fut un véritable temps de parole et de dialogue entre la monitrice et les adolescents. En fonction des caractères et comportements des jeunes ainsi que des chevaux disponibles et de leur caractère, la monitrice a désigné à chacun un cheval, tout d'abord par leur nom, ce qui a valu énormément de plaisanterie entre eux !
N'arrivant pas à exposer les règles de sécurité à respecter aux écuries et au parc à ces adolescents surexcités, la monitrice décida qu'il fallait qu'ils s'en rendent compte par eux-mêmes (tout en assurant, bien sûr, un minimum de sécurité). Le groupe est donc allé chercher les chevaux au parc, accompagné des éducateurs et de la monitrice. Plein de courage et de vanité, ils avaient une façon très particulière d'aborder les chevaux : par derrière, sans les avertir, en criant et courant…Tous ces comportements

ont bien sûr provoqué la fuite des animaux. Trois participants ont essayé de comprendre pourquoi, et ont ainsi ouvert le dialogue avec la monitrice, lui permettant alors d'exposer à des oreilles attentives les règles de sécurité, tout en leur donnant des conseils pour mieux aborder les chevaux. Les deux derniers couraient après les chevaux, sans résultats bien sûr ! Voyant le succès de leurs camarades, ils demandèrent conseils mais ne furent que très peu attentifs aux paroles de la monitrice.
Il fallait ensuite ramener les chevaux dans l'enceinte du centre équestre afin de les préparer, c'est-à-dire d'effectuer les soins, le brossage (toilettage) et les seller. Les chevaux étaient méfiants suite à l'épisode de poursuite au parc. Ils bougeaient beaucoup, miroir même du comportement des adolescents, étaient plutôt intolérants à la moindre erreur de ces derniers. En effet, si les jeunes leur faisaient mal, les surprenaient, faisaient des gestes violents et brusques, ils avaient tendance à baisser leurs oreilles en arrière, taper des sabots, remuer la queue, grincer des dents… en bref, un air très agressif, même pour des personnes ne connaissant pas les comportements des chevaux ! Comme au parc, trois des adolescents se sont interrogés sur ces comportements agressifs des chevaux et ont radicalement changé, de leur propre initiative ou sur conseils, leur comportement à proximité du cheval. Les résultats furent immédiats. Le cheval agressif s'apaisa, se laissa faire tout en indiquant en douceur les limites à ne pas dépasser. Les adolescents ont pu faire alors plus ample connaissance « affective » avec leur monture. Les deux autres adolescents, n'interprétèrent pas du tout le comportement de leur cheval comme identique au leur. Ils s'énervaient encore plus, insultaient leurs chevaux…Pour des mesures de sécurité, la monitrice a du intervenir. L'un compris tout de suite le besoin immédiat de changer son attitude. Le second ne voulu rien entendre puisque de toute façon il « savait tout » !

A la fin de chaque séance, il avait été décidé de préparer le projet de randonnée, de discuter avec les adolescents de ce qu'il leur paraissait essentiel de programmer, d'emmener pour eux et pour les chevaux. Il fallait que les adolescents trouvent et réservent, si nécessaire, des lieux où toute l'équipe pouvait dormir, sans oublier les chevaux ! Pour ces derniers, un enclos fermé est nécessaire, avec une source d'eau accessible. « Faut-il prendre des seaux pour que les chevaux aient de l'eau toute la nuit, y a-t-il un ruisseau traversant l'enclos, un abreuvoir ? L'enclos est-il déjà fermé ? Si oui, en bon état, sans fils barbelés risquant de blesser les chevaux ? Si non, faut-il prévoir des piquets, des fils électriques, une batterie ? Pour le couchage de l'équipe, est-ce dans une auberge, un gîte, au bord d'un étang, à la belle étoile ? Faut-il prévoir des draps, des sacs de couchage ? Comment se laver ? »
Il fallait également prévoir la nourriture à la fois pour les chevaux et l'équipe. Il avait été décidé à l'avance qu'une calèche ferait partie du cortège, elle permettait d'être

totalement indépendant pendant la randonnée. « Que fallait-il prévoir pour les repas, la quantité, les boissons ? » Et pour les chevaux, trouver des sources d'eaux, des fontaines sur le chemin de la randonnée mais également prévoir de la nourriture.
« Quel matériel prévoir pour les chevaux ? Y a-t-il du matériel spécifique pour la randonnée ? Et pour les cavaliers, quels vêtements prévoir ? »
Ce sont autant de questions auxquelles il fallait répondre pour une randonnée réussie. La monitrice les aiguillait leur posait des questions. Ce travail d'échange, où chacun avait la parole sans censure et toujours avec une réflexion pratique pour le bon déroulement de la randonnée, permettait une fois de plus de dialoguer avec les adolescents, de leur faire prendre confiance en eux et de les valoriser. A chaque nouvelle séance, les jeunes devaient exposer leurs points de vue sur les questions de la semaine précédente et réfléchir aux éléments encore non abordés mais nécessaires au bon déroulement de la randonnée.

Lors de cette première séance, il fallu également attribuer aux éducateurs un cheval. Ces derniers devaient pouvoir accompagner le groupe lors de la randonnée. La monitrice leur attribua un cheval en fonction de leur niveau équestre, certains pratiquant déjà l'équitation, et en fonction de leur appréhension. Par la suite, chaque éducateur participa aux séances de manière à faire connaissance avec leur monture et approfondir leur base équestre.

Cette première rencontre se termina en douceur et avec apaisement pour quatre des adolescents. Le dialogue était devenu possible avec eux. Le cinquième adolescent restait malgré tout inaccessible, son comportement ne changea pas jusqu'à la fin de la séance.

Les 3 séances préparations

Les séances suivantes furent consacrées à l'approfondissement des bases équestres. Il s'était installé une sorte de routine : en arrivant, les adolescents et les éducateurs allaient chercher leurs chevaux au parc, d'une manière de plus en plus autonome, puis les brossaient et les sellaient. Il s'en suivait un cours d'équitation d'une durée d'environ 1h à 1h30. Au fur et à mesure des séances, la monitrice augmentait les difficultés et plaçait les adolescents devant des obstacles ou imprévus qu'ils pouvaient rencontrer lors de la randonnée. Les éducateurs participaient également à ces cours.

A partir de la deuxième séance, seuls quatre adolescents poursuivirent le programme : C., V., T. et S.

La veille de la randonnée

La veille de la randonnée, les adolescents passèrent un après-midi entier aux écuries. Ils découvrirent le cocher, la calèche et le cheval qui devaient nous accompagner lors de la randonnée. Le cheval, très imposant, attira tout de suite l'attention des jeunes, qu'ils respectèrent beaucoup plus que leurs chevaux qu'ils connaissaient depuis plus longtemps. Il fallu vérifier le bon fonctionnement de la calèche et la préparer. Il fallait charger l'ensemble des équipements nécessaires au campement (tente, sac de couchage), aux repas (pour les chevaux et l'équipe), aux vêtements (tout en sachant que les ponchos devaient être accessibles immédiatement)… de telle manière à avoir une bonne répartition des charges, et tout fixer pour éviter les pertes. Les adolescents s'en occupèrent, l'objectif était de leur donner une mission organisationnelle. Le chargement s'effectua plutôt correctement, chaque adolescent arrivant à s'exprimer et à proposer son point de vue. Ce chargement réussi fut donc le résultat d'un travail de groupe.

La randonnée

Après la préparation des chevaux, les derniers chargements de la calèche, toute l'équipe, c'est-à-dire les quatre adolescents, les deux éducateurs, la monitrice, le cocher et moi-même, sommes parti du centre équestre pour trois jours de randonnée. Le 1er juillet à 10h, la randonnée commençait.

La première journée, nous avons parcouru 17 km en effectuant une pause pique-nique le midi. Le soir, nous avons mangé et dormi dans un gîte. Les chevaux furent installés dans un parc adapté.

Le deuxième jour, nous avons atteint un étang après 15km de promenade. Comme la veille, un pique nique était prévu. Les capacités organisationnelles de nos adolescents furent mises à rude épreuve. Il était nécessaire de créer un parc pour les chevaux, à l'aide de piquets, de fils électriques et d'une batterie. Il fallait également mettre à leur disposition un point d'eau. Il fallu ensuite monter les tentes pour la nuit, creuser des latrines, aller chercher du bois pour faire du feu, et faire à manger.

La pluie était au rendez-vous pour la troisième journée. Debout de bonne heure pour parcourir les 31km reliant le campement aux écuries, la journée fut longue. Arrivés à 17h, il fallu encore nous occuper des chevaux, ranger et nettoyer l'ensemble du matériel.

Ainsi se terminait le projet équitation. Une dernière petite réunion, autour d'un chocolat chaud pour se réchauffer, permit de faire le point sur les objectifs initiaux, les évolutions des adolescents. Les quatre participants vécurent les derniers instants aux écuries d'une manière différente. Deux d'entre eux étaient nostalgiques, passèrent du temps avec leurs chevaux, à les bichonner, à leur parler. Tous nous remercièrent pour cette randonnée.

c. Evaluation

Je vais maintenant essayer d'exposer les comportements de chaque adolescent dans diverses situations. Pour cela, j'ai discuté longuement avec les éducateurs et la monitrice des comportements des adolescents et de leur évolution au cours des séances. Ceci est une analyse personnelle et n'ira en aucun cas aussi loin dans la réflexion qu'une analyse d'un professionnel. Ce sont mes ressentis, mes questionnements.

C.

C. est un jeune homme « idolâtré » par sa famille. Dès sa première rencontre, nous avions perçu un jeune homme très sûr de lui, « arrogant », n'écoutant que très peu les conseils et consignes donnés. Le premier jour, chaque activité autour du cheval fut un échec pour lui : échec de l'approche des chevaux au parc, échec de la préparation du cheval, énervement des chevaux qu'il approchait…En aucun cas il ne se posait des questions sur ses attitudes et échecs. Voyant ses camarades réussir, il s'énervait encore plus. Par mesure de sécurité, la monitrice lui donnait des conseils, mais C. ne les mettait pas en application…Sa phrase fétiche était « oui je sais, mais il/elle… ». Ce n'était jamais de sa faute.
Malheureusement ce comportement ne changea pas. Le cheval qui lui avait été attribué était un cheval vif, réagissant très vite à la moindre stimulation… Nous pensions que ce cheval, par son comportement de miroir flagrant, ferait prendre conscience à C. de son tempérament surexcité et non gérable en situation de surprise. « C'est tout juste si C. ne prenait pas son cheval pour une mobylette », ne lui accordait que très peu d'attention et de soins. Malgré toutes les consignes, tous les ordres qui lui étaient donnés, C. n'en faisait qu'à sa tête. Il n'y eu heureusement qu'un seul incident : lors de la randonnée, son cheval, probablement par agacement, a réagi très violemment à un comportement inutilement agressif de C. envers lui. Le résultat fut sans appel : C. se retrouva les fesses à terre. Il en fut surpris et commença à s'interroger sur le comportement du cheval. Il écouta attentivement, pour la première fois, les explications et conseils de la monitrice. Sa remise en question fut immédiate, son

comportement envers son cheval et nous-mêmes changea rapidement. Il étonna alors ses éducateurs, c'était la première fois que cela arrivait. Ce changement ne dura toutefois que très peu de temps. Il recommença très rapidement à n'en faire qu'à sa tête mais restait malgré tout plus attentif aux réactions du cheval et respectait les limites données par celui-ci.

On ne peut parler d'une réinsertion réussie pour C. Son travail scolaire n'a pas évolué, son comportement envers ses camarades et professeurs ne s'est pas amélioré. Le changement de comportement de quelques minutes après sa chute peut laisser prédire qu'un projet de ce type mais de plus longue durée aurait été plus bénéfique pour ce jeune homme. Il fut violemment confronté à la réalité de ses comportements et gestes à la suite de sa chute. Est-ce que le cheval aurait pu lui faire prendre conscience de la nécessité de respecter des règles pour la sécurité de tous, de la nécessité de respecter les autres êtres vivants ?

V.

V. est un adolescent paraissant sûr de lui mais paniquant à la moindre nouvelle expérience par peur d'échec. D'un physique imposant, il s'énerve et devient très vite agressif dès que les consignes sont d'un autre ordre que celles qu'il avait en tête. Il discute facilement avec les éducateurs et la monitrice tant qu'il n'est pas contredit dans ses pensées ou actions.
Lors de ce projet, V. a rencontré des chevaux pour la première fois. Il était très méfiant envers eux. La monitrice lui confia un cheval plutôt calme. L'abord des chevaux au parc s'est bien déroulé. Lorsqu'il fallut brosser le cheval et le préparer, la méfiance de V. se transforma en peur. Le cheval ne pouvait bouger une oreille, chasser une mouche sans son autorisation préalable. Sa peur évolua rapidement en colère. Le cheval, par effet miroir, commença à montrer des signes d'énervement. V. se posa immédiatement des questions sur ce comportement naissant du cheval. Grâce à la présence et aux conseils de la monitrice, il se détendit. Il resta, malgré les conseils, très peu tolérant aux écarts de conduite du cheval. Lors des séances à cheval, les mêmes phénomènes se déroulaient. Il comprenait ce miroir du cheval à son comportement mais n'arrivait pas à maitriser cette peur. Au fil des séances, il s'apaisa et maitrisa à merveille sa monture. L'affinité liant les deux individus grandit.

Ce projet permis à V. l'apprentissage de la tolérance et du respect. Il a également appris à gérer ses émotions, ses accès agressifs ont nettement diminué en fréquence et en durée. D'un point de vue communication, il est possible maintenant de mener une conversation avec V. sans incident. Depuis ce projet, V. est plus attentif en classe et a amélioré ses résultats scolaires. Ce projet équitation aura donc été très bénéfique à V.

S.

S. est un jeune adolescent manquant énormément de confiance en lui, plutôt timide, ayant du mal à entrer en communication avec des adultes, il fuyait toutes situations le mettant seul face à un adulte ainsi que les situations où il devait s'exprimer devant plusieurs personnes. La découverte du cheval fut extrêmement positive pour lui au niveau de la communication. Il fut très attentif aux réactions de son cheval, comme s'il essayait de le comprendre. Le premier pas pour demander de l'aide à la monitrice fut long, il n'osait pas. Petit à petit, en décryptant avec cette dernière les mouvements et comportements de son cheval, il prit confiance en lui, prit des initiatives. Par la suite, il n'hésita plus à demander de l'aide lorsque la situation lui paraissait trop compliquée.
S. apprit également à s'affirmer. Lors des premières séances de discussion sur la préparation de la randonnée, il n'osait pas s'exprimer. Lors de la dernière séance, il réussit à exposer ses idées et points de vue, sans avoir peur d'être jugé.

Le projet équitation fut bénéfique pour S. surtout sur le plan de la communication. Ses résultats scolaires évoluèrent peu, par contre, son comportement en classe s'est amélioré. Il est plus respectueux envers les autres. La communication, impossible avec sa famille depuis quelques années, est redevenue possible, au plus grand bonheur de tous. S. portait énormément d'attention à son cheval, essayait de comprendre, s'énervait rarement. Je pense que pour lui, il aurait été extrêmement intéressant de continuer l'équitation en dehors de ce projet, dans un centre équestre, en reprise avec des adolescents « normaux ». Cela aurait permis d'accroître cette confiance en soi naissante, de lui donner des objectifs par le passage des galops fédéraux.

T.

T. est un adolescent agréable, souriant mais très influençable. Il comprenait parfaitement les consignes de sécurité mais ne les appliquait pas, se laissant influencer par les comportements de C.. T. a été un des élèves courant après les chevaux au parc, gesticulant sans cesse à côté de son cheval. Il respectait malgré tout les limites imposées par la monitrice. Il était capable du pire comme du meilleur. Lorsqu'il était attentif aux émotions, aux mouvements de son cheval, il était capable de maîtriser sa monture à merveille. Lors de la troisième séance, T. était très excité, peu attentif à son cheval. Celui-ci lui fit comprendre son mécontentement, en essayant de le mettre à terre. T. fut extrêmement surpris de la situation et eut une bonne frayeur. Cette situation lui permis de comprendre l'intérêt d'une bonne communication et harmonie avec son cheval, la nécessité du respect entre individus. Par la suite, son comportement à cheval fut irréprochable.

Les résultats et le comportement scolaire de T. se sont améliorés. Les professeurs ont remarqué une nette diminution de l'influence de ses camarades sur lui-même. Ce projet a apporté à T. des limites qu'il connaissait mais franchissait facilement.

d. Bilan du projet équitation

Pour les éducateurs et les professeurs, l'impact de ce projet équitation fut favorable notamment dans l'amélioration des comportements. Un projet plus long aurait probablement eu un impact encore plus positif sur ces adolescents : les changements de comportement auraient été acquis à long terme, les résultats scolaires seraient en nette augmentation. Il s'agit bien sûr de spéculations, mais, il est vrai qu'à la vue des résultats obtenus à la suite de ce projet, des études et documentations disponibles, on peut imaginer des résultats extrêmement positifs.

Pour moi, cette expérience a été enrichissante d'un point de vue humain. J'ai pris conscience des difficultés que rencontraient certains jeunes aujourd'hui : leurs problèmes familiaux, leurs problèmes scolaires, leurs problèmes d'insertion. Pour moi, novice en analyse des comportements humains, mais depuis 20 ans au contact des chevaux, cette expérience fut fabuleuse, je voyais d'un œil extérieur ce miroir du comportement, plus ou moins intense en fonction du caractère du cheval. Sans oublier, ce caractère non jugeant, n'ayant aucun apriori, mais réussissant à imposer ses limites. Ces dernières n'étant pas dictées par le moniteur, le contact avec les adolescents n'est pas fondé sur une opposition, il apparait neutre, tolérant, synonyme de sécurité et non d'autorité. Peu à peu, le comportement des adolescents avec le moniteur s'étend à la vie quotidienne : à leurs parents, aux professeurs… Les reprises en groupe apprennent ou rappellent à ces adolescents une indispensable tolérance, une adaptabilité nécessaire aux impératifs de la socialisation. Chaque couple cheval-cavalier doit s'harmoniser par des ajustements continuels avec les autres. Comme précédemment, ces éléments vont peu à peu s'appliquer à la vraie vie. On ne pourrait terminer cette partie sans parler de confiance en soi, de valorisation. Ces adolescents, bien souvent victimes de carence affective, de conditions de vie précaire, d'absences de règles de vie dans le milieu familial, n'ont pas confiance en eux. Des troubles de la conduite et du comportement, caractérisés par un manque de contrôle des émotions, des conduites abandonniques… peuvent cacher ce manque de confiance en soi. La valorisation avec le cheval s'appuie à la fois sur les qualités du cheval dont le cavalier est fier, mais aussi sur ses propres qualités pour tenir sur le cheval et le conduire. Ainsi les résultats obtenus, quelque soit le niveau, contribuent à assurer la confiance en soi et à la consolider. Cette valorisation s'accompagne de l'approfondissement de la connaissance de soi-même, de son comportement, de ses réactions.

Conclusion

Ainsi se termine l'aperçu des pathologies pouvant être prises en charge par la thérapie avec le cheval. Je dis bien un aperçu car il existe un nombre indéterminé de pathologies ou symptômes pouvant être pris en charge par cette thérapie innovante. Les documents disponibles sur le sujet aujourd'hui ne mentionnent que les pathologies pour lesquels la thérapie avec le cheval est depuis longtemps utilisée dans le projet thérapeutique. De plus en plus de livres et de sites internet dévoilent de nouvelles indications avec leurs résultats. Ce sont cependant des expériences personnelles, qu'il serait bon de regrouper, d'analyser de manière à tirer des conclusions et à pouvoir proposer cette thérapie au plus grand nombre.

Les nombreux aspects positifs du cheval, allant de son effet sur le squelette du cavalier au comportement miroir, permettent la prise en charge de troubles physiques, mentaux, de jeunes en difficultés psychosociales. Les expériences utilisant le cheval dans le cadre d'un soin psychologique sont nombreuses et variées. Certaines indications sont assez courantes, comme les troubles envahissants du développement, d'autres sont moins habituelles comme la dépression. Chacune de ces expériences est spécifique et dépend essentiellement des soignants qui encadrent l'activité. Ainsi, des programmes de thérapie avec le cheval naissent dans les domaines de l'alcoologie, des toxicomanies, pour des enfants victimes de sévices sexuels, d'anorexie mentale…

La thérapie avec le cheval permet l'amélioration des symptômes observés chez les patients. Cela peut être l'amélioration de la mobilité et de la coordination motrice chez un infirme moteur cérébral, la diminution des angoisses d'une personne névrotique, l'amélioration des résultats scolaires d'un jeune adolescent en difficultés psychosociales. Cependant, on ne peut parler de thérapie avec le cheval sans évoquer le plaisir, la sensation de bien être, de confiance en soi. Bien que la thérapie équestre ne guérisse jamais la pathologie sous-jacente, elle peut favoriser de nouveaux comportements avec un impact direct sur la qualité de vie. Il est incontestable que l'apport psychologique amené par la pratique de cette activité constitue une part non négligeable de bénéfices thérapeutiques.

Partie 3

La thérapie avec le cheval en pratique

Après avoir exposé les différents intérêts du cheval, leurs applications possibles et les pathologies pouvant être prises en charge, voyons maintenant les modalités pratiques. La description de ces modalités permet la visualisation d'une séance d'équitation thérapeutique, mais pas seulement. Cette description permet de mettre en évidence la nécessité d'adapter les séances à la nature des handicaps afin que la séance se déroule en toute sécurité et la nécessité de respecter les contre-indications. Le matériel devra également être adapté pour que les participants puissent profiter pleinement du contact avec l'animal et de la monte à cheval. Il sera bien sûr plus facile à un cavalier de structurer une séance.

1. Les contre-indications

« Afin de respecter le maître mot du thérapeute « *Primum, non nocere* : avant tout, ne pas nuire », il est nécessaire de tenir compte des contre-indications inhérentes à certains handicaps avant de proposer et d'effectuer la thérapie avec le cheval ». (7) De plus, un certain nombre de précautions sont absolument nécessaires pour le bon déroulement de la séance et la sécurité du patient, de l'équipe accompagnante et du cheval.

Un examen médical préalable permet de faire un bilan complet afin de déterminer l'aptitude au sport. Il a pour but de dépister une éventuelle contre-indication puis de suivre les progrès (7).

Les contre-indications relèvent pour la plupart du bon sens et doivent être fixées au cas par cas. En thérapie avec le cheval, l'équipement est particulier et adapté au handicap, les accompagnants sont nombreux et disponibles. « Il paraît évident que si l'activité proposée est une leçon d'équitation classique avec peu d'aménagements pratiques, les contre-indications seraient bien plus nombreuses » (27).

1. Les contre-indications physiques

a. Contre-indications générales (6)

« Les enfants âgés de moins de deux ans ne peuvent pas participer à des sessions de thérapie avec le cheval car leur développement structurel et neurologique est insuffisant. Il en est de même pour les patients présentant une anxiété sévère, une fatigue anormale ou une conduite gravement perturbée ».

« Dans tous les cas, si les séances de thérapie avec le cheval entraînent chez le patient une souffrance ou une amplification des symptômes, elles devront être arrêtées. De plus, s'il existe des risques d'accidents pour le patient ou n'importe quel membre de l'équipe, cette activité n'a pas lieu d'être ».

b. Contre-indications médicales (6) (7) (27) (25)

Les contre-indications médicales regroupent :

- « toutes les affections aigües (arthrite aigue, affections respiratoires jusqu'à guérison)
- les affections chroniques en phase évolutive (la sclérose en plaque en périodes de poussées inflammatoires),
- les plaies ouvertes sur les surfaces portantes,
- les allergies sévères,
- une intervention chirurgicale récente ».

Les patients suivant des programmes de thérapie avec le cheval ont la plupart du temps un traitement médical. Il est indispensable que l'équipe médicale présente soit au courant des médicaments utilisés, certains d'entre eux pouvant avoir des effets secondaires. On peut prendre l'exemple des neuroleptiques phénothiaziniques, des tétracyclines et des quinolones antibiotiques qui, suite à l'exposition solaire, provoquent une photodermatose. Lors d'exposition au soleil, les patients doivent porter des vêtements couvrants et appliquer de l'écran total sur les zones découvertes.

c. Contre-indications neurologiques et musculaires

Dans un contexte neurologique, il est indispensable d'évaluer la sévérité des symptômes.

Les patients atteints d'affections médullaires, entrainant une disparition totale de la sensibilité des membres inférieurs et du siège, doivent être mis à cheval avec précautions. Au pas les mouvements du cheval transmis au cavalier réalisent un massage au niveau de la région fessière, active la microcirculation cutanée et évite ainsi les escarres (7) (25). Mais ce n'est vrai que pour des séances de courte durée, de 20 à 30 minutes. Au-delà, le risque d'escarre est important : l'absence de sensibilité empêche, en cas de douleur, les mouvements réflexes de changement de position ; les tissus sont écrasés, privés de toute circulation. On veillera donc à effectuer des séances de courte durée, et à reporter les séances sur le cheval si des érythèmes sont présents au niveau des zones d'appuis (7).

La tonicité du tronc et le port de tête doivent également être soigneusement évalués. La thérapie avec le cheval est contre-indiquée chez les patients n'ayant pas de port de tête. Quant à la tonicité du tronc, le thérapeute peut s'asseoir derrière le patient. Cela fournit un support pour le tronc et le bassin du patient. Plusieurs cas de figures se présentent : dans le cadre de thérapie avec le cheval, ayant pour but de solliciter chez le patient des réponses posturales automatiques, le soutien diminue les bénéfices attendus. Lors d'hippothérapie, l'objectif thérapeutique est le plaisir et le mieux être. Même s'ils sont obtenus passivement par un soutien, le fait de « porter simplement une personne » devient une action volontaire et positive (6) (17).

d. Contre-indications orthopédiques (6) (7) (23) (25)

Les contre-indications orthopédiques regroupent :

- « les hernies discales en phase aiguë,
- les maladies ostéoarticulaires évolutives (maladie de Scheuermann, épiphysite vertébrale)
- l'ostéoporose sévère,
- la scoliose structurelle supérieure à 30°,
- la fracture récente ».

« Les prothèses totales de hanche et de genou ne semblent pas être des contre-indications. S'il existe un risque de descellement lors de chute, les activités équestres seront à proscrire ».

e. Les fausses contre-indications et idées reçues

L'épilepsie

La thérapie avec le cheval apporte un mieux être aux enfants épileptiques. Elle permet de travailler leur concentration et leur adaptation à l'environnement (17).

« Beaucoup d'auteurs non concernés par l'équitation contre-indiquent l'équitation en cas d'épilepsie, considérant uniquement le risque de chute et par conséquent de traumatisme crânien. Cependant bien des spécialistes s'accordent actuellement pour penser que l'épilepsie ne doit plus être considérée comme une maladie dangereuse et aggravée par le sport ». La fréquence des accidents qui surviennent chez les enfants épileptiques n'est pas plus grande que celle qui survient chez des enfants non épileptiques (27).

D'autre part contre-indiquer l'équitation chez un enfant épileptique ne fera qu'aggraver le traumatisme psychologique de la maladie et la sensation de rejet alors qu'une activité aimée semble être un « rempart contre la crise ». Les crises se produisent d'ailleurs moins souvent pendant les périodes d'activité et une pratique sportive serait protectrice vis-à-vis des crises (7) (27). Par précautions, l'équipe soignante pourra emporter au centre équestre une trousse d'urgence ainsi que des prescriptions indiquant les démarches à suivre en cas de crises (17).

Le diabète (27)

L'exercice physique est considéré comme thérapeutique. L'équitation sera donc autorisée avec une éventuelle augmentation de la ration glucidique.

L'asthme (27)

Les asthmatiques pourront également profiter de l'équitation avec généralement un retentissement positif sur leur capacité respiratoire et un bon effet psychologique.

La grossesse (27)

L'activité sportive n'est pas contre-indiquée pendant le premier trimestre de la grossesse si celle-ci est « normale ». Par contre on considère l'activité sportive non souhaitable pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse. Toutefois

le risque de la pratique équestre réside dans les traumatismes par chute et il n'est pas licite d'interdire ce sport catégoriquement.

L'équitation, s'adressant aux femmes en bonne santé et bonnes cavalières, peut être pratiquée jusqu'au sixième mois en respectant des règles de sécurité supplémentaires (bonne connaissance de la pratique équestre, cheval bien dressé, éviter le saut d'obstacle). Cette notion est donc rassurante mais ne s'applique pas à l'équitation thérapeutique qui concerne des cavalières débutantes. En post-partum, il est recommandé d'attendre quatre à six semaines avant de reprendre l'équitation.

Les lombalgies (27)

Concernant les lombalgies, il existe un paradoxe. « Même si la fréquence des lombalgies peut avoir un rapport avec la durée d'une pratique équestre quotidienne, il n'est pas rare de noter chez le cavalier amateur une aggravation de lombalgies préexistantes lorsqu'il arrête de monter à cheval pendant une période de quelques jours à quelques semaines. La reprise de l'équitation va alors se traduire par une amélioration des lombalgies ».

Certes, une pratique excessive peut aggraver des pathologies sous-jacentes et nécessite une consultation médicale. En revanche, l'équitation peut apporter au cavalier un mieux être grâce à l'excellente tonification des muscles paravertébraux qu'elle induit, à condition que le geste et la posture soient bien enseignés. En fait, ce sont souvent les à-côtés de l'équitation (porter des barres d'obstacle, nettoyer les box) qui se révèlent être particulièrement traumatisants pour le dos du cavalier.

2. Les contre-indications psychiatriques (6) (7) (27)

« En ce qui concerne les maladies mentales, la question des indications et contre-indications est complexe et on doit y répondre au cas par cas en fonction de l'expérience des thérapeutes ».
Là aussi une phase aiguë d'une pathologie représente une contre indication à une activité le plus souvent pratiquée en groupe et dans un cadre qui, s'il est inconnu, sera alors trop peu sécurisant.
Pour les sujets présentant de graves troubles psychiatriques ou du comportement, le choix de la thérapie avec le cheval sera laissé à l'appréciation de l'équipe soignante et sportive.

2. Les risques traumatiques

Ces risques ont surtout été étudiés pour des cavaliers valides pratiquant une équitation sportive ou même de compétition. Ces pratiques représentent plus de risques que l'équitation thérapeutique où les prises de risques sont évitées par une adaptation de la pratique, du matériel et de l'encadrement. « Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude des risques ou des accidents en équitation thérapeutique c'est pourquoi ce sont ceux qui surviennent lors d'une pratique sportive non thérapeutique qui vont nous servir de référence » (27).

L'accident en équitation est défini comme un traumatisme portant atteinte au cavalier ou au couple cavalier-cheval. Ces accidents peuvent être bénins, ce qui est le plus fréquent, et passent alors inaperçus, ou au contraire être graves voire mortels. Les accidents sont plus fréquents à l'extérieur qu'au manège mais aussi lorsque l'allure est plus vive. La femme est plus souvent atteinte que l'homme, l'équitation étant un sport majoritairement pratiqué par les femmes (116).

L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) a rédigé un rapport sur « L'épidémiologie des traumatismes accidentels en équitation », à partir de publications collectées par consultation de base de données bibliographiques, de 1997 à 2009. Voici les résultats.

Les taux d'incidence liés aux accidents d'équitation sont principalement exprimés en population générale pour 100 000 personnes. Rares sont les études exprimant les taux d'incidence en fonction de la population exposée au risque (les cavaliers, les licenciés, les pratiquants) ou de la durée d'exposition (exprimée en nombre d'heures). La part des personnes admises en hospitalisation parmi les accidentés en équitation est de 17 % en France (116).

Les taux de mortalité liés aux accidents d'équitation ne sont pas disponibles en France. Prenons l'exemple de l'Australie, le nombre de licenciés est plus faible qu'en France, mais rapporté à la population générale, la fréquence de la pratique équestre est presque identique soit environ 1% de la population. Le taux de mortalité en Australie est de 17 pour 10 000 000 personnes. Tout comme les taux d'incidence, peu d'études expriment les taux de mortalité rapportés à la population exposée aux risques (116).

Il existe plusieurs types de mécanismes pouvant entraîner un traumatisme chez un cavalier : « tomber du cheval, être écrasé par le cheval, prendre un coup de sabot, être heurté par un objet (branche, arbre…) pendant l'activité, rester coincé à l'étrier, se prendre un coup de tête du cheval, se faire marcher dessus par le cheval, se faire mordre » (116).

Les lésions les plus fréquentes sont des lésions musculosquelettiques, principalement des fractures, des luxations et des entorses (54 %). La partie la plus fréquemment lésée est le bras (28 % des lésions) à type de fractures et luxations, suivi des lésions au niveau des jambes (15 %). Les traumatismes crâniens provoquent les lésions les plus graves, notamment des lésions neurologiques avec atteintes intracrâniennes et sont responsables de la plupart des décès (72-78 %) et des séquelles (116). Les lésions des organes internes sont rares mais graves et représentent la deuxième cause des accidents mortels en équitation. Elles surviennent souvent en cas de chute cheval-cavalier, le cavalier restant bloqué sous le cheval (27).

Le rapport se conclut ainsi : « L'équitation apparaît comme un sport dangereux et certaines études ont montré que ce sport était plus dangereux que la moto ou les courses automobiles. En effet, la tête du cavalier se trouve à une hauteur d'environ trois mètres au-dessus du sol, l'animal pèse environ 500 kg et peut atteindre une vitesse de 65-75 km/h. Chez les enfants, un quart des décès en sport serait causé par l'équitation. La gravité des traumatismes liés à la pratique de l'équitation plaçait cette activité au 2e rang des activités entraînant des lésions graves, après les collisions entre piétons et voitures » (116).

Cependant ces études se rapportent à la pratique de l'équitation, aussi bien pour les amateurs que pour les professionnels. L'analyse des causes et des mécanismes des accidents permet de signaler que le risque est d'autant moindre que l'instruction est progressive, adaptée à l'âge et aux capacités physiques du cavalier. Ces précautions font partie des notions princeps de l'équitation thérapeutique.

3. L'encadrement humain

La thérapie avec le cheval apparait comme une méthode originale par les moyens qu'elle propose mais qui doit s'intégrer dans un programme thérapeutique global. Lorsque les patients vivent en institution ou se rendent régulièrement dans un institut spécialisé, ils sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. Chaque patient, en fonction de ses difficultés motrices, psychiques ou relationnelles, suit un projet thérapeutique dans lequel est recensé l'ensemble des objectifs à atteindre. L'équipe, composée de professionnels médicaux et paramédicaux, de spécialités diverses, travaille ensemble pour arriver à ces objectifs. Proposer la thérapie avec le cheval au patient est une décision collective, qui doit contribuer à l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

Lors des séances, deux types d'encadrant vont être présents pour la prise en charge des personnes handicapées. Le moniteur d'équitation sera responsable de l'encadrement sportif, l'équipe soignante sera responsable des patients et veillera à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Dans quelques cas bien spécifiques, le moniteur d'équitation n'intervient pas dans le déroulement de la séance.

1. L'encadrement sportif (17)

L'encadrement comprend un moniteur d'équitation. Ce moniteur doit être intéressé par la thérapie avec le cheval, et doit être formé à l'accueil et à l'encadrement de personnes handicapées. En effet, la prise en charge et les méthodes utilisées traditionnellement pour l'apprentissage de l'art équestre sont radicalement différentes de celles utilisées pour cette thérapie. Par exemple, les séances ne sont pas programmées à l'avance, le moniteur ne peut prévoir l'exécution de tels ou tels exercices. Il peut seulement prévoir le « thème » de la séance : travail à pied, à cheval, à l'extérieur…

Le moniteur dirige la séance d'équitation, s'assure de la fiabilité, du caractère et du bon état du cheval. Cependant, une parfaite collaboration doit exister entre les personnes du centre équestre et les soignants. Ces soignants connaissent parfaitement leurs patients et sont porteurs et garants du projet thérapeutique. Il doit donc exister un dialogue entre le moniteur et les soignants avant et après la reprise, de telle sorte à assurer la meilleure prise en charge possible pour les patients. Le moniteur propose des activités, l'équipe soignante les accepte ou non en fonction de chaque personne, de leurs difficultés physiques, psychiques ou relationnelles, et des objectifs à atteindre.

2. L'encadrement soignant

L'encadrement soignant de l'activité est, le plus souvent, constitué des personnes travaillant dans l'institution dont est issu le groupe pris en charge. La composition de cette équipe varie en fonction du type de handicap et des disponibilités du personnel de l'institution (17).
Par exemple, s'il s'agit d'un centre de rééducation fonctionnelle pour handicapés moteurs, l'équipe soignante pourra être composée de : médecins de rééducation fonctionnelle, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmiers, ergothérapeutes. S'il s'agit d'une institution de soins pour personnes atteintes de handicap mental, l'équipe sera composée de : psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs spécialisés, infirmiers (7).

La mise en place de tel projet au sein d'une équipe médicale était jusqu'à présent à l'initiative d'un personnel médical passionné d'équitation. De plus en plus, ces projets sont initiés par un personnel « saturant » des thérapies traditionnelles ou ayant entendu parler de cette thérapie innovante et de ses résultats (17). Cependant, afin de pouvoir utiliser toute la richesse du médiateur qu'est le cheval, il paraît important que les accompagnants connaissent les chevaux et soient eux-mêmes cavaliers ou comme on dit souvent «hommes de cheval » (27).

3. Cas exceptionnel de l'absence de moniteur (17)

Mme Rapenne, psychologue clinicienne, possède ses niveaux 1, 2 et 3 Handicheval (anciennes dénominations des diplômes d'équicien 1er et 2ème degrés) et a suivi une formation initiale de moniteur d'équitation.

Mme Rapenne est indépendante dans la réalisation et l'exécution de ses séances de thérapie avec le cheval. Ses diplômes lui permettent en effet d'appréhender à la fois la partie technique, liée à l'utilisation et à la bonne compréhension du cheval, et la partie pratique dépendante des difficultés de ses patients et des objectifs thérapeutiques à atteindre. Elle sera accompagnée lors des séances d'une équipe soignante issue du Centre Psychothérapique de Nancy. Une fois par semaine, elle travaille en binôme avec Philippe Boichot, psychomotricien. Un moniteur d'équitation se trouvera malgré tout dans l'enceinte du centre équestre pour pouvoir être présent lors d'un incident.

Connaissant parfaitement les jeunes patients, cette totale indépendance lui permet de travailler sur des sujets spécifiques, bien souvent par l'intermédiaire de jeux inventés, adaptés aux difficultés des enfants et des objectifs à atteindre. Son statut de psychologue clinicienne lui permet également d'interpréter les regards, les émotions, les gestes des patients, notamment par l'aide du cheval qui, comme on le sait maintenant, est le « miroir du comportement » de son cavalier.

Dans d'autres services du CPN Laxou, service n'ayant pas de professionnels formés spécifiquement à la thérapie avec le cheval, ce sont des moniteurs d'équitation qui organisent les séances, en présence du personnel de l'hôpital.

Lorsqu'une personne handicapée est prise en charge dans une institution, la thérapie avec le cheval fera donc partie intégrante du projet thérapeutique du patient, avec notamment des objectifs à atteindre, et sera toujours en association avec d'autres méthodes.

Lorsque la thérapie avec le cheval est proposée en dehors de tout contexte pathologique à proprement parlé, lorsque la démarche est personnelle, ce sont les centres équestres qui accueillent directement les patients. Il est préférable que le personnel de ce centre équestre soit formé à l'accueil de personnes en difficultés de manière à mieux appréhender les risques et à mieux les prévenir. L'objectif de telle séance sera surtout la recherche du plaisir, ainsi que la revalorisation. Généralement, ces séances n'appartiennent pas à une prise en charge globale du patient mais à une prise en charge sporadique de manière à régler un problème temporaire ou récurent (17).
Certains patients, ou parents de patients, ont pu constater les véritables bienfaits de la thérapie avec le cheval proposée en institution. Certains demandent à poursuivre l'activité en dehors de l'institution, en utilisant les allocations fournies pour les soins et bien être de l'enfant, ou sur leurs fonds propres (17).

4. Le centre équestre

Deux cas de figure se présentent (7) :

- soit l'institution possède des chevaux et les installations en conséquence,
- soit l'institution se déplace dans un centre équestre pour ses activités.

Chaque cas présente ses avantages. « L'institution ayant introduit les chevaux pourra mettre en place une familiarisation plus progressive et une approche plus complète de l'animal (soins, nourriture…). L'activité sera ouverte à un plus grand nombre de personnes en difficulté. L'institution qui accompagne un groupe dans un centre équestre donne une autre dimension à cette activité, dans un lieu extérieur à l'institution, démédicalisé et ouvert à tous » (7).

« La thérapie avec le cheval se pratique le plus souvent dans un centre équestre ouvert à tous. 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 » (27).

Les impératifs sont là encore une question de bon sens. « Le centre équestre doit tout d'abord disposer de locaux adaptés. Les chevaux seront à l'écurie, ou pourront être rentrés, afin que les soins aux chevaux puissent être prodigués de façon confortable (à l'abri de la pluie). Ces locaux doivent être clos afin de donner un cadre rassurant. Il s'agira bien sûr d'une écurie où l'on puisse avoir un emplacement où attacher confortablement un cheval pour accompagner une première approche puis les soins de pansage ».
Un manège est un lieu idéal pour débuter la monte à cheval et pour servir de cadre à l'activité thérapeutique. Il est hors de question de sortir en promenade d'emblée, de même une carrière est souvent moins au calme. « On préférera un petit manège où l'encadrement reste proche des cavaliers. Si le manège est trop grand, on matérialise une séparation afin de réduire l'espace et de l'adapter au groupe pris en charge. On utilise du matériel qui facilite l'orientation spatiale. Ce sont des lettres de l'alphabet placées sur les parois ou des plots à contourner, des paniers pour y jeter des ballons ou encore des barres à enjamber, à suivre ou à sauter un peu plus tard ». Des sorties en dehors du manège sont parfois envisagées. Soit il s'agit de promenades où le cheval est tenu en main au pas, soit il s'agit de sorties dans un cadre naturel quand les cavaliers ont acquis une maîtrise suffisante de la monture. Cela peut aussi représenter un but, un objectif à atteindre, par exemple après quelques mois de progrès (7) (25) (27).

5. La cavalerie

Reste maintenant à sélectionner d'autres membres importants de l'équipe : les chevaux. Les centres équestres possèdent en général des chevaux ayant les critères nécessaires pour participer à la thérapie avec le cheval. Le cheval « type » sera un cheval dit d' « initiation ».

Le caractère de l'animal est primordial car il conditionne la mise en confiance et la sécurité du pratiquant (27). Le cheval doit avoir un bon caractère c'est à dire être calme, attentif et obéissant aussi bien aux injonctions de la voix qu'aux impulsions physiques (7) (27). « Un animal inquiet, émotif ou chatouilleux sera inutilisable » (7). « Le cheval doit être sensible aux ordres de son cavalier, qui seront peu précis, il ne doit pas réagir brutalement à la moindre maladresse, à un mouvement parasite, à l'incoordination des aides. Par contre, un cheval trop calme, ne réagissant pas bien aux ordres, ne serait pas gratifiant pour le cavalier si l'imperfection de ses gestes ne lui permet pas d'obtenir la réponse désirée » (25). « Ils doivent accepter de porter les enfants handicapés, qui, même s'ils sont légers, représentent des « poids morts » du fait de leur complète dépendance. Ce poids est, de plus, souvent mal réparti chez les patients présentant une spasticité ou un déficit de tonus » (6).

Le modèle de l'animal conditionne le confort du pratiquant. Le cheval de thérapie n'a pas de caractéristiques précises sur le plan physique. « On préférera un poney type D (141-149cm) ou un petit cheval : il secoue moins et parait plus confortable, sa domination physique est plus aisée donc sécurisante » (7). Cependant, le choix du cheval doit prendre en compte le patient et ses problèmes. Ainsi, par exemple, pour un sujet présentant une spasticité importante des muscles adducteurs des cuisses, il y aura avantage de ne pas utiliser un cheval trop large, augmentant la difficulté lors de la mise en selle, l'abduction des cuisses ne s'obtenant que progressivement au cours de la séance (25).

La conformation de l'animal est surtout importante pour le bon mouvement et balancement du cheval (27). Le cheval doit être allant, c'est-à-dire ayant naturellement un bon pas, sans nécessiter de stimulation permanente, souvent difficile à obtenir chez ces cavaliers. Les variations dans les allures, les changements de direction doivent être francs mais souples, sans brusquerie (25).

Le cheval doit cependant avant tout avoir de l'expérience, il doit être bien dressé, connaître et obéir au moniteur ou au thérapeute (27).

Le cheval apparait donc comme un acteur à part entière sur lequel le thérapeute doit pouvoir compter. Il doit pouvoir lui faire confiance, et réciproquement, le cheval le connait. C'est une véritable complicité qui s'instaure (25).

6. Les besoins matériels

1. Le matériel de pansage (7)

Le matériel de pansage sera placé dans un sac, dans une boite ou dans un seau, en fonction de la capacité et de la facilité d'usage des cavaliers.

En ce qui concerne les brosses, les difficultés de préhension nécessitent des ajustements : un manche peut être adapté sur la brosse pour faciliter la préhension et l'usage. Si la brosse tombe, une dragonne peut être adaptée. L'usage d'un gant de pansage peut être nécessaire, même si l'efficacité est moindre.

Figure 22 : Brosses avec dragonne (132)

Figure 21 : Gants de pansage (132)

L'utilisation d'un cure-pied, pour nettoyer les pieds du cheval, peut paraître inopportun voire dangereux avec certaines personnes. « En fait, il n'en est rien. L'opération peut très bien être réalisée en couple, l'un prenant le pied de l'animal, l'autre curant. Prendre les pieds est un événement important dans l'activité. Cet acte concrétise la confiance et la peur dominée : il valorise son auteur ».

2. Le matériel du cheval

Figure 23 : Surfaix (132)

Certaines personnes handicapées bénéficieront d'une monte sans selle, simplement avec un tapis maintenu par un surfaix. Ce surfaix possède des poignées permettant une tenue avec les mains particulièrement rassurante. Sans étriers, les jambes restent ballantes (25). Ce contact quasi-direct avec l'animal, avec sa chaleur, permet que ses mouvements soient mieux perçus, mieux transmis au cavalier. C'est le point de départ de sensations physiques et rythmiques servant de base au travail thérapeutique (7).

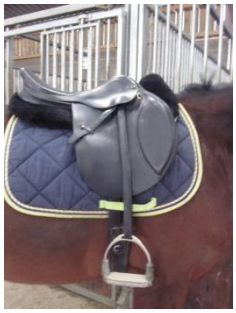

Figure 24 : Selle

La selle se justifie dans des cas d'instabilité du tronc, de contractures rendant impossible la fixité de la jambe pendante. Au delà du confort du cavalier, se pose le problème de l'adaptation de la selle à la morphologie du cheval, de la largeur de l'assise, de la tenue des fessiers et du rein du cavalier qui ne doivent pas basculer en arrière, de la tenue et du maintien des jambes, et de la retenue vers l'avant de la personne à cheval (7). La présence d'une poignée peut être nécessaire si l'équilibre est très précaire au début (25).

La monte s'effectue souvent sans étriers, permettant une adaptation plus importante aux mouvements du cheval, une plus grande souplesse de la région lombo-sacrée, du bassin, des hanches et des membres inférieurs. Lorsqu'ils sont utilisés, des aménagements peuvent être nécessaires. Certains étriers munis de cale-pieds évitent que le pied s'engage à fond dans l'étrier avec impossibilité de retour en arrière, présentant un danger important en cas de chute (25). Les étriers dits de « sécurités » possèdent la branche interne et le plancher réunis, la branche externe est un élastique. Cet élastique évite que le pied reste coincé dans l'étrier en cas de chute. Certaines astuces permettent de sécuriser des étriers traditionnels : une rondelle de caoutchouc passée sous le plancher de l'étrier fixe la pointe du pied, et évite ainsi un glissement vers l'avant et les blessures au coup-de-pied. Une toile émeri peut rendre l'étrier antidérapant (7).

Figure 26 : Etrier de sécurité (132)

Figure 25 : Etrier cale-pieds (133)

Figure 27 : Peau de mouton (132)

Pour les sujets ayant perdu leur sensibilité cutanée ou ayant un épiderme très sensible, des protections sur les selles sont indispensables pour éviter toute formes de blessures pouvant occasionner des escarres. Des peaux de mouton, des matériaux naturels en laine seront adaptés sur la selle (7) (25).

L'utilisation adéquate des rênes résulte d'une bonne position des jambes. En effet, la bonne position des jambes et du bassin conditionnent celle du buste et donc des bras. On rencontre avec les rênes deux types de problèmes : celui de la préhension qui est inhérent au cavalier et celui de l'attache à l'embouchure qui est inhérent au cheval. Il faut, bien sûr, tenir compte du bien-être de l'animal, notamment par une adaptation nécessaire de la liaison rêne/embouchure pour que le cheval perçoive en douceur les réactions parfois intempestives du cavalier. Chez les personnes présentant de forts mouvements athétosiques, les rênes seront fixées sur la muserolle, sur le licol ou montées sur des élastiques. Pour les problèmes de préhension, les rênes à poignées, reliées entre elles par un pont au dessus de l'encolure, évitent qu'elles ne chutent. Pour les personnes n'ayant pas l'usage de leurs bras, les rênes peuvent être attachées à leurs épaules, ou directement aux étriers. « Si cela nécessite une bonne coordination des membres inférieurs et de la souplesse, cette pratique est tout à fait réalisable » (7).

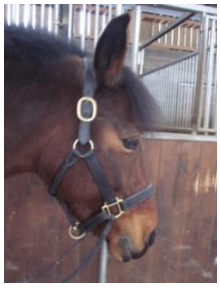

Figure 28 : Rênes fixées sur un licol

Figure 29 : Rênes montées sur élastiques (117)

Figure 30 : Rênes à poignées (132)

Sont à exclure les moyens visant à maintenir en selle un sujet trop handicapé, par des systèmes d'attaches avec harnais par exemple. « C'est un non sens thérapeutique et un danger. C'est un non sens thérapeutique car dans de telles conditions, la personne handicapée ne peut bénéficier d'aucun des avantages que présente l'équitation thérapeutique ; un danger car si elle chute, elle restera fixée sous le ventre du cheval avec tout ce que cela peut engendrer. De même, il n'est d'aucun intérêt de maintenir en selle un patient avec trois personnes différentes. Cette technique est à bannir car cette multiplication ne parait pas favoriser la prise en charge psychologique de la personne handicapée par elle-même. En effet, comment peut-on établir une relation privilégiée avec son cheval à la faveur des demandes qu'elle lui adresse (départ, arrêt, changement de direction…) alors qu'elle est tenue à la jambe droite et à la ceinture par Mme Z, à la jambe gauche par Mr Y, et que son cheval dépend totalement de Mr W et que tout ce monde est sous la direction du thérapeute ; comment peut-elle acquérir l'indépendance d'action à laquelle nous attachons tant de

prix ? Tout ceci reproduit l'hyper-protection souvent déjà trop marquée, au sein de la famille ou de l'établissement de soin» (25).

Si le maintien est nécessaire, il doit être réalisé par des accompagnants, qui peuvent aider le cavalier à tenir l'équilibre en posant leur main ou bras sur la cuisse, ou en le bloquant avec l'avant bras. Ces aides doivent être utilisées pendant la période la plus courte possible (7).

3. La monte à cheval (7)

Celle-ci est toujours à considérer sérieusement.

Pour un enfant trop petit, pour un adulte manquant de tonus ou présentant des troubles dysharmoniques dans la coordination gestuelle, s'élever sur un cheval est souvent une mission impossible.

Si la prise dans les bras des thérapeutes du patient demeure un moyen efficace pour une population peu gravement atteinte, elle doit être effectuée avec une technique parfaite, afin qu'à terme, elle ne soit pas préjudiciable pour l'intégrité physique du porteur.

Des montoirs, de différentes formes et hauteurs existent, adaptés au type de handicap. Cet équipement peut ressembler à « un quai d'embarquement pour poids-lourds » ou plus simplement aux « escaliers roulants permettant d'accéder aux avions ». Le cheval étant amené en contre bas, le cavalier se trouvera à hauteur du dos de l'animal. Cet aménagement permettra de résoudre des mises à cheval délicates, soit de personnes trop lourdement atteintes, soit de sujets angoissés par la hauteur de l'animal.

Figures 31 : Exemples de montoirs (117)

7. Le déroulement d'une séance

Les séances seront divisées en séquences, par exemple, travail aux écuries - pansage – préparer le cheval-monte… Ces séquences vont permettre de créer un rythme qui pourra être anticipé par les participants. La durée de chaque séquence devra être adaptée à chaque individu en fonction de ses difficultés, de ses capacités de concentration, et des objectifs à atteindre (17).

1. Avant la séance

« Il s'agit de projeter, de désirer, d'élaborer, de parler de cette rencontre ». A la maison ou dans l'institution, avant le départ, les affaires sont préparées : les bottes, le pantalon et les récompenses pour les chevaux. « Le transport jusqu'au centre équestre est souvent un moment où les patients expriment leurs désirs et leurs appréhensions » (27).

Le thérapeute ou les accompagnateurs emmènent le patient voir le cheval dans son box pour qu'il puisse le regarder, le caresser puis le sortir. Pour aborder le cheval, on l'appelle, on le caresse (c'est une façon de le saluer).
Suite à ce temps d'approche et d'écoute, vient le contact direct avec l'animal, il débute par la phase du pansage. Ce moment peut apporter beaucoup aux patients présentant un trouble du schéma corporel. Ils découvrent leur propre corps en le comparant à celui du cheval. C'est à cette occasion que les premiers échanges peau à peau prennent naissance. Par le contact tactile entre le cheval et le patient celui-ci peut appréhender son corps sur un mode rare dans notre société où on évite souvent les contacts physiques proches. Le cheval peut alors être un intermédiaire plus acceptable que l'humain. Pour certains patients, il s'agit du moment qu'ils préfèrent pendant la séance : ils passent du temps à brosser et à peigner le cheval comme ils le feraient pour un enfant ou une poupée.
Ce temps se termine par le harnachement des chevaux (6) (27) (86).

Toute personne handicapée présentant une vessie neurologique avec risque de miction incontrôlée doit vider sa vessie avant de monter à cheval. Avant toute séance, une inspection minutieuse de la peau est effectuée pour vérifier l'absence d'escarre ou d'érythème (7).

2. Pendant la séance

La description d'une séance que l'on pourrait dire « type » est impossible. Chaque thérapeute, chaque moniteur organise une séance, la plus adaptée à ses cavaliers, avec des techniques et des objectifs différents.

D'une manière générale, on peut dire que la séance doit également être séquencée, de manière à augmenter les capacités de concentration (17).

La durée d'une séance est rarement supérieure à une heure. Elle doit être adaptée en fonction de la fatigabilité du sujet, de la tolérance cutanée, et adaptée au fur et à mesure des séances (6) (27) (17).

Pendant ces séances, la monte à cheval n'est pas obligatoire, la décision de monter à cheval doit venir du patient lui-même. Elle pourra être spontanée ou survenir après une longue réflexion pendant laquelle il sera souvent spectateur, assistant aux reprises pratiquées par d'autres cavaliers (27) (17).

La mise en selle est capitale. C'est un moment d'appréhension où le cavalier doit maîtriser son émotion. Elle doit donc s'effectuer dans le calme, le cavalier doit être rassuré et encouragé. Il doit s'élever pour se placer sur le cheval. Cela demande une certaine souplesse. Il ne faut pas hésiter à utiliser un montoir pour favoriser cette mise en selle (27).

L'allure principale sera le pas pour tous les avantages déjà étudiés. Pour certains cavaliers, le trot et le galop pourront être expérimentés (17).

Les activités proposées devront être adaptées aux handicaps et aux objectifs à obtenir. Bien souvent ces activités sont inventées, réalisées sous forme de jeu. Elles ne sont jamais prévues précisément à l'avance, le thérapeute et/ou le moniteur doivent être capables de s'adapter à l'état psychologique des patients arrivant au centre équestre (17).

Voici quelques exemples d'activité (6) (17) :

- activité durant le déplacement du cheval : le corps en appui vers l'avant, sur le côté, vers l'arrière,
- changement de rythme et de direction pour le travail sur l'équilibre,
- fermer les yeux pour augmenter la puissance vestibulaire,
- toucher différentes parties du cheval : crinière, queue, robe, museau, afin d'améliorer la sensibilité tactile,
- ordonner au cheval de marcher, de se diriger vers un point précis. Cela constitue un stimulant oral de la fonction motrice. C'est aussi un facteur de

motivation pour les patients qui n'ont pas la capacité de maîtriser leur environnement,
- les activités facilitant la rotation du tronc (atteindre et attraper des balles ou des anneaux) et celles centrées sur la latéralisation,
- jeux sur le cheval qui provoqueraient une initiation au mouvement.

Le but de l'équitation thérapeutique n'est pas forcément d'apprendre à monter à cheval selon les règles académiques. Pour certains patients le seul niveau atteint sera de monter un cheval au pas, maintenu et dirigé par le soignant. Toutefois pour des patients qui ont les capacités motrices et intellectuelles suffisantes, l'apprentissage de l'équitation est un bon support de communication, et permet de se fixer un objectif parallèle au soin (27) (17).

3. Après la séance

Il paraît important de structurer un temps d'échange entre cavaliers et soignants à la fin de chaque séance. Ces moments sont particulièrement importants pour les personnes présentant des troubles de la communication. Ils peuvent également servir de support aux thérapies exercées en cabinet (17).

Après la séance, il faudra s'assurer qu'il n'y a pas d'hématome ou d'érythème au niveau des zones d'appui : ischions, pli inter-fessier, face interne des cuisses, genoux et mollet, malléole et pied (7).

Conclusion

Contrairement à une idée première où l'on pourrait penser que la thérapie avec le cheval est très stéréotypée, la description des pratiques de thérapie équestre montre qu'à partir d'un support commun, le cheval, il est possible d'adapter sa pratique personnelle à la population de patients que l'on prend en charge. L'adéquation de l'activité au patient ou au groupe de patients ainsi que les objectifs recherchés dirigeront ensuite les indications, les contre-indications, le choix des infrastructures et de l'encadrement ainsi que celui de l'utilisation du cheval. Plus que par un effet magique dû à la fascination du cheval, il semble que c'est avant tout grâce aux connaissances, au professionnalisme et à la valeur de l'encadrement que l'impact positif de cette activité sera assuré.

L'observation des règles de prudence, simples et pleines de bon sens, exige une connaissance minimale des handicaps par le thérapeute ou le moniteur. Passer outre serait de l'inconscience : il est nécessaire d'éviter de créer des dégâts pouvant alourdir momentanément ou définitivement les handicaps. Une escarre, une fracture sont bien vite arrivées mais se réparent en plusieurs semaines ou mois, et peuvent laisser des séquelles supplémentaires. Une aggravation des troubles psychologiques par des paroles mal adaptées, des postures génératrices d'angoisses ou une chute peuvent avoir un impact qui pourra perdurer des années. Un seul mot d'ordre : zéro chute lors de ce travail, rester toujours en deçà des possibilités de la personne, valoriser la réussite et créer du lien (par les cahiers de liaisons, les photos distribuées…).

Conclusion

Il a été démontré, depuis fort longtemps, que le cheval pouvait représenter un élément précieux dans l'arsenal dont disposent les thérapeutes pour améliorer le vécu des personnes porteuses de handicaps divers ; ceci est observé notamment à travers le rôle majeur joué par l'animal dans l'affinement de leurs capacités psychomotrices et cognitives ainsi que dans le travail de leur capacité d'apprentissage, de communication et de socialisation. Cela est d'autant plus vrai que la relation de l'homme avec le cheval a été, depuis des milliers d'années et dans toutes les civilisations, empreinte d'une grande harmonie et de valeurs extraordinairement variées, notamment en terme de générosité et de facultés d'adaptation de la part de l'animal. En effet, à son contact, celui-ci nous dispense la vitesse, l'endurance, la force, la domination parfois, mais aussi la sécurité par sa présence chaude et confortable, et la tendresse par son affection désintéressée. Il apporte, en plus, une sensation de liberté par la découverte de la nature et par le déplacement qu'il procure, mais aussi un sentiment de délivrance de la pesanteur et une meilleure autonomie.

De plus, le cheval, dans sa relation avec l'homme, ne fait aucune différence entre une personne handicapée et une personne valide. Ainsi, le sujet cavalier, homme ou femme, adulte ou enfant, valide ou handicapé, ne s'identifiera plus à lui-même (ou à son handicap) mais aux autres cavaliers ou plutôt à sa belle et puissante monture, d'où l'impact positif sur l'image de soi. Ainsi, la personne porteuse d'un handicap, plus que tout autre, en tentant de dominer cet animal puissant et emblématique, prouvera à tous qu'elle est parfaitement capable de faire preuve de courage, d'audace, d'agilité et de caractère, d'acquérir une autonomie, une indépendance, de faire preuve d'autorité et de charisme, et glaner au passage une reconnaissance et une admiration, aussi bien de la part de l'animal que de la société. Chez les personnes handicapées, la pratique de l'équitation est un domaine vaste regroupant des activités différentes, qui varient selon la demande et les possibilités de chaque sujet porteur de déficience.

La description de l'histoire de la mise en place de la thérapie avec le cheval et des différentes définitions utilisées ainsi que celle des diverses associations qui se créent et organisent des formations, laissent deviner en effet qu'il s'agit d'une prise en charge en pleine évolution. Les pratiques sont elles aussi multiples mais leur différenciation n'est actuellement marquée qu'au travers d'initiatives qui apparaissent encore très isolées. Cependant, aussi variées soient-elles, il semble apparaître qu'elles restent assez faciles à installer et qu'un des principes importants consiste en la recherche permanente de l'adaptation de cette activité au patient et au projet poursuivi.

L'équitation thérapeutique demeure méconnue de ceux qui ne la pratiquent pas. Certaines publications donnent encore une image assez lointaine des pratiques. Jusqu'alors, les articles des journaux généralistes insistaient beaucoup sur la recherche de reconnaissance de cette activité en tant que soin à part entière sans la décrire avec précision. De ce fait, les a priori sont sans doute encore nombreux. Même s'il semble entendu que le cheval n'est pas le thérapeute, son image est imposante et l'on oublie peut-être parfois la place capitale des professionnels qui encadrent les patients. Les formations spécialisées qui leur sont proposées deviennent de plus en plus fréquentes et cherchent à mieux se structurer et donc aussi à mieux informer. Les formations proposées par des fédérations (FENTAC, Handi-Cheval) sont reconnues par l'état. On peut donc espérer que les thérapeutes pourront ainsi par la suite encore mieux exploiter toutes leurs qualités professionnelles et toutes les richesses thérapeutiques que permet cette activité.

L'équitation en tant que thérapie reste encore assez peu reconnue. Cependant, comme l'équitation en général qui tend à se démocratiser auprès des jeunes générations, elle est de pratique croissante avec les enfants. Cette thérapeutique très spécifique appartient maintenant au panel toujours plus large des traitements que l'on peut proposer aux patients. Elle semble correspondre à l'évolution actuelle de l'offre de soins en général qui se diversifie et qui permet ainsi un plus grand choix ainsi qu'un investissement personnel croissant du patient dans sa démarche de soin.

Annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des formations d'équithérapeute en France

		Diplôme	Public	Validation	Durée	Coût
Handi-Cheval	**Stage d'initiation**	Attestation de présence	/	Présence	3 jours	De 760 € à 950 €
	Formation courte	Équicien premier degré	- Professionnels du milieu médico-social - Professionnels de l'équitation	- Evaluation des stages - Examen continu - Projet individualisé - Etude de cas	105 heures, 70 heures de stage	De 3 880 € à 4 850 €
	Formation longue	Équicien deuxième degré	- Professionnels du milieu médico-social - Professionnels de l'équitation Avec 5 ans d'expérience professionnelle et 5 ans « d'expérience avec des équidés »	- Examen continu - Mise en place d'une séquence thérapeutique - Production d'un projet professionnel - Rapport de stage	2880 heures, 120 heures de stage	De 8 930 € à 11 160 €
FENTAC		Diplôme fédéral FENTAC	Professionnels de santé	- Présence et assiduité - Compte-rendu écrits - Soutenance d'un mémoire	600 heures, 3 stages, sur 3ans	De 3600 € à 6360 €
SFE		Diplôme équithérapeute SFE	Professionnels de santé	- Evaluation d'un projet d'action et sa mise en œuvre	460 heures, 140 heures de stage, sur 2ans	De 5 990 € à 7 500 €
Fédération Française d'équitation		Brevet fédéral d'encadrement Equihandi	Professionnels de l'équitation	- Examen final - Mémoire	6 jours, 14 heures de stage	Fixé par le Comité Régional d'Equitation
Université Paris XIII		Attestation Universitaire de Réadaptation par l'Equitation	- Professionnels de l'équitation - Professionnels de santé - Travailleurs sociaux	/	Sur 2 ans	/

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie du cheval pour les pathologies articulaires

Pathologies	Thérapies	Intérêt de la thérapie avec le cheval	Contre-indications
Scolioses	- Kinésithérapie - Port d'un corset - Traitement chirurgical	- Rééquilibration du rachis - Assouplissements - Musculation - Rééducation respiratoire	Scoliose structurelle supérieure à 30°
Attitudes scoliotiques et cyphotiques	- Correction inégalité longueur des jambes - Pratique d'un sport - Kinésithérapie	- Musculation - Ajustement postural - Développement volonté et combativité	/
Lombalgies	- Kinésithérapie - Traitement médicamenteux - Port d'une ceinture de soutien lombaire	- Musculation - Mobilisation	Maladies ostéoarticulaires évolutives
Traumatologies	- Kinésithérapie - Immobilisation temporaire par orthèse	- Rééducation après immobilisation prolongée - Entretien physique du reste du corps	Fracture récente
Amputations	- Port de prothèse	- Equilibre - Transfert du poids du corps - Travail du membre intact	Choix du port de la prothèse à discuter au cas par cas
Arthroses	- Kinésithérapie - Traitements médicamenteux - Activité physique régulière	- Relâchement musculaire - Détente physique et mentale	Phase évolutive

Annexe 3 : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies neurologiques et musculaires

Symptômes	Pathologies	Prises en charge habituelles	Intérêt de la thérapie avec le cheval	Contre-indications	Précautions
Atteinte motricité volontaire	- IMC - Hémiplégie - Paraplégie - Tétraplégie - Spina bifida - Séquelles poliomyélite - Sclérose en plaque - Myopathies - Séquelles traumatismes crâniens	- Kinésithérapie - Ergothérapie - Psychomotricité	- Renforcement musculaire - Prévention et réduction des malformations	- Intervention chirurgicale récente - Périodes évolutives - Absence de port de tête	- Possibilité d'un soutien : temporaire en thérapie avec le cheval ou permanent en hippothérapie
Troubles du tonus	- IMC - Hémiplégie - Paraplégie - Tétraplégie - Spina bifida - Myopathies	- Traitements médicamenteux - Kinésithérapie - Ergothérapie - Psychomotricité	- Lutte contre spasticité - Lutte contre flaccidité	/	- Possibilité d'un soutien : temporaire en thérapie avec le cheval ou permanent en hippothérapie
Troubles de l'équilibre	- IMC - Hémiplégie - Paraplégie - Tétraplégie - Spina bifida - Séquelles poliomyélite - Sclérose en plaque - Myopathies	- Kinésithérapie - Ergothérapie	- Stimulation des réactions d'adaptation statique, - Stimulation des réflexes de redressement et d'équilibration	/	- Possibilité d'un soutien : temporaire en thérapie avec le cheval ou permanent en hippothérapie

Annexe 3 suite : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies neurologiques et musculaires

Symptômes	Pathologies	Prises en charge habituelles	Intérêt de la thérapie avec le cheval	Contre-indications	Précautions
Mouvements involontaires	- IMC - Hémiplégie - Paraplégie - Tétraplégie	- Kinésithérapie - Traitements médicamenteux - Ergothérapie - Psychomotricité	- Décontraction musculaire - Détente physique et psychique - Coordination et dissociation des mouvements	/	/
Troubles de la sensibilité	- IMC - Hémiplégie - Paraplégie - Tétraplégie	- Kinésithérapie - Ergothérapie	- Massage de la région fessière	- Plaies ouvertes - Erythèmes des zones d'appuis	- Séances de courtes durées
Troubles cognitifs et psychologiques	- IMC - Hémiplégie - Paraplégie - Tétraplégie - Spina bifida - Séquelles poliomyélite - Sclérose en plaque - Myopathies - Séquelles traumatismes crâniens - Epilepsie	- Traitements médicamenteux - Psychothérapie - Psychomotricité - Orthophonie	- Détente psychique - Détente physique - Développement des notions d'espace et de temps	- Si mise en danger du patient, de l'équipe ou du cheval	/
Comitialité	- Epilepsie	- Traitements médicamenteux - Traitements chirurgicaux	- Impact psychologique : concentration et adaptation	/	- Avoir une trousse d'urgence et des prescriptions indiquant les démarches à suivre en cas de crises

Annexe 4 : Tableau récapitulatif de l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les pathologies mentales

<table>
<tr><th>Symptômes</th><th>Prise en charge</th><th>Intérêt de la thérapie avec le cheval</th><th>Contre-indications</th></tr>
<tr><td>Idées délirantes et hallucinations</td><td rowspan="8">- Thérapeutiques médicamenteuses
- Psychothérapie
- Psychomotricité</td><td>- Favorise accès au réel, dans espace et temps</td><td rowspan="9">- Phase aigüe

- Si activité potentiellement dangereuse pour le patient, l'équipe soignante/sportive ou le cheval</td></tr>
<tr><td>Symptômes négatifs</td><td>- Abandon du stéréotype</td></tr>
<tr><td>Déni de la réalité</td><td>- Favorise accès au réel, dans espace et temps</td></tr>
<tr><td>Inhibition</td><td>- Favorise la levée de l'inhibition
- Possibilité de poser des actes</td></tr>
<tr><td>Anxiété</td><td>- Relaxation psychique
- Relaxation musculaire</td></tr>
<tr><td>Dépression</td><td>- Dépassement de ses capacités</td></tr>
<tr><td>Troubles du comportement</td><td>- Reconnaissance de la personne
- Satisfaction et valorisation du cavalier
- Espace de socialisation</td></tr>
<tr><td>Troubles psychomoteurs</td><td>- Prise de conscience du corps</td></tr>
<tr><td>Déficience mentale</td><td>- Psychothérapie
- Aide aux développements des fonctions intellectuelles et psychomotrices</td><td>- Responsabilisation et valorisation du cavalier
- Découverte de ses capacités</td></tr>
<tr><td>Troubles de la communication verbale et non verbale</td><td>- Orthophonie</td><td>- Dialogue gestuel, non verbal</td></tr>
</table>

Bibliographie

1. **Belin, Bernard.** *Animaux aux secours du handicap.* s.l. : L'Harmattan, 2009. p. 245.

2. **Serpentier, Myriam.** La zoothérapie : utilisation des animaux en milieu hospitalier. [auteur du livre] Blein Bernard. *Animaux aux secours du handicap.* s.l. : L'Harmattan, 2009, pp. 46-51.

3. **Beiger, François.** *L'enfant et la médiation animale.* s.l. : Dunod, 2008. p. 200.

4. **Fabre, Agnès.** Interactions psychopathologiques et comportementales entre le maître et l'animal de compagnie : conséquences et applications en médecine véterinaire. [auteur du livre] Blein Bernard. *Animaux au secours du handicap.* s.l. : L'harmattan, 2009, pp. 51-53.

5. **Bonan, Georges.** Les rapports entre l'enfant et le chien. Rôle du véterinaire dans la relation. [auteur du livre] Belin Bernard. *Animaux aux secours du handicap.* s.l. : L'harmattan, 2009, pp. 61-61.

6. **Desclefs Spohie, Di Ponio Maguy.** Equithérapie et delphinothérapie : comparaison de deux méthodes de "zoothérapie" et approche éthique du bien-être animal. [Thèse]. Maison Alfort : s.n., 2006. p. 200.

7. **Jollinier, Marie.** *Cheval, inadaptations et handicaps.* s.l. : Maloine, 1995. p. 150.

8. **De Wailly, Philippe.** *Connaître le cheval.* [éd.] Minerva. 1995. p. 96.

9. **Crestin-Billet, Frédérique.** *Le grand livre du cheval.* [éd.] Solar. 1997. p. 215.

10. **Bongianni, Maurizio.** *Les chevaux.* [éd.] Solar. 1987. p. 255.

11. Evolution du cheval. *Center blog.* [En ligne] [Citation : 15 11 2011.] http://passion32.centerblog.net/1412237-evolution-du-cheval.

12. **Fédération Française d'Equitation.** *Manuel officiel de préparation aux examens fédéraux d'équitation, Examens d'argent.* Lavauzelle. 1985. p. 124.

13. **Soncheval.com.** La course au trot. *Soncheval.com.* [En ligne] [Citation : 21 07 2011.] http://www.soncheval.com.

14. **Fédération Française d'Equitation.** *Manuel officiel de préparation aux examens fédéraux d'équitation, examens de bronze.* Lavauzelle. 1975. p. 53.

15. —. *Etre cavalier, galops 1 à 4.* [éd.] Lavauzelle. 1994. p. 128.

16. **Fédération Française des Sports Equestres.** *Manuel d'hippologie.* [éd.] Lavauzelle. 1975. p. 252.

17. **Rapenne, Marie Paule.** Laxou, 03 2011.

18. **Barrey, Jean Claude.** L'ethologie equine au service de la therapie avec le cheval. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 35-100.

19. Communiquer avec le cheval. *Dialoguer avec le cheval.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://sites.google.com/site/dialogueraveclecheval/communiquer-cheval.

20. **Equit'aide.** Cheval et Handicap. *Equit'aide : handi cheval Lorraine.* [En ligne] [Citation : 26 02 2011.] http://www.equitaide.com.

21. **Société francaise d'équithérapie.** *Société française d'équithérapie.* [En ligne] [Citation : 01 02 2011.] http://sfequitherapie.free.fr.

22. **Equisynergie.** Qu'est- ce que l'équithérapie ou équitation thérapeutique ? *Equisynergie.* [En ligne] [Citation : 02 03 2011.] http://www.equisynergie.com.

23. **Huysentruyt Eric, Mortreux Christophe.** La rééducation par l'équitation. [Thèse]. 1985. p. 85.

24. **De Lubersac, Renee.** La thérapie avec le cheval. *FENTAC.* [En ligne] [Citation : 22 02 2011.] http://www.fentac.org.

25. **Girardon, Marie-Laure.** Place de l'équitation dans la prise en charge des handicapés. [Thèse]. Marseille : s.n., 1986. p. 196.

26. **Arequipa.** *Arequipa.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.arequipa2003.org.

27. **Niquet Defer, Florence.** Equitation thérapeutique et psychiatrie. [Thèse]. Nancy : s.n., 2002. p. 147.

28. **Hoff, J.F.** Equithérapie. [En ligne] [Citation : 31 05 2011.] http://www.campusvirtuel.smbh.univ-paris13.fr.

29. **Fédération Française d'équitation.** Cheval et handicap dans l'histoire. *FFE.* [En ligne] [Citation : 20 04 2011.] http://www.ffe.com.

30. **Fédération française de sport adapté.** *Fédération française de sport adapté.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.ffsa.asso.fr.

31. **Handisport.** Handisport équitation. *Handisport.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.handisport.org.

32. **FENTAC.** Contacts. *FENTAC.* [En ligne] [Citation : 10 06 2011.] http://www.fentac.org.

33. **Handi-cheval.** Fédération. *HANDI-CHEVAL.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.handicheval.asso.fr.

34. **Equit'aide.** *EQUIT'AIDE.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.equitaide.com.

35. **FEETAC.** *FEETAC.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://feetac.free.fr/present.php.

36. **FENTAC.** La thérapie avec le cheval. *FENTAC.* [En ligne] [Citation : 22 02 2011.] http://www.fentac.fr.

37. **Fédération Française d'équitation.** Le brevet fédéral Equihandi. *FFE.* [En ligne] [Citation : 20 04 2011.] http://www.ffe.com.

38. **Université paris 13.** *Université Paris XIII.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www-smbh.univ-paris13.fr.

39. **Informations handicaps.** *Informations handicaps.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://informations.handicap.fr.

40. **Université nancy 2.** Territoire et prise en compte du handicap. *Luno.* [En ligne] [Citation : 11 07 2011.]

41. **L'handicap physique.** *L'handicap physique.* [En ligne] [Citation : 12 07 2011.] http://handicap68-physique.blogspot.com.

42. **Faculté de medecine Pierre et Marie Curie.** Tonus et Posture. *chups.jussieu.* [En ligne] [Citation : 1 07 2011.] http://www.chups.jussieu.fr.

43. **Mukendi, Dominique Crombecque et Josée.** Le handicap, désavantage social. *Laboratoire d'Informatique Médicale.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/handicap,_desavantage_social,_p.9-11.html.

44. **Scoliose et partage.** *Scoliose et partage.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.scoliose.org.

45. **Mallet, Jean Francois.** Maladies et déformations du rachis. *Université de Rouen.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.univ-rouen.fr.

46. **Ferrari, Alexis.** Cyphoses et attitudes cyphotiques de l'enfant et de l'adolescent. *John Libbey.* [En ligne] [Citation : 07 30 2011.] http://www.jle.com.

47. **Lombalgie.fr.** *Lombalgie.fr.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.lombalgie.fr.

48. **INRS.** Les lombalgies. *INRS.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.inrs.fr.

49. **Denis Vital Durand, Claire Le Jeunne.** *Dorosz.* [éd.] Maloine. 28. 2009. p. 1815.

50. **Agenda-medical.fr.** traumatologie. *agenda-medical.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.agenda-medical.fr.

51. **HAS.** Rééducation de l'entorse externe de la cheville. *Has santé.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.has-sante.fr.

52. **Bruandet, Jean-Michel.** Les agénésies et amputations. *Laboratoire d'Informatique Médicale.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.med.univ-rennes1.fr.

53. **Société française de rhumatologie.** L'arthrose. *Société française de rhumatologie.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.rhumatologie.asso.fr.

54. **l'arthrose, Centre de chirurgie de.** L'arthrose. *Centre de chirurgie de l'arthrose.* [En ligne] [Citation : 20 11 2011.] http://www.chirurgie-arthrose.com/information-patients/theme-2-l-arthrose/id-8-l-arthrose/.

55. **Arthrolink.** Rééducation. *Arthrolink.* [En ligne] [Citation : 30 07 2011.] http://www.arthrolink.com.

56. **Désert, Jean-françois.** Les lésions médullaires traumatiques et médicales (paraplégies et tétraplégies). *Université Rennes.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/lesions_medullaires_traumatiques_et_medicales_p.215-225.html.

57. **MEDIX, cours de médecine.** Troubles de l' équilibre et de la posture . *MEDIX.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.medix.free.fr.

58. **Fraix, Valérie.** Orientation diagnostique devant un trouble de la marche et de l'équilibre . *Université Joseph Fourier, Grenoble.* [En ligne] [Citation : 27 11 2011.] http://www-sante.ujf-grenoble.fr.

59. **MEDIX, cours de médecine.** Troubles de la sensibilité. *MEDIX.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.medix.free.fr.

60. **Leroy-Malherbe, Véronique.** L'infirmité motrice cérébrale. *Infirmité motrice cérébrale.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.imc.apf.asso.fr.

61. **Soins-Infirmiers.com.** L'hemiplegie. *Soins-Infirmiers.com.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.soins-infirmiers.com/hemiplegie.php.

62. **GDLE Ergonomie.** La paraplégie. *GDLE Ergonomie.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://conseil.gdle.net.

63. **Information Hospitalière.** Paraplegie. *Information Hospitalière.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.informationhospitaliere.com.

64. **Gautheron, Vincent.** Le spina bifida. *Laboratoire d'Informatique Médicale.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/spina_bifida_p._226-229.html.

65. **Maury, Marc.** La poliomyélite. *Laboratoire d'informatique Médicale.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/poliomyelite_p._230-236.html.

66. **Couvreur Grégory, Moreau Thibault.** La sclérose en plaques. *La sclérose en plaques.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.sclerose-en-plaques.apf.asso.fr.

67. **Larousse.** Myopathie. *Larousse.* [En ligne] [Citation : 29 07 2011.] http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/myopathie.

68. **Lorraine UNiversité Ouverte.** Le traumatisme crânien grâve. *Lorraine UNiversité Ouverte.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.univ-nancy2.fr/VIDEOSCOP/DL7/lecon2/lecon2g.htm.

69. **Epilepsie-France.** L'épilepsie. *Epilepsie-France.* [En ligne] [Citation : 06 29 2011.] http://www.epilepsie-france.fr/.

70. **Afssaps.** Recommandation de bonne pratique, Traitements médicamenteux de la spasticité. [En ligne] 06 2009. [Citation : 26 11 2011.] http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Traitements-medicamenteux-de-la-spasticite-Recommandations-de-bonne-pratique.

71. **Thériaque.** Liorésal, solution injectable. [En ligne] [Citation : 21 11 2011.] http://www.theriaque.org/.

72. **Associations des paralysés de France.** Spasticité et mouvements involontaires. *Associations des paralysés de France.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.moteurline.apf.asso.fr.

73. **Brissot, R.** Conférence Pôle Tête-Cou- Membres. [En ligne] 17 08 2009. [Citation : 26 11 2011.] http://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20091007040329merien170809Eval_Fac_Etudiants_handi_neuro.pdf.

74. **Integrascol.** Infirmité motrice cérébrale (IMC) ou l'enfant atteint de paralysie cérébrale. *Intégrascol.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.integrascol.fr/fichemaladie.php?id=39.

75. **Bellan, Service de rééducation de l'hôpital Léopold.** Vous avez une sclérose en plaque, si on en parlait... *SEP services.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.sep-services.fr/media/vous-avez-une-sclerose-en-plaques.pdf.

76. **Association nationale francaise des ergothérapeutes.** Définition. *Association nationale francaise des ergothérapeutes.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.anfe.fr.

77. **Fédération nationale des ortophonistes.** Qui est l'Orthophoniste ? *Fédération nationale des ortophonistes.* [En ligne] [Citation : 26 11 2011.] http://www.fno.fr.

78. **Faculté de medecine Pierre et Marie Curie.** La psychomotricité. *Faculté de medecine Pierre et Marie Curie.* [En ligne] [Citation : 07 11 2011.] http://www.chups.jussieu.fr/programmes/psychomot/psychode/psychomotdedoc1.htm.

79. **Coupé, Christophe.** La prise en charge psychologique des personnes atteintes de la sclérose en plaques. *Handicapinfos.com.* [En ligne] [Citation : 11 26 2011.] http://www.handicapinfos.com/informer/prise-charge-psychologique-personnes-atteintes-sclerose-plaques_1449.htm.

80. **Galland, Hélène.** Hippothérapie : définition, historique. *Université Paris 13.* [En ligne] [Citation : 31 05 2011.] www.campusvirtuel.smbh.univ-paris13.fr.

81. **Maladies mentales.org.** Comprendre et prévenir la santé mentale. *Maladies mentales.org.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.maladiesmentales.org/sante-mentale/comprendre-et-prevenir-la-sante-mentale.

82. **Unapei.** Le handicap mental : sa définition. *Unapei.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html.

83. **Claude, Isabelle.** *Le cheval miroir de nos émotions.* [éd.] DFR. 2008. p. 203.

84. **Robert, Paul.** *Le petit robert.* 1996. p. 2551.

85. **Oreggia, Christine.** Le dialogue tonique. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 189-192.

86. **Bailly Laurent, Darques Dominique, Preat Geneviève.** Des messages archaiques à le communication verbale. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 101-138.

87. **Aubard, Isabelle.** Mais en quoi le cheval peut devenir Un médiateur thérapeutique ? *Serpsy.org.* [En ligne] [Citation : 11 05 2011.] http://www.serpsy.org.

88. **Handicheval.** Handicap et cheval. *Handicheval.* [En ligne] [Citation : 23 02 2011.] www.handicheval.ch.

89. **Animaux au coeur de nos famille.** Objet transitionnel. *Animaux au coeur de nos famille.* [En ligne] [Citation : 03 05 2011.]

90. **De Lubersac, Renée.** Préambule. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Les thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 1-34.

91. **Chambenoit, Edith.** La médiation par l'animal : une stratégie gagnante ? *serpsy.* [En ligne] [Citation : 03 05 2011.] http://www.serpsy.org.

92. **Larocque, Karène.** L'estime de soi... ça se mérite, la confiance en soi, ça se développe ! *Infopsy.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://www.infopsy.com/estimeconf1.html.

93. **TACIF.** Intérêt et spécificité de l'utilisation du cheval comme médiateur dans la pratique du psychomotricien. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 169-170.

94. **De Bernardo-Molard, Agnès.** Narcissismeprimaire, image inconsciente du corps et identité. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 171-182.

95. **Lippmann-Martin, Brigitte.** Sensorialité et identité. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 183-185.

96. **Les écuries de Pollen.** Indications et Contre indications. *Les écuries de Pollen.* [En ligne] [Citation : 10 05 2011.] http://www.lesecuriesdepollen.fr.

97. **Claudin, Amandine.** Les psychose, le trouble bipolaire. *Enseignement sur les grandes pathologies.* 2010.

98. **Marcelli, Daniel et BraconnierAlain.** *Adolescence et psychopathologies.* [éd.] Masson. p. 224.

99. **Servant, Dominique.** *Gestion du stress et de l'anxiété.* s.l. : Masson, 2007. p. 3.

100. **Chevalier, Nicole.** Troubles psychomoteurs et associés. *Univeristé du Quebec à Montréal.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.er.uqam.ca/nobel/r12110/pdf/3001-Troubles%20psychomoteurs,%20%E9valuation%20et%20intervention.pdf.

101. **Gras-Vincendon, A.** Développement psychomoteur : aspects normaux et pathologiques. *Campus numérique Faculté de medecine Strasbourg.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/MODULE03B/document/developpement_psychomoteur.pdf?cidReq=MODULE03B.

102. **Marchand d'histoires.** Le handicap mental. *Le handicap mental, site documentaire.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.dossier-handicap-mental.marchand-histoires.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63.

103. **Postel, Jacques.** *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique.* [éd.] Larousse. 2003. p. 531.

104. **PARALLAXES.** Définitions. *PARALLAXES.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://parallaxes.free.fr/definitions.html.

105. **BURSZTEJN, Claude.** DEVELOPPEMENT NORMAL DU LANGAGE ET SES TROUBLES. *Université de Rouen.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096555088051&LANGUE=0.

106. **Terrier, C.** La communication non verbale. *cterrier.com.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf.

107. **Cuny, F et Gasser,F.** Evaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. *Actualités ortophoniques.* [En ligne] [Citation : 28 11 2011.] http://www.orthophonie.org/Evaluation-des-capacites-de.html.

108. **HAS.** Autisme et autres troubles envahissants du développemment. *HAS.* [En ligne] 01 2010. [Citation : 23 11 2011.] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_synthese.pdf.

109. **Information hospitalière.** Trouble envahissant du développement. *Information hospitalière.* [En ligne] [Citation : 23 11 2011.] http://www.informationhospitaliere.com/dico-851-trouble-envahissant-developpement.html.

110. **Giffard.** Comparaison, différences et particularités de la névrose. *Psychiatrie infirmière.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/nevrose.htm.

111. **Larose, Valérie.** Les états limites. *Analyse Intégrative Rêve Eveillé.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.analyse-integrative-re.com/xmedia/textes-articles/sommaire-eclairage/etats-limites.pdf.

112. Déficience mentale: le plus important. [En ligne] 2006. [Citation : 07 11 2011.] http://www.winsos.net/~ninie/fichiers/deficience/asavoir.pdf.

113. **Visier Jean-pierre, Maury Michèle.** Troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent. *Université de Rouen.* [En ligne] [Citation : 19 09 2011.] http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ-utils.

114. **Fédération française de psychothérapie et de psychanalyse.** Méthodes de psychothérapies. *Fédération française de psychothérapie et de psychanalyse.* [En ligne] [Citation : 07 11 2011.] http://www.ff2p.fr/.

115. **Preat, Geneviève.** Le logopède ortophoniste dans la thérapie avec le cheval. [auteur du livre] FENTAC. [éd.] FENTAC. *Les thérapies avec le cheval.* 2000, pp. 139-162.

116. **INVS.** Épidémiologie des traumatismes accidentels en équitation. *Institut National de Veille Sanitaire.* [En ligne] 2009. [Citation : 11 11 2011.] http://www.invs.sante.fr/publications/2010/traumatismes_equitation/rapport_traumatismes_equitation.pdf.

117. **Faculté médicale Lyon sud.** L'enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale. *Laboratoire multimédia médical.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/download/item51c.pdf.

118. **Fédération française d'équitation.** *Etre cavalier galops 5,6 et 7.* [éd.] Lavauzelle. 1995. p. 127.

119. **Mailhan, Laurence.** Paraplégie et tetraplégie d'origine traumatique. *Infirmité motrice cérébrale.* [En ligne] [Citation : 29 06 2011.] http://www.paratetra.apf.asso.fr.

120. **Giffard.** Les instances psychiques : ca, moi, surmoi, idéal du moi, imago, self, faux-self, soi. *Psychiatrie infirmière.* [En ligne] [Citation : 23 08 2011.] http://psychiartiinfirmiere.free.fr/infirliere/formation/document/psychologie/ca-moi-surmoi.htm.

121. **Vulgaris-médical.** Nevrose : définition. *Vulgaris-médical.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/nevrose-3242.html.

122. **Santé et services sociaux Québec.** Troubles psychotiques. *Santé et services sociaux Québec.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Troubles_sychotiques.

123. **CI-NAPS.** Troubles névrotiques. *Centre d'imagerie-Neurosciences et d'applications aux pathologies.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] www.ci-naps.fr/IMG/ppt/_Semio_Troubles_Nevrotiques_08_Ed_4.ppt.

124. **Brugerolle, Bertrand.** Les accidents vasculaires cérébraux. *Laboratoire d'informatique médicale.* [En ligne] [Citation : 28 07 2011.] http//:www.med.univ-rennes1.fr.

125. **Santé et services sociaux Québec.** troubles anxieux. *Santé et services sociaux Québec.* [En ligne] [Citation : 01 07 2011.] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Troubles_anxieux.

126. **cheval insertion.** Le projet global ou les bienfaits du cheval. *CHEVAL ET INSERTION EN ILE DE FRANCE.* [En ligne] 07 10 2001. [Citation : 22 08 2008.] http://chevalinsertion.free.fr/.

127. **Haras nationaux.** Insertion sociale. *Haras nationaux.* [En ligne] [Citation : 08 08 2008.] http://www.haras-nationaux.fr/portail/uploads/tx_vm19docsbase/CAHIER_INSERTION_SOCIALE.pdf.

128. **Ministère des Affaires étrangères et européennes.** Le cheval en France . *France diplomatie.* [En ligne] [Citation : 08 08 2008.] http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/france_829/label-france_5343/les-numeros-label-france_5570/lf48-france-cheval_11207/cheval-france_11208/cheval-une-therapie-avenir_21197.html.

129. **Bregeon, Marie.** Ecole, socialisation,insertion sociale et professionnelle. [En ligne] [Citation : 21 02 2009.] http://www.marie-bregeon.fr/pdf/ppcr.pdf.

130. **signaletique, Direct.** [En ligne] [Citation : 20 11 2011.] http://www.direct-signaletique.com.

131. **Dorey, Hélène.** Le cheval qui soigne. *Médecines douces.* [En ligne] 09 2002. [Citation : 22 11 2011.] http://www.medecines-douces.com.

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE DE LORRAINE**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : Vendredi 16 mars 2012

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par Emilie EISEN

Sujet : **Le cheval thérapeute pour l'homme : présentation, indications et récits d'expériences**

Jury :

Président : **M. François BONNEAUX**, Maître de conférences, laboratoire de chimie thérapeutique

Directeurs : **Mme. Marie Paule RAPENNE**, Psychologue clinicienne, Centre Psychothérapique de Nancy
M. François BONNEAUX, Maître de conférences, laboratoire de chimie thérapeutique

Juges : **M. Francis OMARINI**, Docteur en pharmacie, Titulaire d'officine
Mme. Emilie FRUSTIN, Ingénieur agronome, Directrice de centre équestre

Vu,

Nancy, le 23.02.2012

Le Président du Jury Co-directeur de thèse — Le Directeur de Thèse

M. BONNEAUX — **Mme. RAPENNE**

Vu et approuvé,

Nancy, le 24 FEV. 2012

Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 2.03.2012

L'Administrateur Provisoire de l'UDL,

Jean-Pierre FINANCE

N° d'enregistrement : 3906.

N° d'identification : 3906

TITRE

Le cheval thérapeute pour l'homme : présentation, indications et récits d'expériences

Thèse soutenue le 16 mars 2012
Par Emilie Eisen

RESUME

La « zoothérapie » en tant qu'utilisation de l'animal en vue de soigner l'homme, a connu un certain regain d'intérêt ces vingt dernières années. Plusieurs animaux peuvent être utilisés, dont le cheval. La richesse des terminologies employées pour qualifier l'équitation thérapeutique reflète la diversité des objectifs. Plusieurs associations regroupent des professionnels pratiquant l'équitation thérapeutique. Elles participent à sa promotion et proposent des formations théoriques et pratiques.

Des nombreux aspects psychiatriques et moteurs du cheval découlent les indications de la thérapie avec le cheval mais également les contre-indications et les précautions à prendre pour une thérapie réussie. Les enfants et adolescents en difficultés psychosociales peuvent également bénéficier de cette thérapie.

L'adaptation du matériel, un encadrement formé, une cavalerie adéquat, un centre équestre adapté sont autant de points nécessaires pour que la thérapie se déroule dans les meilleures conditions possibles, de telle sorte que les patients puissent profiter pleinement des nombreux intérêts de la thérapie avec le cheval.

Il n'existe pas à ce jour de moyens d'évaluation de cette thérapie. La mise en place de grille d'évaluation aux résultats indiscutables n'est pas aisée du fait de la grande diversité des prises en charge. Les résultats sont analysés au cas par cas, en fonction de l'expérience des thérapeutes. Aujourd'hui, cette thérapie innovante prend une place de plus en plus importante aux seins des thérapies à médiation corporelle et se médiatise. Même s'il est encore impossible de prouver les résultats, cette médiatisation démontre le réel impact de cette thérapie sur les personnes handicapées physiques, mentales et les enfants et adolescents en difficultés psychosociales.

MOTS CLES : Equithérapie, Thérapie avec le cheval, Equitation thérapeutique, Cheval, Thérapie à médiation animale

Directeurs de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Marie-Paule RAPENNE	Psychologue clinicienne, Centre Psychothérapique de Nancy	**Expérimentale** ☒ **Bibliographique** ☒
M François BONNEAUX	Maître de conférences, Laboratoire de chimie thérapeutique	**Thème** 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales **2 – Hygiène/Environnement**
3 – Médicament **4 – Alimentation – Nutrition**
5 - Biologie **6 – Pratique professionnelle**