



HAL
open science

”Mes émotions, mon cheval de bataille!” Quand l’alliance entre cheval et psychomotricité devient support à la régulation émotionnelle chez l’enfant porteur de handicap moteur

Marie Saint-Gal

► **To cite this version:**

Marie Saint-Gal. ”Mes émotions, mon cheval de bataille!” Quand l’alliance entre cheval et psychomotricité devient support à la régulation émotionnelle chez l’enfant porteur de handicap moteur. Sciences de l’Homme et Société. 2022. dumas-03726124

HAL Id: dumas-03726124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03726124>

Submitted on 18 Jul 2022

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 BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé - Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

« *Mes émotions, mon cheval de bataille!* »

Quand l'alliance entre cheval et psychomotricité devient support à la régulation émotionnelle chez l'enfant porteur de handicap moteur.

SAINT-GAL Marie

Née le 17 avril 2000 à Bordeaux

« Rencontrer le cheval, c'est aller à la rencontre de nos émotions. »

Au-delà de l'équithérapie.

Emmanuelle TIZON

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à tous ceux qui m'ont construit, tous ceux qui m'ont appris, tout ceux qui ont contribué à l'élaboration de cette réflexion.

Merci à **Agathe** et sa bienveillance qui m'a accompagnée et guidée avec énergie tout au long de mon cursus.

Merci à **Léa** et ses réflexions qui a répondu à mes nombreux questionnements contribuant à façonner mon cheminement interne.

Merci à **Julia** et son expérience qui m'a offert la possibilité de me découvrir dans l'exercice de ce métier qui m'habite.

Merci aux différents professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages et qui m'ont permis de trouver ma place en tant que future psychomotricienne.

Merci aux différentes pratiques enseignées qui m'ont permis de faire éclore mes futurs projets professionnels.

Merci à **ma famille** qui m'a toujours étayée et soutenue.

Merci plus particulièrement à **ma mère** qui, en plus de me transmettre ses pertinentes réflexions professionnelles, a toujours cru en moi.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1 - LIEU DE STAGE ET GÉNÉRALITÉS : DÉFINIR LES GRANDS TERMES 3

I/ Tout commence ici : lieu de stage et présentation de Fanny 4

II/ Quelques grandes notions du handicap moteur 7

III/ Émotions: Ces manifestations à accompagner chez l'enfant porteur de handicap moteur 10

IV/ Pourquoi allier cheval et psychomotricité ? 29

2 - RÉGULATION ÉMOTIONNELLE : INTÉRÊT DE LA MÉDIATION ÉQUINE POUR L'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP MOTEUR 37

I/ Sécurité émotionnelle interne émergeant de la relation : pré-requis à l'exploration 38

II/ Conscience corporelle par le cheval : apprendre à se connaître soi pour apprivoiser ses émotions 40

III/ Le cheval comme transition émotionnelle de soi à l'autre 50

IV/ Le projet thérapeutique de Fanny 56

3 - PATIENT, CHEVAL, PSYCHOMOTRICIEN : UNE TRIADE COMPLÉMENTAIRE A LA PRISE EN CHARGE 58

I/ Un cheval tout seul n'est pas thérapeute 59

II/ Le psychomotricien en aide à la régulation des émotions de l'enfant 61

III/ L'ajustement émotionnelle naît de la relation : Création d'un espace entre psychomotricien, cheval et enfant porteur de handicap moteur 66

IV/ Conclusion clinique : bilan de Fanny 81

V/ Les limites de la thérapie avec le cheval 87

CONCLUSION 90

TABLE DES MATIÈRES 92

BIBLIOGRAPHIE 97

ANNEXES 103

INTRODUCTION

Incarnant la puissance, inspirant le respect et admiré pour sa force de vie, le cheval ne laisse jamais l'être humain indifférent. Animal devenu partenaire de l'Homme au cours de l'Histoire, il a trouvé sa place au cœur de chaque culture, de chaque ethnie, de chaque population.

Le cheval m'a accompagnée au cours de mon développement comme dans ma construction psychocorporelle. En me rapprochant de cet animal, j'ai pu apprendre à être à l'écoute de son langage corporel et, ainsi, développer mon attention. A son contact, j'ai appris à travailler mes coordinations, la gestion de l'anxiété et ainsi que mon rapport aux autres. Au travers de l'ajustement tonique, de ma posture ou dans l'affirmation de moi-même, le cheval a été un véritable socle. Il demeure, aujourd'hui, pilier de mon équilibre personnel.

La profession de psychomotricien m'est apparue comme une évidence dès le collège. Cette discipline, au carrefour de tout ce à quoi j'aspirais, a pu nourrir ma motivation et ma persévérance durant les études. Tout naturellement, le cheval s'est fusionné à ce projet. Allier les qualités de cet animal à la prise en charge du patient suscite, chez moi, un véritable intérêt. Ainsi, à l'envie d'exercer ce métier de psychomotricien, s'est ajoutée une projection de spécialisation dans ce domaine. Avant même la dernière année de formation, se dessinait déjà l'envie de développer les bienfaits thérapeutiques du cheval couplé à la psychomotricité. J'ai ainsi pu me questionner sur les populations concernées et anticiper ma recherche de lieux de stage en prévision de cette troisième année d'étude. Mes investigations sur les différentes thérapies à médiation équine, les expériences vécues au sein de mes lieux de stage, les apports théoriques et la pratique au cours de ces années de formation, n'ont fait que me conforter dans ce projet en devenir et renforcer ma motivation à exercer cette profession qu'est la psychomotricité.

Si le psychomotricien perçoit, soutient et accompagne la corporalité, la sensorialité, le langage et les émotions, le cheval offre au patient un espace propice à la découverte et l'exploration de soi pour mieux interagir avec l'autre. Les caractéristiques et l'instinct naturel du cheval le rendent particulièrement sensible à nos comportements non verbaux et nos émotions. Ainsi, le psychomotricien pourrait se saisir des qualités de l'équidé, celui-ci favorisant une voix d'accès relationnelle avec le patient. De la psychomotricité et du cheval, naîtrait alors une complémentarité adéquate à la prise en charge du patient.

Effectuant mon stage au sein d'une association prenant en soin les personnes porteuses de handicaps, j'ai pu observer un large panel de pathologies dont des enfants porteurs de

handicap moteur. Celui-ci, par ses multiples origines, entrave la vie quotidienne de l'individu et a un impact conséquent sur son développement psychomoteur, en particulier sur la gestion émotionnelle. Cela m'a fortement interpellée. Les émotions se tiennent au cœur de l'être humain. Le développement affectif étant essentiel à la construction de l'individu, la place de l'émotion apparaît centrale dans la relation à l'autre. Au cours du développement psychomoteur, la régulation émotionnelle prend racine dans l'enfance. Elle se construit au travers des apprentissages et des expériences de l'individu et évolue tout au long de la vie. L'apprentissage de la gestion émotionnelle permet la maturation affective et l'individuation de l'enfant. Cependant, la gestion des émotions naît d'une construction complexe neurologique, psychologique et corporelle. Le handicap moteur peut alors perturber la capacité à réguler ses émotions. Se pose donc une première hypothèse : Le handicap moteur engendre des retentissements importants sur la régulation émotionnelle des enfants. De cette réflexion, émerge ensuite une seconde : au travers de la thérapie avec le cheval, le psychomotricien encourage et soutient les remaniements psychocorporels de l'enfant porteur de handicap moteur. Nous ajoutons une dernière hypothèse : avec le cheval comme partenaire, le psychomotricien contribue à favoriser la régulation émotionnelle de l'enfant porteur de handicap moteur.

Autour de ces recherches, de ces questionnements et de ces hypothèses incitant à la réflexion, se pose la problématique suivante : **En quoi la thérapie psychomotrice avec le cheval offre-t-elle un espace relationnel favorable à la régulation émotionnelle auprès des enfants porteurs de handicap moteur ?**

Afin de répondre à cette problématique, ce mémoire s'articulera autour de trois grands axes. Dans un premier temps, pour mieux comprendre les liens unissant les différents termes de cette problématique, nous tâcherons de les définir et de les étudier. Puis nous nous intéresserons à développer ensuite les intérêts de la médiation avec le cheval sur la régulation émotionnelle du patient. Enfin, nous achèverons cet écrit sur la fonction du psychomotricien au cœur de cette prise en charge thérapeutique.

Afin d'illustrer les apports théoriques qui seront développés dans ce mémoire, cet écrit sera illustré de vignettes cliniques, retraçant en particulier le parcours d'un enfant accompagné sur mon lieu de stage.

1- LIEU DE STAGE ET GÉNÉRALITÉS : **DÉFINIR LES GRANDS TERMES**

I/ TOUT COMMENCE ICI : LIEU DE STAGE ET PRÉSENTATION DE FANNY

A) Regard sur une association de parents d'enfants porteurs de handicap

Créée en 2018, cette association regroupe des enfants atteints de divers troubles du développement mais également d'un ou plusieurs handicaps dont la nature et l'origine sont diverses. Les âges s'étendent de 8 mois à 22 ans. Cette association est composée de 150 adhérents et prend en charge 40 patients. L'association accompagne les familles et propose de multiples ateliers réguliers permettant la prise en soin des sujets chaque semaine. Prenant en considération la famille, les petits aidants, souvent frère(s) ou sœur(s) du patient, participent également aux activités. Médiation animale, danse, chant, escalade, balnéothérapie ou équithérapie, l'association propose diverses médiations effectuées par différents professionnels. Je participe à trois ateliers au cours de la semaine : l'équithérapie, la médiation danse et l'escalade. Pouvoir observer la prise en soin des enfants sur ces diverses médiations est d'autant plus riche qu'elle met en valeur les apports mais aussi les limites de la médiation équine.

Les prises en charge peuvent être individuelles ou en groupe selon les ateliers et les patients. Elle se compose de divers professionnels de santé tels que des psychomotriciens ou des kinésithérapeutes, mais prend en compte d'autres professions telles que des professeurs de danse, d'escalade ou de chant.

B) Un stage en équithérapie

a) Présentation

Chaque mardi après-midi, dans un centre équestre situé dans Bordeaux, j'effectue ce stage en équithérapie au sein de l'association. L'équipe encadrant cette médiation se compose d'une alternance entre deux kinésithérapeutes se relayant et d'une monitrice d'équitation. Les patients en médiation équine ont de 2 à 21 ans et viennent de manière régulière chaque semaine ou toutes les deux semaines sur cette demi-journée. Les poneys sont des shetlands et sont, la plupart du temps, toujours montés par les mêmes patients.

b) Espace et matériel

Les séances s'effectuent dans un manège incluant un matériel diversifié tels que des plots, balles, ballons, cerceaux, poteaux, gobelets ou barres (dures ou en mousse) permettant un large champ de travail. Les balades en extérieur à poney sont également investies grâce à un terrain vaste et irrégulier composé de nombreuses montées et descentes. Le sol est varié, tantôt dur avec des allées de terre ou de cailloux, tantôt mou avec des chemins boueux et des espaces

d'herbe. Ce vaste lieu permet de diversifier les expériences et donc les prises en charge des patients. Ces balades ne sont pas systématiques chez tous les patients. Elles sont proposées et adaptées en fonction du temps extérieur, mais dépend également de la météo émotionnelle et de la disponibilité du patient.

Le matériel d'harnachement utilisé correspond à celui présent en équitation. Celui-ci est, cependant, adapté en fonction du patient et des objectifs de la séance. Le filet et les rênes (*Annexe 1*) permettent au patient de conduire le cheval. La selle placée sur le tapis (*Annexe 1*) permet une monte confortable, contenue et un appui des pieds dans les étriers. D'autre part, le licol et la longe (*Annexe 1*) permettent au thérapeute de conduire le cheval alors que le sujet se trouve sur son dos. Ces outils peuvent également permettre au patient de promener le poney à pied.

Si pour la plupart des patients la selle standard (*Annexe 1*) est utilisée, pour certains patients elle ne convient pas et il existe donc d'autres types de selles. La bardette (*Annexe 1*), par exemple, permet d'appuyer la contenance du bassin avec des supports avant et arrière. Quand à la selle plate (*Annexe 1*), elle prend davantage la forme de la morphologie du cheval et se rapproche donc de la monte à cru (c'est à dire monter à cheval sans utilisation de selle), permettant de mieux percevoir les mouvements et la respiration du cheval qu'une selle standard. Le surfaix (*Annexe 1*) permet à l'enfant d'éprouver la monte à cru tout en ayant la possibilité de s'accrocher et de se stabiliser grâce à un anneau permettant une saisie manuelle.

Néanmoins, la monte n'est pas systématique dans les prises en charge. En effet, la thérapie peut-être à pied, guidant le poney à l'aide d'autres outils comme les longues-rênes (Le patient se place derrière l'équidé et le mène grâce à de longues rênes rattachées au filet.)

Concernant la médiation équine, la diversité du matériel est donc indispensable à une prise en charge adéquate et adaptée du patient. Les différentes variétés d'outils permettent d'offrir au patient de nombreuses expériences sensori-motrices. Au travers du matériel, le thérapeute peut ajuster la séance en fonction du sujet et de son état émotionnel du moment, de sa pathologie, de ses demandes et de l'objectif de la séance. Le thérapeute prend également en considération le confort du poney. Par exemple, si certains ne supportent pas les longues rênes, d'autres équidés présentent de la peur face à un ballon lancé. Il est alors nécessaire de modifier la séance ou alors de prendre un poney plus adapté à ces propositions.

c) Organisation et prise en charge des patients

Chaque mardi après midi, six séances de trente minutes sont prévues à l'exception de la dernière séance durant une heure et essentiellement guidée par la monitrice. Si certaines prises en charge sont individuelles, d'autres sont par deux ou par trois excepté la dernière séance

accueillant un groupe de six enfants. Le suivi des patients est programmé sur toutes les deux semaines.

C) La luxation congénitale de Fanny

a) Anamnèse

1- L'histoire de sa naissance

Prématurée, Fanny est née à 34 semaines d'aménorrhée d'une grossesse compliquée. La mère de l'enfant souffre alors d'hypertension et de diabète gestationnel ainsi que d'un décollement placentaire, tout comme ses autres enfants. Dès sa naissance, Fanny reste 8 jours à l'hôpital et une chirurgie orthopédique est réalisée à ses trois mois en raison d'une luxation congénitale de hanche que nous détaillerons. Elle est décrite par ses parents comme un bébé calme qui ne pleurait presque pas. Si Fanny ne présente pas de trouble du sommeil, elle prend peu de poids à cause de ses difficultés alimentaires.

Du côté de son développement psychomoteur, Fanny rampe bien, expérimente ses premiers pas à 18 mois sans passer par le quatre pattes, mais en immobilisant sa jambe droite en position assise pour avancer. Cela pose alors la question de l'intégration du schéma corporel de son espace inférieur droit. Elle prononce ses premiers mots vers dix mois et devient propre à deux ans et demi. Fanny est actuellement au CE1.

2- Sa pathologie

Atteinte d'une luxation congénitale de la hanche droite accompagnée d'un pied bot en varus équin de ce même côté (*Annexe 2*), Fanny, 7 ans et 7 mois, est atteinte dans la mobilisation de son segment inférieur droit, ce qui rend difficile ses déplacements dès sa petite enfance. Elle ne peut ni fléchir son genou droit ni ouvrir sa hanche droite. Elle est également atteinte de polydactylie (6 orteils à chaque pied). Fanny porte une attelle pour soutenir son pied et l'aider lors de la marche. Volontaire et souriante, l'enfant est, cependant, fatigable de par sa pathologie et les adaptations que cela lui demande au quotidien.

3- Contexte familial

Benjamine d'une fratrie de quatre enfants, Fanny a un frère de 24 ans, une sœur de 21 ans et un frère de 15 ans avec lesquelles elle s'entend bien. Néanmoins, dans sa petite enfance, Fanny repousse régulièrement sa sœur, qui a été hospitalisée pour une dépression et un trouble de l'humeur. La mère de Fanny exprime être fusionnelle avec sa fille et particulièrement protectrice.

b) Parcours de soins

Au cours de sa vie, Fanny a été opérée à ses 3 mois, 7 mois, 18 mois, 2 ans, 3 ans. La plupart de ces interventions ont été suivies par une immobilisation avec le port d'un plâtre. L'enfant a toujours été suivie en kinésithérapie en raison de sa particularité physique. Elle est prise en charge en psychomotricité durant un an entre 2020 et 2021. Cependant, une interruption des soins est causé par le départ de la psychomotricienne. Compte tenu de symptômes de dyslexie, l'enfant débute une prise en charge orthophonique en début d'année. Elle expérimente l'équithérapie dès la naissance de l'association soit depuis quatre ans. Fanny effectue également d'autres médiations telles que de l'escalade, du chant et de la danse au sein de cette même association. En parallèle de l'équithérapie, j'ai la chance d'accompagner cette enfant au sein de la médiation escalade et danse, ce qui me permet une compréhension plus exhaustive et plus fine de son fonctionnement psychomoteur.

c) Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur est réalisé en mars 2020 auprès de Fanny. Ce dernier met en avant une dextérité manuelle de bonne qualité qui semble compenser ses difficultés de déplacements et d'appuis sur ses membres inférieurs. Elle évoque également une bonne capacité de coordinations bi-manuelles et globales, d'attention et de concentration. En revanche, Fanny présente un manque d'intégration de son schéma corporel en lien avec une fragilité de son image du corps. L'enfant n'investit que peu l'espace inférieur de son corps, ce qui participe à entretenir un trouble de l'équilibre directement lié à sa pathologie. Sont également soulignés chez Fanny des troubles de la régulation tonico-émotionnelle.

II/ QUELQUES GRANDES NOTIONS DU HANDICAP MOTEUR

A) Définition

Par définition et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise* » (Camberlein, 2015). Cette définition officielle datant de 1980 met au premier plan les notions de scolarité et d'emploi qui apparaissent donc comme ancrées dans la culture de l'époque.

L'OMS relève trois grandes dimensions concernant le handicap : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

Tout d'abord, la **déficience** est lésionnelle. Elle correspond à « *toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique .* »(Définition du handicap, 2005). La déficience est organique et entraîne une incapacité. Elle peut être acquise, congénitale, permanente ou temporaire.

L'**incapacité**, notion fonctionnelle, représente la « *réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain* » (Définition du handicap, 2005). Elle représente la comparaison à une norme.

Enfin, le **désavantage** concerne le « *préjudice qui résulte de la déficience ou de l'incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels* » (Définition du handicap, 2005). Cet aspect situationnel entrave le sujet dans ses activités et dans sa vie relationnelle.

Nous pouvons donc constater que ces trois grandes notions s'imbriquent entre elles.

Le handicap moteur est défini comme une atteinte partielle ou totale de la motricité. Concernant surtout les membres supérieurs et inférieurs, elle entraîne chez le patient des difficultés dans le mouvement et dans le déplacement. L'altération de la motricité au niveau de la sphère respiratoire ou orale, elle peut parfois engendrer des difficultés à s'exprimer.

L'intensité du handicap moteur diffère selon chaque individu et peut s'étendre de troubles légers comme des rhumatismes à des troubles particulièrement lourds tels que la paralysie. Les troubles moteurs représentent donc un large panel de pathologies. Caractérisés par une déficience motrice, les origines du handicap moteur ont été organisées en quatre sections.

B) Quatre grandes déficiences du handicap moteur

a) Déficience motrice cérébrale

Conséquence à des lésions précoces des structures du cerveau, la déficience motrice cérébrale est une atteinte neurologique qui ne peut évoluer une fois installée. Les origines de cette déficience sont diverses. Elle peut être due à une paralysie cérébrale ou une Infirmité Motrice Cérébrale (IMC). Cette déficience peut également apparaître plus tardivement suite à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC), une tumeur cérébrale ou un traumatisme crânien. Ayant pour conséquences des répercussions majeures sur l'individu, la déficience motrice cérébrale peut engendrer de multiples troubles du tonus musculaire mais peut provoquer également des

mouvements incontrôlés. Si les muscles et le squelette ne sont pas touchés directement, le handicap peut, en se combinant à la croissance de l'individu, générer des déformations.

b) Déficience motrice d'origine médullaire

La déficience motrice d'origine médullaire, comme son nom l'indique, touche la moelle épinière. Elle est causée par un traumatisme ou une maladie de cette moelle. Les troubles qu'elle génère impactent l'influx nerveux moteur et sensitif. Les informations peuvent être altérées dans la transmission ou bien ne plus atteindre le cortex cérébral et donc ne pas être traitées.

La localisation de l'atteinte de la colonne vertébrale détermine sa gravité. Anatomiquement, les nerfs rachidiens conduisent le message nerveux de la moelle jusqu'aux différentes parties du corps auxquelles ils sont rattachés. Ces territoires d'innervation appelés métamères, assurent la motricité et la sensibilité de chacune des parties du corps. Chaque métamère correspond à certains nerfs rachidiens. Ce système se nomme la métamérisation. Ainsi, la moelle au niveau cervical est responsable de la motricité et de la sensibilité du bras. La moelle située au niveau thoracique garantit la motricité et la sensibilité du thorax. En bas de la moelle épinière, il agit sur la motricité et la sensibilité des membres inférieurs. (*Annexe 3*)

Ainsi, toute la partie inférieure d'une lésion de la moelle épinière est concernée par la déficience médullaire. Par conséquent, plus la lésion de la moelle épinière est haute, plus les répercussions sensitives et motrices sont importantes. Si une lésion thoracique ou lombaire entraîne une paralysie des membres inférieurs, nommée paraplégie, une lésion cervicale provoque une paralysie des quatre membres appelée tétraplégie. Selon les cas, la sensibilité et la motricité peuvent donc être impactées de manière partielle ou complète.

Ainsi, le système neuronal de la moelle épinière est donc en grande partie responsable de la motricité et de la sensibilité. En revanche, une atteinte du neurone de l'unité motrice au sein du muscle peut, elle aussi, constituer une déficience.

c) Déficience motrice d'origine neuromusculaire

Cette déficience évolutive trouve son origine principalement dans des maladies génétiques telles que les myopathies ou l'amyotrophie spinale infantile. La déficience motrice d'origine génétique entraîne une perte progressive de la force musculaire et est responsable de troubles moteurs, digestifs, de la déglutition. Une insuffisance respiratoire ou cardiaque peuvent

également découler de cette déficience. Portant atteinte au squelette, le patient peut présenter des déformations orthopédiques.

d) Déficience motrice d'origine ostéo-articulaire

La déficience motrice d'origine ostéo-articulaire correspond à une atteinte des os et des articulations. Elle est provoquée par divers facteurs tels que les lésions rhumatismales, ou les malformations entraînant une absence ou anomalie d'un membre. Elle peut être également due à une anomalie dans la formation de l'os et limite la dextérité et la mobilité de la personne atteinte.

FANNY présente une déficience motrice d'origine ostéo-articulaire de par sa luxation congénitale touchant sa hanche droite et son pied droit.

III/ LES ÉMOTIONS : CES MANIFESTATIONS A ACCOMPAGNER CHEZ L'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP MOTEUR

A) Regard global sur l'émotion

a) L'émotion qu'est-ce que c'est ?

Le mot « *émotion* » provient du latin « e-movere » signifiant « *mouvement en dehors* ». L'émotion est un phénomène complexe, propice à la relation, qui touche chaque être humain et qui, pourtant, est difficile à définir. A ce jour, il n'existe aucune définition consensuelle. Subjectives, les émotions sont des phénomènes abstraits qui ne peuvent être ressenties autrement que par la personne qui les éprouve. Selon V. HERRMANI, l'émotion est un « *état psychologique complexe comportant une expérience subjective, une réponse physiologique, une réponse comportementale ou subjective* » (Victoria Herrmani, 2018). Cette définition offre un regard global sur l'émotion alliant la subjectivité à la composante physiologique et comportementale.

En 1972, Paul ECKMANN décrit six émotions universelles dites primaires : la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la joie et la surprise. En 1999, il ajoute à cette liste la honte, l'embarras, le mépris, la satisfaction. Si les émotions possèdent chacune des caractéristiques qui leur sont propres, les nuances de ressenti et d'expression sont aussi nombreuses qu'il existe d'individus. Selon R. PLUTCHIK, les émotions primaires se combinent ensemble. Elles s'opposent, s'entrecroisent, se juxtaposent pour créer des émotions complexes façonnant la singularité émotionnelle de chacun.

Les émotions sont des phénomènes internes et externes. Elles nous relient en permanence à l'environnement et nous permettent d'agir dessus. De courte durée, brutales et intenses, les émotions prédisposent à la relation de par leur caractère expressif. Elles sont en perpétuelle réciprocity avec nos pensées et nos sensations corporelles.

Noé, jeune garçon de 7 ans, exprime sa colère à coté du poney au travers de mouvements brusques, cherchant à donner des coups de pieds à l'adulte, en lui jetant du sable et en criant dans sa direction. Cette réaction forte, soudaine tournée en direction du professionnel de santé, met en avant une difficulté pour Noé à réguler ses comportements, la colère prenant toute la place.

Les **sentiments** naissent des émotions. Par une construction psychique et affective, le sentiment se différencie de l'émotion par une intensité atténuée et s'inscrit dans une temporalité plus longue. Le sentiment trouve son origine dans le lobe frontal du cerveau, région de la pensée logique et de la motricité volontaire. Celui-ci émerge de notre propre interprétation cognitive d'une sensation ou d'une situation. Le sentiment est donc composé de plusieurs émotions.

Chargé d'une signification psychanalytique et décrit pour la première fois par S. FREUD, l'**affect** émerge de l'état pulsionnel du sujet. Construit dans les états inter et intra-subjectifs, SPINOZA ne considère pas les affects comme des états mais comme des variations d'interactions entre le sujet et son rapport au monde. La pulsion, sous forme d'affect, permet l'expression énergétique au monde au travers d'un objet et tiens compte de la mémoire inconsciente.

Ainsi, l'émotion se différencie de l'affect et du sentiment par une expression corporelle et immédiate trouvant son origine dans une excitation psychique du sujet. Elle émerge du système limbique, spécialisé dans le traitement des émotions, et précède un éventuel retour cognitif. Les expressions de ces émotions et les ressentis associés émergent d'un développement émotionnel.

b) Développement émotionnel chez l'enfant

Les émotions sont portées par l'enfant dès les premiers instants de sa vie et sont au cœur des interactions précoces avec les parents. Au travers de ses manifestations physiques, le bébé arrive à transmettre certains états dans lesquels il est plongé. Sa maturation psychique et cognitive ne lui permet pas de mettre des mots sur ses émotions qui n'ont pas de sens, pour lui. Le processus de perception et de mise à distance de l'émotion, long et progressif, est possible grâce aux interactions de l'adulte. Selon les réponses parentales, générant satisfaction ou frustration, le bébé ressentira apaisement, joie, tristesse ou colère et construira son propre rapport aux émotions.

Selon H. WALLON, permettant de communiquer et de s'exprimer, l'émotion est fondamentale dans la construction de l'individu. Dans son livre « L'évolution psychologique de l'enfant », il décrira deux grands stades de développement émotionnel chez l'enfant.

Le stade impulsif, de zéro à trois mois, est caractérisé par une motricité désorganisée et un état tonique hétérogène. Le bébé est dépendant de son environnement. Par leur propre tonus, les parents transmettent à l'enfant une première expérience de sensations corporelles qui vont, peu à peu être intégrées par le bébé. Les réponses de l'entourage orientent donc la construction émotionnelle de l'enfant, celle-ci reposant sur les impressions sensorielles.

Entre trois et six mois, H. WALLON décrit le stade émotionnel, permettant la création du lien affectif avec la famille. L'émotion est au premier plan de l'expression. Le sens émotionnel posé par l'entourage sur les réactions toniques du bébé, ses cris, ses pleurs, permet l'édification de ce qui deviendra ses émotions.

W. R BION décrit, dans son ouvrage « Aux sources de l'expérience », l'importance de la soutenance psychique de la mère permettant les fondations de l'attachement et les premières esquisses émotionnelles qu'il nommera « *la rêverie maternelle* » (Bion & Robert, 2007). Lors de ses travaux, l'auteur met en avant deux types de pensées. Le bébé, dont l'appareil psychique est immature, a des pensées dites « bêta » (Bion & Robert, 2007). Ce sont des impressions sensorielles non assimilées, occasionnées par des stimulations créant une excitation informelle ne pouvant être psychiquement intégrée par le bébé. Les pensées « alpha » (Bion & Robert, 2007) sont les impressions sensorielles organisées, assimilées, pensées. Par ces éléments « alpha », la mère met du sens sur les sensations de l'enfant. Elle les pense pour lui et traduit les expériences brutes vécues par le bébé au travers de ses projections, de ses mimiques, de sa prosodie ou de son regard. La mère accueille le vécu de son enfant. Elle lui fait un retour psychique, corporel et émotionnel de ses sensations. Cette fonction constitue la première forme de travail de représentation et constitue, pour le bébé, un tremplin à la reconnaissance et à l'intégration de ses propres émotions. Les pensées de l'enfant sont donc appelées « éléments-alpha » (Bion & Robert, 2007).

D'après S. DENHAM, les compétences émotionnelles évoluent selon l'âge de l'enfant. De 18 à 24 mois, l'enfant se nourrit des émotions primaires de l'adulte pour se les approprier. De 24 mois à 3 ans, les émotions deviennent davantage sociales. Émerge alors le sentiment de honte ou de jalousie, par exemple. De 3 à 6 ans, l'enfant est capable d'un retour cognitif sur ses émotions, il peut les verbaliser et les comprendre. Enfin, de 6 à 12 ans, l'enfant est en capacité de comprendre des émotions complexes, c'est à dire l'ensemble de sentiments combinés entre eux.

De nombreux facteurs sont à l'origine de la construction de l'enfant contribuant à l'élaboration de sa singularité émotionnelle. Parmi les facteurs intrinsèques, le tempérament, le genre, le développement moteur, cognitif et neurologique influencent le développement des compétences émotionnelles. Les facteurs extrinsèques comme la famille et la culture ont également un impact dans ce développement.

Progressivement, les émotions sont intégrées, assimilées par l'enfant pour finalement aboutir à une réflexion cognitive et un contrôle de ses émotions. Se construit alors l'intelligence émotionnelle.

c) Notion d'intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle est décrite par P. SALOVEY et MEYER comme étant au carrefour des émotions et de la cognition. Elle repose sur un modèle de quatre branches. La première est constituée de la **perception émotionnelle** ou capacité à conscientiser des émotions et à pouvoir les exprimer de manière adaptée. Le deuxième processus est la **capacité d'intégration des émotions**. Elle désigne les aptitudes à reconnaître ses propres émotions et leur retentissement sur notre propre pensée. **La compréhension émotionnelle**, troisième branche du modèle, correspond à la capacité de connaître et comprendre ses émotions dans leurs causes, conséquences et mécanismes. Pour finir, l'intelligence émotionnelle émerge également de **l'habileté à manier ses propres émotions et celles d'autrui**. (Annexe 4)

D. GOLEMAN reprend les travaux des auteurs précédents en décrivant l'intelligence émotionnelle comme acquise et en perpétuel remaniement au cours de la vie. Pour lui, cinq éléments sont à l'origine de l'intelligence émotionnelle : La conscience de soi, l'auto-régulation, la motivation interne, l'empathie et les habiletés sociales. La **conscience de soi** prend en compte la capacité de reconnaître et comprendre ses émotions. Notion étroitement liée à la confiance en soi, l'**auto-régulation** est une maîtrise de ses émotions relevé d'une capacité d'adaptation. La **motivation interne** représente une volonté réelle et authentique du sujet, elle est moteur du changement et est à l'origine de la persévérance. **L'empathie** permet la compréhension et l'identification des émotions sur autrui. Elle favorise l'adoption de comportements appropriés dans la relation, appelées **habiletés sociales**. Agissant comme un cercle vertueux avec la confiance en soi, cet élément permet de tisser des liens stables et de confiance dans une reconnaissance émotionnelle et dont découle une meilleure écoute de soi et de l'autre.

R. BAR-ON décrit l'intelligence émotionnelle comme « *un ensemble d'aptitudes, de compétences et d'habiletés non cognitives qui influencent la capacité de l'individu à réussir en s'adaptant aux pressions et aux exigences de son environnement* » (Bar-on, R. & Parker, J.D.A.,

2000). Il s'intéresse au « *Quotient Émotionnel* » (Bar-on, R. & Parker, J.D.A., 2000), prenant en compte les capacités d'adaptation, la confiance en soi ainsi que les comportements envers autrui. L'auteur met en évidence cinq composantes de l'intelligence émotionnelle comme la perception de soi, l'expression individuelle, les relations humaines, la prise de décision et la gestion du stress. (Annexe 5)

De ces réflexions émerge une pensée commune. En effet, l'intelligence émotionnelle repose sur la possibilité de reconnaître et comprendre les structures émotionnelles de soi mais également de l'autre. Cette intelligence émotionnelle permet de trouver des stratégies dans le but de réguler ses émotions et d'adopter des comportements adaptés dans la relation à l'autre.

B) Régulation émotionnelle : A la recherche d'un équilibre interne et externe

a) Pourquoi réguler ses émotions ?

Les émotions ont toujours été essentielles dans la survie de l'être humain, dans ses capacités d'adaptation et jouent un rôle majeur dans les interactions sociales. Cependant, des émotions non régulées peuvent entraîner un dysfonctionnement émotionnel portant atteinte à l'intégrité du sujet.

De la gestion émotionnelle découle une harmonisation de soi, un apaisement interne et une capacité d'adaptation sociale optimale. Élément essentiel dans la quête de l'épanouissement et du développement personnel, la régulation émotionnelle favorise une sécurité intérieure et contribue à l'édification d'un socle stable sur lequel repose la relation à l'autre.

Un dysfonctionnement de cette capacité de régulation émotionnelle peut entraîner des conséquences importantes sur le quotidien de l'individu. L'expression brute des émotions et l'envahissement émotionnel prennent le pas sur la capacité à raisonner pouvant ainsi entraîner des conduites destructrices pour soi comme pour l'autre. L'apprentissage est également impacté par l'excès émotionnel venant entraver les processus cognitifs tels que la mémorisation et l'attention. Les émotions peuvent également influencer les perceptions et les prises de décision.

Une tristesse trop prononcée peut enrayer l'activité psychique et motrice en engendrant une brachypsychie, un ralentissement psychomoteur voire une anesthésie des affects. Une colère envahissante génère une hypertonicité et peut engendrer de la violence verbale et physique pouvant être perçue de façon particulièrement négative par autrui. De la même façon, une peur exacerbée peut impacter le fonctionnement physiologique de l'organisme, ayant une incidence défavorable sur l'activité cardiaque. Elle peut également provoquer une paralysie et des

comportements non maîtrisés. Si elles ne sont pas accueillies et contenues, les émotions peuvent s'auto-alimenter en un véritable cercle vicieux. Si elle n'est pas entendue, écoutée, encadrée, si un support émotionnel n'est pas posé, l'émotion prend de l'ampleur et génère une désorganisation interne qui se manifeste au travers de comportements externes. L'expression forte de ces différentes émotions contribue à altérer la confiance en soi mais également le bien-être psychique et corporel du sujet, avec une altération des capacités cognitives et provoquant un isolement relationnel.

*Lors d'une séance de médiation danse en groupe, **Fanny** commence par courir en riant avec les autres. Puis, soudainement elle s'arrête pour s'isoler dans un coin de la salle, le visage fermé, le regard vers le sol. Elle semble alors rechercher une certaine contenance au travers de l'adossement au mur et un ancrage dans le sol. Elle semble ne pas parvenir à verbaliser ses ressentis. Sa tristesse la pousse alors à s'isoler du groupe.*

b) Le développement de la régulation émotionnelle chez l'enfant

Selon KOPP et NEUFELD, les stratégies utilisées dans la régulation émotionnelle de l'enfant fluctuent selon des facteurs intrinsèques tels que le tempérament ou les habiletés cognitives, et des facteurs extrinsèques comprenant l'environnement social. Décrit par M. MIKOLAJCZAK et M. DESSEILLES, les différents stades de la régulation émotionnelle s'inscrivent dans une dynamique relationnelle et comportementale.

Le **stade indifférencié** concerne l'enfant de **0 à 3 mois**. A la base du développement émotionnel, ce stade est intimement lié aux mécanismes réflexes du nourrisson et repose sur une indifférenciation des signes émotionnels. L'enfant ne dispose pas d'un large panel de possibilités d'expression et peut traduire différentes émotions par une même manifestation comme les pleurs pour transcrire une douleur ou un inconfort, par exemple.

Le nourrisson use de stratégies intra-personnelles comme la succion de son pouce ou le contact par le regard, permettant à l'adulte de percevoir ses besoins et d'y répondre de manière adéquate. A ce jeune âge, ces stratégies restent, néanmoins, limitées. La régulation émotionnelle repose essentiellement sur la capacité interprétative des parents face aux expressions sensori-motrices du bébé. Ces stratégies inter-personnelles favorisent l'attachement sécure entre l'enfant et son parent. Parmi ces stratégies, le doudou permet à l'enfant de s'apaiser en l'absence de la mère. D. WINNICOTT parle du doudou comme « objet transitionnel » (Winnicott & Harrus-Révidi, 2010), soit un lien que l'enfant investit et matérialisé entre la dyade maternelle et le

monde extérieur. Le doudou constitue donc pour l'enfant une façon de réguler ses émotions en l'absence du référent affectif.

*Si **Fanny** a de multiples doudous, elle ne s'attache pas à un en particulier qui permettrait de supporter l'absence de la mère. En revanche, l'objet transitionnel prend la forme d'une sucette qu'elle porte toujours à l'heure actuelle. Or, si un objet transitionnel perdure au-delà de six ans, cela peut traduire une certaine immaturité psycho-affective souvent associée à une immaturité émotionnelle.*

De **3 à 24 mois**, le **stade d'émergence des signes émotionnels différenciés** est caractérisé par la différenciation de l'expression émotionnelle du bébé. Sa capacité à envoyer des signaux corporels et émotionnels plus élaborés contribue à l'ajustement des réponses affectives et comportementales des parents envers leur enfant. Le co-régulateur, soit la personne accueillant les états de l'enfant et y répondant, peut donner sens à l'expression émotionnelle du nourrisson. A partir de ses émotions primaires, le bébé prend conscience de ses propres réactions émotionnelles et développe ses stratégies de régulation intra-personnelles sur l'imitation du parent. Son développement moteur lui permet, en parallèle, l'acquisition de la symbolique vers 2 ans ainsi que d'apprivoiser ses émotions par l'exploration de celles-ci dans le jeu. Il peut désormais se détourner des sources émotionnelles négatives pour s'orienter vers les émotions qui lui sont agréables. Ce sont les premiers pas vers l'autonomisation.

Le **stade de développement de la régulation émotionnelle intra-personnelle** concerne l'enfant entre **2 et 6 ans**. Durant cette période, l'enfant apprend et s'approprie le langage. Il construit alors ses propres représentations du monde. En arrivant à mettre des mots sur ses émotions, il acquiert alors une nouvelle stratégie de régulation émotionnelle. Dans un encouragement à l'autonomisation, les parents ne répondent pas, dans l'immédiat, à la demande de leur enfant qui doit alors faire face à la frustration. Ce processus encourage au développement de ses stratégies intra-personnelles et à des comportements auto-régulateurs, en appui à son développement cognitif et moteur. Le parent, support d'imitation pour l'enfant, reste un pilier ressource dans la régulation émotionnelle. Les premières expressions émotionnelles sociales voient le jour telles que la culpabilité ou la honte.

Enfin, le **stade de l'intériorisation des stratégies** correspond à la tranche d'âge de **6 à 10 ans**. L'enfant comprend les causes de ses émotions et arrive à discerner les composantes expressives et intéroceptives de celles-ci. L'émotion est contenue et son expression amoindrie, afin de répondre aux normes sociales et aux attentes lors des interactions. La mise en place de stratégies intra-personnelles plus développées que les stades précédents permettent à l'enfant

une autonomisation de la régulation émotionnelle découlant de la connaissance de ses propres états émotionnels.

Ainsi, la régulation émotionnelle s'inscrit dès la naissance et conditionne la façon dont l'enfant reconnaît et se saisit de ses émotions. La sphère affective et relationnelle se trouve au cœur de la capacité de l'enfant à identifier et mettre en sens ses émotions et son vécu émotionnel. Loin d'être muettes, les manifestations émotionnelles sont parfois inconscientes et permettent une expression corporelle contribuant à la régulation.

c) La place de l'expression corporelle dans la régulation des émotions

1 - Manifestations physiologiques

Si les manifestations physiologiques dépendent de l'individu lui-même, de son environnement familial et culturel, chaque émotion correspond à une base biologique initiale. Les réponses physiologiques propres à l'émotion jouent un rôle d'adaptation au monde qui nous entoure et contribuent, depuis la naissance de l'Homme, à la survie de notre espèce. La sudation, l'accélération du rythme cardiaque et respiratoire, mais également une vasodilatation des artères et une décharge hormonale préparant l'organisme à la fuite efficace d'un danger.

L'expression émotionnelle joue également un rôle important dans les interactions sociales et permet de lier notre monde interne à notre environnement extérieur. L'expression corporelle de ces ressentis contribue à l'intégration au sein d'un groupe en permettant l'activation de l'empathie que nous développerons plus tard. La manifestation de ces ressentis intérieurs active la capacité d'identification à l'autre et encourage la relation.

Les sensations découlant de l'émotion nourrissent nos expériences émotionnelles et nous permettent de reconnaître nos émotions, d'y mettre un sens et de les relier à une histoire. La sensation et l'émotion s'imbriquent ensemble pour sculpter l'histoire émotionnelle de l'individu. Si l'émotion provoque la sensation, cette dernière peut également donner naissance à l'émotion elle-même. Un ressenti peut faire appel à des souvenirs empreints d'émotions et d'affects.

2 - Expressions faciales

Si le visage est la partie la plus visible et exposée du corps humain, il est également marqueur de l'identité du sujet. Au travers des yeux, des sourcils et de la bouche, le

visage est essentiel aux interactions sociales et permet de traduire son état affectif à autrui. L'expression faciale favorise le développement de l'intelligence émotionnelle.

Les micro-expressions faciales sont des manifestations émotionnelles involontaires et inconscientes. Soudaines et brèves, elles durent en moyenne un tiers de seconde et se manifestent avant la possibilité d'une régulation émotionnelle. Ces micro-expressions traduisent l'émotion de manière authentique. Elles sont découvertes en premier par E. HAGGARD et K. ISSACS en 1996 alors qu'ils s'intéressent à la communication verbale entre le thérapeute et le patient.

Selon P. EKMAN, les six émotions primaires qu'il identifie sont marquées par des expressions faciales innées et universelles. Il définit également les différents muscles du visage utilisés pour chaque émotion.

3 - Voix

Messagère du corps et des émotions au travers de l'expression orale et de la verbalisation, la voix, étroitement liée à la respiration, fait le lien entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Comprise dans le para-verbal, la voix implique l'intonation, le volume, le débit de paroles mais également le timbre propre à chacun. Ancrée profondément en nous, elle se manifeste dès le début de la vie par le premier cri du nourrisson. Selon J. BOWLBY, les interactions vocales jouent un rôle particulièrement important dans l'attachement qu'il décrit comme un véritable « *cordón ombilical acoustique* » (*Bébé s'exprime*, 2022). Les vocalisations émises par le bébé sont investies par la mère qui l'imité, lui répondant vocalement, favorisant l'interaction entre la mère et l'enfant.

E. FRESNEL évoque l'étroite alliance entre la voix, la posture, la respiration et le corps. Les cordes vocales sont reliées aux poumons et à de nombreux muscles du tronc. Une émotion forte impactera le nerf vague contrôlant le larynx qui se contractera. La respiration est alors difficile, la gorge semble être prise comme dans un étau. En conséquences, on peut constater des modifications des paramètres vocaux comme des tremblements, des changements dans le timbre ou dans la fréquence vocales. Vectrice de communication, elle permet de transmettre une expérience émotionnelle à l'autre sans l'utilisation du langage verbale. Intimement liée au tonus pneumatique décrit par A. BULLINGER, la voix trouve son enracinement au plus profond de nous et exprime, à notre insu, nos émotions les plus enfouies.

4 - Tonus

Toile de fond de tous nos affects, le tonus est à la base de la posture et du mouvement, mais également du sentiment d'existence. L'origine provenant du Grec « *tonos* » signifiant

« tension », il permet l'intégration des expériences sensorielles appelé par S. FREUD le Moi Corporel. En reprenant ce terme, G. HAAG met en avant le caractère unifiant et contenant physique et psychique du tonus participant à la formation du sentiment d'axe corporel. Cet axe vertébral permet la structuration et l'articulation des deux hémicorps auxquels il est rattaché.

Il existe trois formes de tonus décrites par J.M ALBARET. Le **tonus de fond** est une toile profonde unifiant le corps dans sa globalité. Il contribue au sentiment d'unité et soi. Le **tonus postural** désigne un recrutement tonique durable permettant de maintenir de multiples positions. Il contribue à la libération de la motricité segmentaire et prépare au mouvement. Quant au **tonus d'action**, il est volontaire et engage le mouvement dans sa dimension spatiale.

Au travers de son livre « Cinq leçons sur la psychanalyse » (1909), S. FREUD étudie les travaux de J. BREUER sur l'hystérie et explique que la répression émotionnelle d'un traumatisme psychique génère un état pathologique transcrite plusieurs années plus tard au travers d'états toniques incontrôlés. « *La malade de Breuer dans toutes les situations pathogènes, devait réprimer une forte émotion au lieu de la laisser s'épancher par les voies affectives habituelles, paroles et actes* » (Freud et al., 2015).

Pour H. WALLON, le tonus est fondamental au développement psychomoteur. Il est la première forme de communication entre la mère et le bébé sur laquelle se façonnent l'attachement. Pilier du mouvement et de la posture ; support des émotions et des interactions, le tonus s'exprime au monde qui nous entoure et se nourrit de nos sensations et perceptions provenant de l'extérieur.

Ainsi, l'émotion est corporelle et influence trois phases permettant l'action. La **préparation au mouvement** est caractérisée par la modification de l'état tonique des muscles dans le but de l'exécution d'une l'action. Cette phase précède le **maintien de cet état de tension** avant de permettre **l'exécution du geste** au travers d'une décharge tonique. Une défaillance lors d'une de ces trois phases, peut générer des troubles musculaires ou de coordinations, des difficultés de structuration du schéma corporel mais touche également la sphère relationnelle. En effet, une action dominée par l'émotion ne se conforme pas à l'environnement, lui-même soumis à des normes sociales. De manière réciproque, la qualité du geste a une incidence sur l'état émotionnel de l'individu. Nous allons justement nous pencher sur les conséquences émotionnelles des retentissements psychomoteurs pour l'enfant porteur de handicap moteur.

C) De répercussions psychomotrices à émotionnelles chez l'enfant porteur de handicap moteur

Le handicap moteur est souvent réfléchi comme un axe de rééducation et un accompagnement physique pour palier la déficience motrice. Au premier abord, les

répercussions émotionnelles ne sont pas considérées comme prioritaires. Pourtant, celles-ci sont, comme on a pu le voir, à la base du développement corporel, psychique, et affectif de l'enfant. Les fragilités émotionnelles générées par le handicap moteur ont un vaste impact sur la vie de l'enfant.

a) Des compétences motrices impactées

Le handicap moteur se traduit par des difficultés de déplacement, de changement de position ou lors de la manipulation d'objets. Cela touche également les praxies et l'équilibre.

Le déplacement de la personne en situation de handicap moteur est souvent accompagné d'aides techniques telles qu'une canne ou un fauteuil roulant. Les répercussions motrices sur le quotidien de la personne varient selon l'intensité et la nature de la limitation fonctionnelle. Si les déplacements et les activités quotidiennes au sein du domicile peuvent être compliquées, l'anxiété générée lors de déplacements extérieurs est non négligeable. Les transports en communs, les établissements, l'organisation urbaine restent souvent des environnements non adaptés au handicap moteur. Les escaliers, marches et trottoirs très présents dans les rues, dans les commerces, sont des éléments qui peuvent rendre les déplacements particulièrement compliqués et donc exacerber le repli sur soi et les émotions négatives.

Inscrit dans le mouvement, l'humain ressent le besoin de bouger dès la gestation. « *Un bébé seul, ça n'existe pas.* » (Denis, 2007) D. WINNICOTT met en avant la vulnérabilité du bébé et son besoin de l'autre. A la naissance, l'organisation tonique se caractérise par une hypotonie axiale et une hypertonicité distale. Les mobilisations par les portages et les changements de posture permettent à l'enfant de s'organiser corporellement grâce à une sécurité physique et affective. Selon BULLINGER, l'effet de la pesanteur a un impact d'autant plus important pour les nouveaux-nés prématurés en raison de leur plus grande faiblesse musculaire. Le maintien ou le changement de position peut être entravé chez la personne en situation de handicap moteur et peut donc être problématique. Chez toute personne, rester dans une même position peut provoquer des douleurs, voire des escarres, résultants d'une mauvaise irrigation sanguine.

Les praxies sont, par définition, un ensemble de mouvements coordonnés qui tendent vers un but. Une maladie musculaire peut fortement enrayer le recrutement tonique nécessaire à la manipulation d'objets. Ainsi, la préhension d'objets usuels suscite d'avantage d'efforts et peut plonger l'enfant dans de nombreuses situations d'échecs. La difficulté générée remet en cause les capacités de l'enfant atteint dans son image du corps. Les coordinations oculo-manuelles, bi-manuelles et dynamiques générales peuvent être limitées suite aux troubles musculaires et/ou neurologiques. Les coordinations sont étroitement liées à la dissociation des mouvements. Elles permettent une harmonisation et une fluidification de la motricité. Un

handicap physique entrave le mouvement et donc l'expression émotionnelle par le corps est parfois impossible. Or une émotion réprimée ne peut être régulée. Le développement des coordinations dynamiques générales dépendent du développement psychomoteur de l'enfant, de sa maturation cérébrale, de ses aptitudes personnelles et de ses expériences vécues. Le handicap fonctionnel, en plus d'entraver la motricité, peut empêcher certaines expérimentations motrices importantes dans la construction du développement psychomoteur de l'enfant. Les limitations fonctionnelles impactent l'enfant, pouvant générer anxiété, colère, repli et perte d'estime de soi.

*En raison de sa pathologie, **Fanny** présente une différence de longueur entre ses membres inférieurs ainsi qu'une flexion de genou limitée et une marche en extension du côté droit. L'amplitude de hanche limitée est compensée par un décalage du bassin. Ces atteintes entraînent une faiblesse musculaire du membre inférieur et Fanny n'a d'autre choix que de marcher en fauchant, ce qui limite ses expériences. Sa jambe figée, elle tente de trouver des stratégies de compensation en investissant le haut de son corps. Mais ses coordinations contro-latérales et homolatérales étant entravées, Fanny est en difficulté pour s'organiser corporellement dans le ramper et dans la réalisation du quatre pattes. Un désinvestissement de son hémicorps droit altère également son développement psychomoteur.*

b) Une expression corporelle limitée

Si nous avons pu constater qu'une altération de l'expression tonique de l'émotion peut engendrer divers troubles, l'enfant porteur de handicap moteur est d'autant plus touché qu'il est entravé dans l'action.

L'expression est un « mouvement partant de l'intérieur pour aller vers l'extérieur, avec une intention de communication » selon C. POTEL. Co-existent alors deux espaces, le dedans et le dehors, l'articulation des deux permettant le mouvement. Avant l'expression, naît l'impression. Issue d'un regard sur soi, l'impression est construite dans la relation à l'autre, dans l'éprouvé corporel et psychique. Le corps devient support des émotions et le mouvement transcrit un état interne. L'expression corporelle, vectrice d'émotion et de créativité, est un pont vers la symbolisation. Mettant en jeu l'expérience sensorielle, la latéralité, l'équilibre et le vécu proprioceptif, l'expression corporelle s'inscrit dans l'histoire relationnelle, subjective et psychomotrice du sujet. Au premier plan, le moteur prend tout son sens et contribue à l'harmonisation de l'expression corporelle.

L'atteinte motrice, en limitant l'expérience corporelle, contribue à entraver l'acquisition de la symbolisation et des représentations. Les émotions, par l'incapacité mécanique du mouvement, sont plus ou moins difficilement exprimées par le corps. De ce fait, les repères spatiaux tels que la sphère dedans-dehors, devant-derrrière ou droite-gauche s'en trouvent

déséquilibrés. Les entraves corporelles entraînent de forts éprouvés émotionnels pouvant amener une difficulté d'intégration de ces repères mais également une dévalorisation et un repli du sujet.

c) Une altération dans la construction du Schéma Corporel et de l'Image du Corps

1 - Schéma Corporel (SC)

De la psychanalyse à l'orientation cognitivo-comportementale, la notion de Schéma Corporel a traversé de nombreux courants de pensées. Garant de notre unité corporelle, les auteurs s'accordent à dire que le Schéma corporel se construit au travers des différentes expériences au monde du sujet.

Pour F. DOLTO, le schéma corporel est « *une réalité de fait, en quelque sorte notre « vivre charnel » au contact du monde physique. (...) »* (Dolto, Seuil, 1984). Sa construction et son évolution dépendent des apprentissages et des expériences s'inscrivant dans le moment présent. D'après la psychanalyse, les expérimentations du sujet résultent de son vécu organique, sensoriel.

Entre psychanalyse et neurosciences, J. DE AJURIAGUERRA aborde le Schéma Corporel comme édifié à partir d'« *impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles (...) »* (De Ajuriaguerra, Masson, 1970). Par conséquent, le corps devient support sensoriel de la représentation de soi et de ses mouvements.

J.M ALBARET reprend ces définitions pour caractériser le Schéma Corporel comme un « *ensemble de représentations pour l'action (...) »* (Albaret, Solal, 2011) renseignant sur le positionnement et la localisation spatiale corporelle tout en permettant la programmation à la réalisation de la séquence motrice.

Si la construction du Schéma Corporel est étroitement liée aux apprentissages corporels et sensoriels, le handicap moteur entrave le sujet dans la construction de son Schéma Corporel. Selon la nature et la sévérité de son handicap, l'enfant sera limité dans ses expérimentations. Par conséquent, les stimulations, fondamentales à la structuration du Schéma Corporel, seront diminuées générant difficultés de préhension, de verticalité, d'équilibre et de locomotion.

L'altération du Schéma Corporel est susceptible de provoquer maladresse et trouble des coordinations tout en entraînant une désorganisation temporo-spatiale. Cette dernière altère alors les capacités d'apprentissage et d'adaptation du sujet dans sa vie quotidienne. Les maladresses peuvent être également un frein pour tisser des liens. Pouvant parfois agacer l'environnement social, le patient est atteint dans l'image de son corps provoquant un manque de confiance en lui, une auto-agressivité ou de l'anxiété.

*En raison du port des plâtres au cours de la première année de sa vie, les expériences limitées de **Fanny** peuvent avoir une incidence sur le désinvestissement de son hémicorps inférieur droit. La structuration optimale du schéma corporel est donc également atteinte. Les coordinations mises à mal, le recrutement tonique est également hétérogène et l'enfant perd facilement l'équilibre ou se cogne.*

2 - Image du Corps (IC)

L'Image du Corps assure l'identité corporelle du sujet. Liant Schéma Corporel et subjectivité, elle est support à l'individualité et au sentiment de continuité de l'être, selon J. LACAN. Les auteurs mettent en avant le caractère malléable et mobile de l'Image du Corps, en constante interaction avec notre environnement physique et social. Elle permet notre perception unique du monde au travers de l' image de soi et de notre histoire corporelle.

Sur la base du Schéma Corporel, P. SCHILDER décrit l'Image du Corps comme une unité dynamique perceptive en perpétuel remaniement interagissant en permanence avec les modèles biologiques, fantasmatiques et sociaux du sujet.

L'Image du Corps est expliquée par J.M ALBARET comme servant à « *l'identification et à la reconnaissance du corps* » (Albaret, Solal, 2011). Elle désigne les différentes pensées et perceptions sur notre propre corps.

F. DOLTO évoque l'Image du Corps comme étant unique par rapport au sujet et son histoire. Inconsciente, elle s'inscrit dans la relation et participe à la fondation du narcissisme. M. SAMI-ALI, en accord avec F. DOLTO, souligne que l'Image du Corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles et sensori-motrices.

L'intégration et l'expérience narcissique de l'enfant porteur de handicap moteur est particulièrement mise à l'épreuve et remise en question. En se comparant aux autres et à des compétences motrices dont il n'a pas accès, l'enfant peut perdre confiance en lui. L'Image du Corps, tout comme le schéma corporel, retient de manière importante dans le développement de l'individu. Dès la naissance, le bébé se construit au travers du regard de l'autre. Comme la rêverie maternelle décrite par W. BION, l'investissement du corps du bébé par la mère permet au bébé de se représenter et d'investir son propre corps. L'enfant en situation de handicap moteur se construit avec cette particularité corporelle inscrite dans son histoire. Selon la nature du handicap moteur mais également la survenue du handicap (congénital, traumatisme...), l'impact sur la structuration de l'image du corps ne sera pas la même. Un enfant né avec un handicap moteur se construira avec sa singularité corporelle dès sa naissance au travers du regard de sa mère tel qu'il est. L'incidence d'un traumatisme implique un bouleversement dans l'histoire du

sujet avec un avant et un après. L'individu de tout âge, doit faire le deuil de certaines de ses capacités fonctionnelles, modifiant la perception qu'il a de son corps mais également du monde qui l'entoure.

d) Des douleurs envahissantes

La douleur est désignée comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Système d'alarme du corps, la douleur est essentielle à la survie. Véritable messagère d'une souffrance, elle encourage l'individu à user de comportements afin de stopper cette alerte déplaisante, synonyme d'atteinte corporelle ou psychique du sujet.

Selon la psychanalyse, la douleur représente une brisure intérieure impliquant la perte du sentiment de continuité d'existence. La douleur peut prendre toute la place corporelle, psychique et cognitive, effaçant l'intensité des autres sensations et modifiant le rapport à son corps. En effet, cette expérience subjective, sensorielle et surtout émotionnelle, génère un envahissement somato-psychique accompagné d'une perte de repères spatio-temporels. La douleur touche alors le sujet dans sa globalité. Un débordement de la douleur impacte, alors, le schéma corporel et l'image du corps s'en trouvant parfois envahie et désunifiée.

L'étroite alliance entre douleur et émotions se justifie également au travers de la neurophysiologie cérébrale. En effet, les cortex responsables de la douleur et des émotions s'entrecroisent tels que le cortex cingulaire antérieur, le cortex insulaire antérieur ainsi que l'amygdale. Déstructurante et induisant une perte de repères, la douleur provoque ainsi des expériences émotionnelles négatives telles que de la tristesse ou de la peur. Cependant, les émotions elles-mêmes peuvent également accentuer ou non la douleur. Selon P. RAINVILLE, les émotions négatives exacerbe la douleur alors que les émotions positives ont tendance à les freiner. Le sujet s'inscrit dans un cercle vicieux, une émotion de peur ou de stress alimentant la douleur elle-même nourrissant l'angoisse. L'émotion négative peut être alors associée à une douleur physique et inversement. Par exemple, certaines personnes ayant subi une amputation récente peuvent manifester des douleurs fantômes dans la zone amputée si elles sont confrontées à une situation de stress ou d'angoisse. Ces douleurs ne sont pourtant pas conduites par le système nerveux .

L'enfant en situation de handicap moteur est donc d'autant plus touché. Son organisation anatomique et corporelle peut générer de l'inconfort et de la douleur, laquelle devenant souvent chronique. Entravant les différentes expériences de l'enfant, elle embrume ses perceptions, limite ses expériences sensorielles et ébranle ses interactions sociales. De la douleur découle un

évitement, un isolement, de l'anhédonie ou une irritabilité. Les émotions sont au premier plan. Le repli sur soi fracture le rapport à l'autre et l'entourage sera dans la difficulté à s'identifier à cet enfant douloureux et dans l'impuissance face à cette douleur persistante. Ces expériences émotionnelles également vécues par les proches peuvent, elles aussi, entraver l'entrée en relation avec l'enfant. La douleur modifie le tonus du sujet, support de la relation. La carapace tonique traduite par une hypertonie défensive perturbe le rapport au monde et limite les expériences avec l'autre.

*Souvent en proie à des douleurs persistantes, **Fanny** exprime ses émotions au travers de plaintes douloureuses. Ces douleurs peuvent être dues ou non à sa pathologie. Elle verbalise notamment un mal de ventre ou un mal de tête avant de rechercher la proximité avec l'adulte pour manifester une détresse émotionnelle.*

e) Des déséquilibres psycho-affectifs

Dès la grossesse, parfois avant même la conception, le bébé est imaginé, pensé, désiré par ses parents. A la naissance, il est plongé dans un monde construit psychiquement et émotionnellement par ses parents. Ce sont les prémices du développement affectif. Pour D. WINNICOTT, dès la naissance les expériences affectives sont essentielles au devenir psychique de l'enfant. Pour lui, l'essentiel des pensées de sa mère vont vers son bébé. Il désigne ce phénomène comme « la préoccupation maternelle primaire » (« Donald Winnicott », 2009). Le bébé est, avant même de découvrir la vie, chargé des émotions portées par ses parents.

J. BOWLBY développera la théorie de l'attachement reposant sur l'hypothèse que l'attachement est un besoin vital, biologique et primaire. Le système d'attachement permet l'assouvissement des besoins de protection de l'enfant et l'apaisement de sa détresse. Il agit en concomitance avec le système d'alarme, le système de caregiving et le système d'exploration. Ces systèmes correspondent à des fonctions dont le but étant la sécurité interne du sujet, et ce sous la forme de manifestations comportementales. L'activation du système d'attachement correspond à l'activation du système d'alarme de l'enfant. Celui-ci manifeste son état émotionnel par sa motricité, ses pleurs et cris orientés vers son caregiver. Ce dernier ne présentant pas l'activation de son système d'attachement, est en mesure de réceptionner les besoins de l'enfant et peut ainsi activer son système de caregiving soit le système du prendre soin du bébé. L'enfant rassuré et apaisé désactive le système d'attachement et peut commencer l'exploration qui n'est donc permise qu'au travers un attachement de qualité. Cet attachement génère une sécurité interne et optimise les capacités d'adaptation, la mise en pensée ainsi que la gestion émotionnelle. En cas de détresse, l'enfant sécurisé peut compter sur ses ressources fiables et

demander de l'aide à l'extérieur. Il peut plus facilement s'adapter et identifier ses émotions. A l'inverse, une absence de réponse du « caregiver » provoque un attachement insécurité évitant. L'enfant ne compte que sur lui-même pour se protéger et réprime ses émotions, il n'attend alors aucune aide du monde extérieur et ne sait identifier ses émotions. Des réponses ambivalentes de la part du caregiver génère alors un attachement insécurité ambivalent caractérisé par un débordement émotionnel. Ainsi, la qualité de l'attachement prend toute sa place dans la capacité de l'enfant à se réguler.

Jules est un enfant de 3 ans venant en équithérapie pour une problématique émotionnelle. Actuellement en famille d'accueil, le passé chaotique des Jules génère, chez lui, de nombreuses carences affectives et un rapport à l'autre particulièrement immature. L'enfant vient aux différentes thérapies de l'association dans le but d'être étayé et accompagné dans la régulation de ses émotions. Jules a du mal à supporter la frustration et manifeste sa tristesse et sa colère par des cris et pleurs très intenses, notamment à l'arrêt des séances qui font potentiellement écho à de l'abandon.

A la naissance du bébé porteur de handicap, la confrontation entre l'imaginaire projeté par les parents et la réalité peut déclencher un véritable stress post-traumatique auprès des parents. Ce deuil de l'enfant imaginé vient altérer les interactions précoces pourtant essentielles au bon équilibre psycho-affectif de l'enfant. Selon D. STERN, les interactions précoces affectives permettent l'« accordage affectif » (« Le développement du bébé à travers les interactions précoces », 2016) entre la mère et l'enfant. Cette harmonisation des affects désignée comme la synchronisation de la mère à son enfant, intervient dans la création d'un espace intersubjectif. S. KORFF-SAUSSE, dans son livre « *Handicap et périnatalité* », souligne la détresse parentale face au handicap. « *L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître. Et partant à reconnaître l'enfant attendu, l'enfant qui se situe dans leur filiation et qui doit les perpétuer après leur mort* » (ERES, 2008). Le choc traumatique peut provoquer une indisponibilité environnementale au bébé. Ainsi, un enfant porteur de handicap moteur présente plus de risque de développer un attachement insécurité. Or, nous avons pu voir que celui-ci influence grandement la capacité de régulation émotionnelle.

D'autre part, un enfant porteur de handicap moteur sera plus susceptible de se retrouver en détresse dans son exploration du monde. Il peut présenter des difficultés pour se déplacer en direction de son caregiver, ce qui peut susciter d'autant plus de stress et d'anxiété. La déficience motrice peut fragiliser la construction narcissique de l'enfant confronté à la difficulté et à l'échec dès son plus jeune âge, en proie à une intensité émotionnelle plus forte.

A l'inverse, le parent peut avoir tendance à surprotéger l'enfant atteint de la déficience motrice et ainsi empêcher une bonne exploration du monde. La peur du parent se transmet alors auprès de l'enfant, ce qui entrave son estime de lui-même et qui génère une perte d'autonomie et une dépendance affective. La notion de « *object-presenting* » (« Le holding chez Donald Winnicott », 2018) décrite par D. WINNICOTT comme la façon dont le monde est présenté à l'enfant par les parents est alors être mise à mal. L'invitation à la découverte du monde est restreinte et impacte l'enfant dans la construction de ce que S. Freud appelle le « Moi » (*le moi: instance psychique, structure psychologique de l'inconscient, Freud, 2011.*) dans sa deuxième topique. Le « Moi » est une instance psychique filtrant les pulsions internes du « Ça » et atténue les influences morales et sociales du « Surmoi ». Le « Moi » est donc un entremetteur et un régulateur entre le monde intérieur et le monde extérieur du sujet. Chacun apparaît au monde sous l'instance du « Moi ».

Par conséquent, le handicap se répercutant sur la perception qu'ont les parents de leur enfant, le support affectif en sera alors modifié. L'enfant est donc particulièrement vulnérable à des difficultés de régulation émotionnelle.

Fanny s'attache fortement aux adultes portant attention à elle. Comme les tous petits, elle demande une proximité physique régulière et se blotti dans les bras si elle se retrouve confronté à une situation d'insécurité émotionnelle. Entretien une relation fusionnelle avec sa mère, Fanny entre en contact avec tous les adultes par des câlins sans réelles distinctions. L'enfant n'est donc pas dans un état relationnel adapté. En effet, si l'enfant sécure possède nombre très limité de caregivers, il ne se tourne pas vers tout les adultes. Cela fait donc penser à une désorganisation et une immaturité affective persistante chez cette enfant.

f) Un lien social entravé

Le handicap physique peut entraîner une vision différente sur le corps de la personne atteinte. Percevoir des regards étonnés, curieux ou apeurés peut directement atteindre le rapport à soi et à l'autre. Selon le psychologue A. MEHRABIAN, 55 % de la communication serait non-verbale. Les interactions se basent donc en majorité sur les expressions faciales, la posture, les gestes ou les contacts physiques. Le handicap physique peut parasiter consciemment ou inconsciemment ce langage corporel. Des contractions musculaires involontaires appelées paratonies peuvent apparaître, ou des torsions liées à ces contractions involontaires nommées dystonies. Ces manifestations toniques peuvent interrompre l'interaction en imposant des gestes incontrôlés et non adaptés à l'autre. L'amputation d'un membre ou une paralysie peuvent compliquer la gestuelle. Cette différence physique peut avoir un impact émotionnel important sur l'individu en situation de handicap et peut également être perçu par les interlocuteurs.

De zéro à deux ans, l'enfant découvre son environnement par son corps. Ce stade est appelé, par PIAGET, le stade « sensori-moteur ». Les premières années de vie de l'enfant sont rythmées par des interactions qui lui permettront d'apprendre sur lui et sur les autres. Mais c'est à partir de six ans que l'enfant commence à se socialiser. Le regard de l'autre prend de l'importance. L'enfant s'inscrit dans un groupe, se plie à des règles sociales. Selon S. FREUD, le stade entre six ans et la puberté, appelé période de latence, est caractérisé par des répressions libidinales. L'enfant doit contenir ses pulsions de vie et de mort qui ont grandement contribué à son développement affectif jusqu'à ses six ans. A cet âge là, l'énergie désinvestie des pulsions est utilisée à la socialisation, aux relations avec les pairs. Ce sont les prémices d'une réflexion à soi et d'une ouverture sur ce monde devenant social. Cette recherche de la conformité et d'intégration que nous retrouvons particulièrement à l'adolescence peut engendrer un rejet de la différence. Durant cet période, les expériences relationnelles dans la cours de récréation sont essentiellement motrices. Le handicap physique peut réduire les capacités de mouvement et donc affaiblir l'engagement corporel dans la relation à l'autre et au groupe, provoquant de l'isolement. En se confrontant aux capacités motrices des autres, l'enfant se compare, se dévalorise. Les émotions peuvent, alors, facilement émerger et déborder.

Esquisse des premières interactions, l'imitation contribue à l'identification des émotions. En imitant le nourrisson, les parents mettent du sens sur les réactions émotionnelles et permettent à l'enfant de les assimiler et de se les approprier. L'enfant les imite à son tour, ce qui favorise l'entrée en relation et la compréhension du fonctionnement du monde, des autres, mais également de lui-même. L'imitation est donc essentielle à l'identification, notamment émotionnelle. Or, celle-ci reposant sur l'action vocale et motrice, elle peut alors poser problème dans le cadre d'un handicap moteur.

*L'entrée à l'école primaire offrant un rapport à l'autre différent au travers d'expériences motrices en groupe, confronte **Fanny** à ses difficultés. Elle vit alors difficilement son handicap. Ses limites physiologiques sont conscientisées et comparées aux capacités des autres. Face à une situation d'échec l'amenant à considérer qu'elle n'est pas capable en raison de son handicap, Fanny adopte une position de retrait, accentuée par ses douleurs. Ce repli sur soi apparaît souvent brutalement lors de la séance. Elle détourne le regard, l'échange verbal s'éteint et cela s'accompagne d'expressions faciales tristes et parfois de pleurs. Fanny peut s'isoler et prendre une posture régressive.*

g) Une estime de soi difficile à édifier

La confiance en soi est en perpétuel remaniement au cours de la vie de chaque être humain selon ses expériences, ses vécus de réussites et d'échecs. Dépendant des différentes expériences du sujet, du contexte environnemental et de ses capacités physiques et intellectuelles, l'estime de soi correspond au jugement positif ou négatif qu'une personne peut avoir sur elle-même. Selon la neuropsychologue C. BRODAR, une estime de soi favorable contribue à « *l'épanouissement relationnel et le bien-être personnel* » (*Troubles de l'estime de soi*, 2012) chez l'individu. F. FANGET décrira une bonne estime de soi comme la capacité à croire en soi et en ses compétences tout en permettant de tisser des relations harmonieuses au travers de l'affirmation de soi.

En plus d'entraver l'enfant dans son bon développement, une faible estime de soi génère de la souffrance psychique. Anxiété, isolement, tristesse, repli sur soi, arrêt des activités de loisirs, baisse des expériences constituent des répercussions du manque d'estime de soi considéré par la neuropsychologue comme « *facteur de risque pour le développement de troubles psychologiques* » (*Troubles de l'estime de soi*, 2012).

Résultant des difficultés auxquelles est confronté l'enfant en situation de handicap moteur, l'estime de soi est donc particulièrement vulnérable. L'altération de ses compétences motrices ajoutée aux maladresses risquant de faire obstacle à ses explorations peuvent générer chez l'enfant une sensation d'échec. Entretien par une insécurité interne, l'aspect relationnel est impacté par la sensation d'une incapacité physique s'accompagnant d'une comparaison à l'autre, et ce d'autant plus que le handicap moteur ne s'accompagne pas toujours d'une déficience intellectuelle. Le manque d'estime de soi empêche l'acceptation de son handicap et entretient le mal-être du sujet tout en favorisant l'intolérance compliquant ainsi les interactions avec les autres.

*Au sein du groupe thérapeutique de danse, **Fanny** se retrouve parfois confrontée à des limitations dans son exploration corporelle et dans la dynamique de groupe. Lors d'une séance, tous les enfants du groupe se mettent à courir. Fanny essaie d'abord de suivre puis s'arrête et se referme sur elle même par des expressions faciales fermées et un lâcher prise en s'allongeant sur le sol, hypotonique. Elle semble se sentir comme abandonnée par le groupe et recherche des appuis. Dans certaines situations, l'enfant verbalise qu'elle n'est pas capable. Des mots traduisant une faible estime de soi qui s'accompagnent parfois de pleurs.*

III/POURQUOI ALLIER CHEVAL ET PSYCHOMOTRICITÉ ?

A) Quand la psychomotricité donne naissance aux premières médiations équines

L'apport du cheval et ses vertus dans les soins sont rapidement reconnus à toute époque. Dès l'Antiquité Grecque, le philosophe XENOPHON considère cet animal comme bénéfique. « *Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps mais aussi pour l'esprit et le cœur.* » (Claude, 2015, p11) En 1751, DIDEROT met en avant, dans un article, l'équitation comme moyen de soin et de prévention des maladies. Pour le médecin C. JAHN, monter à cheval est recommandé pour les personnes hypocondriaques et C. PERRON, du même métier, reconnaît les bienfaits physiologiques de la monte en 1889. Progressivement, l'équitation devient thérapeutique. La rééducation par le cheval naît d'abord en Norvège. E. BODIKER, kinésithérapeute, en expérimentant la thérapie par le cheval permet l'ouverture d'un centre équestre dont la spécialisation se centre sur le handicap moteur. Cette pratique rééducative s'étend ensuite à travers le monde. Le médecin DAVIES met en valeur cette rééducation physique et s'intéresse aux appareillages spécifiques pour les sujets atteints de handicap moteur.

Si, au travers des âges, beaucoup d'auteurs s'accordent sur les bienfaits de l'équitation, la naissance du métier n'est que récente.

L'équitation thérapeutique naît en France en 1962 par le kinésithérapeute H. LALLERY qui utilise l'équitation comme un moyen rééducatif et fonctionnel. Cette pratique appelée Rééducation Par l'Equitation (RPE) donne naissance à l'hippothérapie. Il collabore avec la psychomotricienne R. DE LUBERSAC pour créer l'Association Nationale de Rééducation par l'Equitation (ANDRE) en 1970. En 1978, l'ANDRE prendra le nom d'Association Nationale Handi-Cheval (ANHC).

En 1974, la psychomotricienne créa l'Association Nationale d'Equitation Thérapeutique et de Loisirs pour Handicapés (ANETELH). Puis les années 80 sont marquées par la naissance de la Fédération Nationale des Thérapie Avec le cheval (FENTAC) grâce à R. DE LUBERSA. De sa réflexion émerge alors la Rééducation Par le Cheval (RPC), incluant l'équidé dans sa globalité. La psychomotricienne donne jour aux prémices de l'équithérapie. La FENTAC a pour particularité d'être destinée aux professionnels du milieu paramédical.

B) Equithérapie, hippothérapie: quelles différences?

La médiation équine englobe l'équithérapie et l'hippothérapie, deux pratiques thérapeutiques pourtant bien différentes l'une de l'autre. Pont entre le patient et le thérapeute, le

cheval assure un point d'équilibre favorisant l'échange et la relation aux autres. Selon la FENTAC, elle est définie comme « *une thérapie psycho-corporelle dont le but est de réaménager les fonctions psychiques et physiologiques*» (*La thérapie par le cheval*, 2015.). En appui sur la communication non-verbale, le cheval offre une nouvelle perspective de décodage des interactions humaines.

Terme issu du latin « *equus* » (« Qu'est-ce que l'équithérapie ? », 2012) signifiant équidé et « *therapeia* » (« Qu'est-ce que l'équithérapie ? », 2012) désignant le traitement, l'équithérapie repose sur la dimension sensorielle et les expériences corporelles. Cette thérapie met en jeu l'aspect relationnel, social, émotionnel, cognitif, la communication verbale et non verbale. Ainsi, le fonctionnement psychomoteur du sujet est au premier plan. Différentes professions peuvent investir l'équithérapie dans leur cadre professionnel respectif. Cette thérapie n'est cependant pas pratiquée de la même façon selon la profession initiale de ce dernier : Psychanalyse, kinésithérapie, psychomotricité, thérapie cognitivo-comportementale ou la psychologie.

De la racine « *hippo* » (« hippothérapie », 2021) signifiant cheval, l'hippothérapie s'appuie essentiellement sur la réadaptation fonctionnelle du patient au travers du mouvement tridimensionnel du cheval, son fonctionnement moteur étant similaire à l'homme. Par des expériences corporelles avec le cheval, cette thérapie vise des objectifs bien spécifiques reposant sur l'amélioration des compétences neuro-motrices et proprioceptives. L'hippothérapie tend vers l'amélioration, par exemple, de l'équilibre, du tonus ou des coordinations. Objectif uniquement fonctionnel, cette thérapie repose sur la rééducation corporelle. En incluant les stimulations et intégrations sensorielles, l'hippothérapie favorise l'autonomie et les aptitudes motrices.

C) Qualités du cheval : Tremplin à la relation

a) Une rencontre façonnant l'histoire

Selon les dires de Ludovic ORLANDO, le cheval est « *l'animal qui a le plus influencé l'histoire de l'humanité* » (*Comment le cheval a-t-il influencé l'histoire de l'humanité ?*, 2018). Esquissé dans les grottes du paléolithique, le cheval est d'abord chassé comme proie avant d'être domestiqué il y a 5500 ans par les hommes de Néanderthal et les Homo Sapiens. Progressivement, son apprivoisement contribue à cultiver les Terres et les hommes se familiarisent avec l'élevage, ce qui encourage alors l'Homme à se sédentariser et à évoluer en communauté. A cette même époque, l'Homme monte sur le cheval pour la première fois. Il peut alors voyager, découvrir et conquérir de nouvelles contrées, affiner ses techniques de chasse. Selon le chercheur, le cheval a permis un « *métissage sans précédent de nos gènes, mais aussi de*

nos maladies, ou bien encore de nos cultures et de nos religions » (Comment le cheval a-t-il influencé l'histoire de l'humanité ?, 2018).

Le cheval est devenu intermédiaire des relations humaines. Sa puissance, son endurance et sa rapidité lui confère le statut de partenaire de guerre et symbole de prestige, « *il fait parti intégrante de l'Histoire* » (Comment le cheval a-t-il influencé l'histoire de l'humanité ?, 2018). Il traverse les sociétés et les époques. Investi dans la culture celtique ou Amérindienne, il est considéré comme un être sacré et fait l'objet de nombreuses légendes peuplant le monde. Élément de connexion à la nature, il est chargé de croyances et de spiritualité par les Hommes. Considéré comme authentique, il favorise l'écoute, la communication et la prise de conscience dans l'instant.

L'essor de la science et la construction des machines ont ôté au cheval son caractère indispensable à la vie quotidienne. Pourtant il est toujours ancré au sein de notre société, objet de conversation et sujet de passion pour la communauté des cavaliers.

b) Une sensori-motricité développée

Le cheval perçoit les signaux particulièrement subtiles de la communication non-verbale de l'Homme, sans même que ce dernier en ait conscience. Tout comme l'Homme, le cheval est caractérisé comme un être sensori-moteur. Un terme évoqué dans les propos de J.C BARREY, notamment. Selon cet auteur, cheval et Homme sont deux être initialement peu compatibles. De par son statut de proie, les comportements du cheval dépendent de ses perceptions sensorielles et des émotions qui y sont associées. De son côté, ancien primate arboricole, l'Homme privilégie les actions manuelles pour appréhender le monde et agir dessus. Or à cheval, il doit engager tout son corps pour pouvoir communiquer avec cet animal. Malgré toutes ces différences, au fil des millénaires, la relation homme-cheval s'est créée, développée, a évolué. Côte à côte, ils ont construit l'Histoire en façonnant un espace relationnel commun reposant sur une écoute réciproque.

Il est essentiel de comprendre le fonctionnement du cheval pour pouvoir collaborer avec lui dans la thérapie en prenant en compte ses besoins, différant des nôtres.

1- Un être émotionnel

En 1872, C. DARWIN écrit son livre « The Expression of the Emotions in Man and Animals ». Selon lui, les chevaux éprouvent des émotions particulièrement similaires à celles de l'homme. Cependant, après cette étude et durant de nombreuses années, les animaux ont été décrits et pensés comme dénués de toute émotion. Ce n'est que vers les années 90 que les manifestations émotionnelles ont été étudiées chez les animaux, en s'appuyant sur les manifestations physiologiques qu'ils pouvaient présenter. Les indicateurs émotionnels passent

essentiellement par l'étude des comportements animaliers et des vocalisations émises. E. BRIEFER découvre que le hennissement du cheval transmet une émotion qu'il est possible de décoder par son intensité et ses caractéristiques sonores. Au sein de son cortex préfrontal, le cheval possède une amygdale de plus grande envergure que celle de l'homme, ce qui lui procure une sensibilité plus prononcée à la peur.

Selon l'auteur J.C BARREY, ce sont les « *émotions présentes et la mémoire des émotions passées qui pilotent les décisions comportementales du cheval* » (*Le Blog de la Médiation Animale* », 2012). Les perceptions sensorielles du cheval sont à l'origine des états émotionnels du cheval se traduisant par des modifications physiologiques ou l'adoption de certains comportements. Ces attitudes retentissent alors dans la relation de confiance entre Homme et cheval.

2 - Un être moteur

Apprécié pour son agilité, sa vitesse et son endurance, le cheval utilise son anatomie et ses capacités motrices, essentielles à sa survie, pour se déplacer et explorer l'environnement. Le pas, le trot et le galop sont ses principales allures et toutes trois possèdent chacune un rythme et une organisation motrice leur étant spécifique. Les percussions saccadées des sabots sur le sol sont régulières et font appel à une certaine coordination des antérieurs et postérieurs du cheval. Sa locomotion inclut tout le reste de son corps comme la courbure de l'encolure et de son dos en soutien au mouvement. Sa structure squelettique et musculaire semble étrangement similaire à celle de l'Homme.

3 - Un être sensoriel

Si comme les êtres humains les chevaux possèdent cinq sens, le cheval ne perçoit pas le monde de la même façon que nous. Les chevaux sont particulièrement sensibles. Ils ont la capacité de voir et de sentir l'invisible.

Son champ de vision monoculaire permet au cheval d'appréhender visuellement son environnement de manière panoramique. Il perçoit les mouvements, les contrastes et les reflets mais sa vision reste floue. Son champ frontal, binoculaire, est similaire à la vision de l'Homme. En revanche, sa perception des couleurs est limitée et le cheval est particulièrement sensible aux contrastes de lumière. Son temps d'adaptation à la luminosité est donc lent.

Mobiles, les oreilles du cheval lui permettent d'entendre des sons particulièrement éloignés et de localiser leur provenance. Percevant les ultras-sons, il lui est néanmoins impossible d'entendre des sons à trop basse fréquence.

La communication entre les chevaux se fait par le flairage des odeurs mais il est également capable de sentir les phéromones, un comportement appelé flehmen. Ce sens lui

permet d'appréhender son environnement et les autres chevaux. Intimement lié à l'odorat, le cheval est capable de déceler le salé, le sucré, l'amer et l'acide.

Très développé chez le cheval, le sens tactile recouvre toute la surface du corps de l'équidé et est essentiel dans ses interactions sociales avec les autres chevaux. Il est capable de percevoir les micro-contractions de son cavalier. Par le contact tactile, le cheval manifeste ses préférences avec certains chevaux du troupeau auquel il appartient.

4 - Un être social

Dans leur milieu naturel, tout comme les rôles bien établis des abeilles au sein d'une ruche ou de l'organisation sociale précise d'une meute de loups, les chevaux vivent en communauté au sein d'un troupeau. Les relations sociales sont inscrites au sein de cette communauté équine où la communication repose sur du non-verbal.

La hiérarchie est clairement établie. Le cheval dominant, souvent plus âgé et plus expérimenté, mène le troupeau et le protège. Les jeunes chevaux se soumettent aux plus anciens. Au sein du troupeau, chaque cheval a sa place et peut avoir plus d'affinités avec certains membres qu'avec d'autres ce qui peut se manifester par des comportements spécifiques comme une proximité physique ou un toilettage mutuel.

Les rituels et les marqueurs sociaux sont ancrés dans la structuration du groupe. Par exemple, la rencontre de deux étalons implique une séquence de comportements ritualisés tels qu'une hypertonicité de la posture ainsi que des marqueurs olfactifs et visuels.

Les jeux sociaux des poulains dès leur plus jeune âge contribuent à façonner leurs compétences sociales futures et sont indicateurs de leur état de bien-être. Le cheval utilise la position de ses oreilles pour communiquer. Par exemple, un cheval dont les oreilles sont en arrière peut vouloir signifier un mécontentement et une menace d'attaquer. Parce que le cheval est un animal social, il lui est possible d'entretenir un lien également hiérarchisé avec l'Homme.

5- Un être communicant

Au travers de ses vocalisations et de ses comportements s'appuyant sur du langage corporel, le cheval entre en relation, exprime ses humeurs de l'instant, manifeste sa place au sein du troupeau et rend compte de son identité. Dans son milieu naturel, il se fait comprendre de ses congénères par divers comportements et nombreux mouvements faciaux discrets traduisant son intention et son humeur.

Grâce à leur sensorialité développée, leurs capacités cognitives, émotionnelles et sociales, les chevaux détectent nos propres émotions par une analyse subtile de nos comportements. Spécialiste de la communication non verbale, le cheval perçoit nos signaux

corporels dans le mouvement. Il encourage l'homme à observer, à son tour, ses mouvements et comportements chargés de sens. En initiant un accordage corporel et spatial réciproque, le cheval nous offre l'expérience d'une authentique rencontre avec lui.

Au delà de la communication corporelle, la notion d'espace est un paramètre ayant toute sa place dans la communication chez le cheval, tout comme l'homme. E. HALL en 1963 met en valeur l'importance de la proxémie comme marqueur social, culturel et identitaire auprès des autres. Cette proxémie est définie comme la distance séparant les sujets dans l'interaction. Selon l'individu et la structuration de son rapport à l'espace, celui-ci se construit une bulle émotionnelle unique. Souvent relié à la notion de liberté, tout comme l'homme, le cheval investit et s'inscrit dans l'espace. L'animal devient alors support de communication.

c) Ancrage dans l'instant présent

Observer le comportement des chevaux et être conscient de nos ressentis permet l'harmonie dans la relation et la possibilité d'être présent à cet instant précis. La richesse sensorielle qu'offre l'équidé favorise l'écoute et l'éprouvé corporel. « *Le cheval donne un ton émotionnel qui pardonne* » (Victoria Herrmani, 2018, p55). Attentif, il perçoit l'autre dans l'instant présent, d'une écoute dénuée de tout jugement.

Selon les mots de V. HERRMANI, « *Les chevaux restent pleinement présents dans l'instant* » (Victoria Herrmani, 2018, p57). Les sens du cheval lui permettent d'être à l'affût de tout événement imprévisible compte tenu de son statut originel de proie. Son attention portée dans l'instant est donc nécessaire à sa survie. Ses qualités empathiques et émotionnelles l'inscrivent d'autant plus dans l'instant.

d) Importance de l'authenticité dans la relation

Si l'Homme sait dissimuler à ses pairs ses émotions par un regard, un sourire, une régulation interne dans leur expression, le cheval perçoit tout de même nos ressentis grâce à sa sensorialité particulièrement développée.

Être présent à notre vrai Moi influence l'entrée en relation avec le cheval. Elle permet de porter une conscience et une attention particulière tournées vers soi et vers le cheval qui nous fait face. Interagir avec l'animal favorise l'écoute et donc la potentielle acceptation de nous-même. « *Lorsqu'une personne souffre d'un traumatisme émotionnel, profond, il est plus facile pour elle d'établir un lien avec sa blessure lorsque le cheval est présent* » (Victoria Herrmani, 2018, p55).

Selon V. HERRMANI, les chevaux ressentent l'invisible et s'éloignent du paraître et du semblant. « *Les chevaux enregistrent les incongruences* » (Victoria Herrmani, 2018, p42). Reflet de notre intériorité brute, ils encouragent notre réflexion interne. Selon V. HERRMANI, « *les*

humains doivent être pleinement présents, honnêtes et concentrés, communiquer clairement et être ouvert au changement »(Victoria Herrmani, 2018, p85) pour permettre la construction d'une interaction profonde.

Finally, le cheval est un animal primitif et imposant. Face à un équidé, l'enfant doit pouvoir ajuster ses comportements et ses états émotionnels pour ne pas se mettre en danger. Le cheval affaiblit le sentiment de toute puissance que peut avoir l'enfant en le ramenant à sa condition de vulnérabilité mais également dans une justesse et une contenance appuyée.

Lucie, 7 ans, a une petite sœur souffrant d'un lourd polyhandicap. Lors d'une séance, elle insiste pour monter un poney qui ne lui a pas été conseillé. Nous lui laissons la possibilité d'expérimenter. Nous pouvons poser l'hypothèse d'une volonté de s'affirmer au sein du groupe et d'une revalorisation d'elle-même. Durant la séance, le poney semble agité et se déplace où bon lui semble, remettant en cause l'ambition de Lucie. Celle-ci, dépassée par la situation exprime sa tristesse par une décharge émotionnelle exprimée par des larmes et un besoin de proximité de l'adulte. Le cheval s'apaise parallèlement.

**2- RÉGULATION ÉMOTIONNELLE :
INTÉRÊTS DE LA MÉDIATION ÉQUINE
POUR L'ENFANT PORTEUR DE
HANDICAP MOTEUR**

I/ SÉCURITÉ ÉMOTIONNELLE INTERNE ÉMERGEANT DE LA RELATION: PRE-REQUIS A L'EXPLORATION

Nous avons pu constater que pour explorer, l'enfant a besoin d'éprouver une sécurité permise par l'attachement. Le vécu s'enracine dans des expériences émotionnelles, à l'origine de la création de la relation et son alimentation. Ainsi, une sécurité interne est nécessaire à l'appréhension sensorielle, motrice et émotionnelle du monde.

A) L'impact du portage dans la contenance affective et émotionnelle

D. WINNICOTT désigne le « holding » (« Le holding chez Donald Winnicott », 2018) correspondant à la contenance à la fois physique et psychique de l'enfant, au travers du portage. Se rapprochant des travaux de W. BION sur la pensée émotionnelle maternelle, D. WINNICOTT lie le portage à la préoccupation maternelle primaire. Le holding soutenant la continuité de l'existence contribue à la création des liens d'attachement dans une transmission émotionnelle entre la mère et l'enfant. En effet, pour S. LEOVICI, le portage est la mise en forme de l'enfant fantasmatique (inconscient et qui renvoie au désir d'enfant), l'enfant imaginé (préconscient et pensé durant la grossesse) et l'enfant narcissique (porté par les idéaux parentaux).

Dès les premiers instants de sa création, l'enfant est donc porté physiquement et psychologiquement. Dans le ventre de sa mère, l'enfant baigne dans le liquide amniotique, sans contrainte gravitaire. Sa naissance représente une rupture traumatique de la continuité avec la mère. Le portage offre au bébé un support s'apparentant au confort utérin. Sa qualité contenante permet à l'enfant de s'organiser corporellement, et ainsi convoquer une maturation affective et un apaisement en cas de détresse émotionnelle.

La contenance permet une harmonisation psychique et corporelle. Un enfant porteur de handicap moteur a donc d'autant plus besoin d'être contenu au travers du portage. Par la contenance du corps dans sa globalité et comprenant les parties du corps lésées, le portage contribue à la structuration du schéma corporel du patient et favorise la continuité de l'être. Il invite l'enfant porteur de handicap moteur à une stabilité corporelle et émotionnelle.

La relation thérapeutique avec le poney met en jeu ce portage au travers de la monte à cheval. Son caractère contenant diffère de celui de la mère de par la sollicitation d'un recrutement tonique axial de l'enfant lorsque celui-ci se trouve à califourchon. Le bassin du patient, à la fois calé et libre de mouvements, est accueilli sur l'espace dorsal du cheval. Cependant, l'élévation spatiale, les bercements, les odeurs et sons induits par la rythmicité de l'allure du cheval activent cette sécurité affective. Or, l'enfant construit sa régulation

émotionnelle grâce aux réponses de son milieu humain initié par le portage et enracinée dans le dialogue tonico-émotionnel. En écho, le cheval encourage donc un investissement affectif et invite à l'ajustement émotionnel de l'enfant porteur de handicap moteur.

B) Le dialogue tonico-émotionnel : au cœur de la rencontre

Socle du portage, le dialogue tonico-émotionnel prend sens dans l'expérience relationnelle. En reprenant les écrits de H. WALLON, J. DE AJURIAGUERRA décrit le dialogue tonico-émotionnel comme une expression émotionnelle entre deux partenaires au travers de la transmission d'états toniques. Par le tonus et dans la relation avec l'autre, l'enfant va intégrer ses sensations venant alimenter ses perceptions puis ses représentations de soi et du monde. J. DE AJURIAGUERRA met en avant l'évolution des différents stades de la conscience que l'enfant a de son corps et que nous décrirons ultérieurement : le stade du corps subi, du corps vécu, du corps perçu ainsi que du corps connu. Nous nous penchons particulièrement sur le stade du corps subi et vécu se situant avant 3 ans. En effet, ces deux stades sont marqués par le besoin de sécurité physique et affective du bébé permettant l'intégration de ses ressentis grâce aux transmissions toniques. Durant ces deux stades, le milieu humain régule ses états émotionnels et toniques par le dialogue tonico-émotionnel. Ce dernier prend alors tout son sens dans ce besoin de sécurité et cette construction psycho-corporelle. L'interprétation émotionnelle des états toniques du bébé par l'entourage, permet au milieu humain d'initier une régulation tonique que le bébé pourra plus tard assimiler. Une hypotonie peut être synonyme d'apaisement et une hypertonie peut révéler aux parents de la tension, du stress ou de la colère.

Le handicap moteur altère, dans beaucoup de cas, la qualité du tonus. Ainsi, un tonus hétérogène, non fluide, mal contrôlé impacte le dialogue tonico-émotionnel entravant alors les prémices de la relation à l'autre. L'interprétation émotionnelle de l'enfant peut être erronée et des réponses inadéquates peuvent être initiées par l'entourage, renforçant alors les tensions musculaires et les émotions négatives de l'enfant.

L'expérience avec le cheval s'inscrit profondément dans cette notion de dialogue tonico-émotionnel. De par sa sensibilité tactile particulièrement développée, le cheval perçoit nos moindres oscillations musculaires. En effet, le dos du cheval est douze fois plus sensible que la pulpe de nos doigts. Dans l'expérience corporelle et émotionnelle de la monte, le cheval et le patient unissent leur centre de gravité et entrent dans une dynamique similaire. Naturellement, les groupes musculaires du cheval et du cavalier agissent de manière homologue en se synchronisant dans le mouvement. Un accordage tonique entre patient et cheval nécessite un contrôle tonique du cavalier doublé d'une écoute proprioceptive et kinesthésique de lui-même.

La fluidité ainsi que la précision tonique et émotionnelle encouragent un mouvement synergique de qualité.

L'expérience de la monte n'est pas la seule possibilité de dialogue tonique avec le cheval. Lors de la rencontre avec le cheval, le cavalier prend contact avec l'équidé. Il peut alors ressentir la texture de ses poils, le mouvement de ses muscles, ses tressautements lors du brossage. D'autre part, le dialogue tonico-émotionnel est particulièrement présent entre la bouche du poney et les mains du cavalier par les rênes et longues-rênes. La communication entre le sujet et l'animal passe alors par des tensions et relâchements de ces outils. L'enfant doit trouver des ajustements toniques pour permettre de communiquer au poney l'allure et la direction souhaitée. Les réactions de l'animal peuvent indiquer à l'enfant si les rênes sont trop tendues, en tirant de son côté ou si, au contraire, le contact n'est pas assez appuyé pour que l'équidé les comprennent.

Fanny tire timidement sur une des rênes pour tenter de tourner. Le poney sur lequel elle monte reste statique et ne s'engage pas. La petite fille demande alors de l'aide. Avec accompagnement, verbalisation et valorisation, elle comprend que son mouvement, trop faible et imprécis, ne permet pas à sa monture de ressentir sa volonté de tourner. L'enfant peut ensuite s'ajuster et ressentir d'avantage le contact entre ses mains et la bouche du cheval.

A l'origine des premiers liens d'attachement, le dialogue tonico-émotionnel exerce une fonction contenante pour l'enfant porteur de handicap moteur dont le tonus est altéré. Par ses réponses comportementales, le cheval renvoie une acceptation et un accueil de l'état tonico-émotionnel du patient dans l'ici et maintenant. Le dialogue tonico-émotionnel s'inscrivant dans l'imitation, il favorise ainsi la perception et l'identification des émotions de l'enfant porteur de handicap moteur. Cette expérience relationnelle et émotionnelle conduit à l'écoute, l'attention et l'apaisement du sujet. Un accordage affectif se met en place entre le patient porteur de handicap et le cheval, une entrée en relation guidée et étayée par le psychomotricien.

II/ CONSCIENCE CORPORELLE PAR LE CHEVAL : APPRENDRE A SE CONNAÎTRE SOI POUR APPRIVOISER SES ÉMOTIONS

Prenant appui sur nos premières expériences corporelles avec l'autre, la conscience corporelle découle de la maturation biologique, sensori-motrice et de l'intégration des éprouvés construit dans les premières relations. Elle se définit comme la capacité à porter son attention sur ses sensations et ressentis corporels au travers de nos sens dans l'instant présent. Si les

émotions présentent des manifestations physiologiques, la vie émotionnelle trouve sa source dans le vécu et l'intégration corporelle.

L'évolution de la conscience corporelle de l'enfant évolue selon les quatre stades évoqués plus haut. Cette conscience de soi dépend des interactions précoces entre le parent et l'enfant mais également de la maturation neurologique de celui-ci.

Le stade du « **corps subi** » (Ignazio & Martin, 2018) correspond aux trois premiers mois de la vie. Les réflexes du bébé sont immatures, involontaires et incontrôlés. F. DOLTO met en avant la conscience du corps indifférenciée et fusionnée à sa mère, notamment par l'allaitement. Les réponses et stimulations adaptées de l'entourage du bébé jouent un rôle majeur dans l'évolution vers un contrôle de ses propres mouvements.

Entre 3 mois et 3 ans, est décrit le stade du « **corps vécu** » (Ignazio & Martin, 2018) . Rejoignant la période sensori-motrice de J. PIAGET, ce stade désigne l'action de l'enfant sur le monde, que J. PIAGET appellera l' « *assimilation* » (Piaget, 1977) et les réponses de cet environnement que l'auteur nomme « *accommodation* » (Piaget, 1977). De par ces deux processus et la répétition d'expériences découlant de ses sens et de sa motricité, l'enfant prend davantage le contrôle sur son corps et le monde qui l'entoure.

Le « **corps perçu** » (Ignazio & Martin, 2018) concerne l'enfant entre 3 et 7 ans. Celui-ci est en capacité de reconnaître ses sensations et ressentis. Ses expériences sensorielles et motrices lui donnent accès à des notions plus abstraites tels que les repères spatiaux. L'enfant perçoit désormais son propre corps dans l'espace, lui donnant la capacité de se décentrer pour projeter les repères topographiques sur autrui.

Le stade du « **corps connu** » (Ignazio & Martin, 2018), ayant lieu entre 7 et 12 ans, est caractérisé par l'enrichissement des connaissances de l'enfant sur son propre corps.

Ainsi, la construction représentationnelle du corps est progressive. L'altération d'un de ces stades peut provoquer un désinvestissement de l'éprouvé corporel générant une désorganisation dans la structuration du schéma corporel. Nous avons pu voir que les conséquences du handicap moteur retentissent dans de multiples domaines. Permettant une recentration et une réappropriation de ses éprouvés, le recours à la pleine-conscience peut être tout à fait indiqué et pertinent.

KABAT-ZINN, professeur de médecine, crée dans les années 80 le programme Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) utilisant l'approche de la pleine-conscience pour diminuer l'anxiété. Ce programme de médiation permet au patient de se détourner de toute pensée de ruminant pour s'ancrer dans son corps et dans l'instant. En 2010, S. JIMENEZ, B. NILES et C. PARK soulignent la méditation en pleine-conscience comme intéressante dans le

cadre de la régulation émotionnelle. En effet, la pleine-conscience permet l'intégration du schéma corporel, un travail sur l'équilibre, la qualité du geste au travers de l'axe mais également le tonus. Nous allons voir que la médiation équine induisant une sécurisation affective, est favorable à cette exploration de soi.

A) Découverte de nouvelles expériences sensori-motrices avec le cheval

a) La sensorialité pour s'apaiser

1- Les sens à la base d'une vie émotionnelle

Le système sensoriel « *se rapporte aux organes des sens, aux structures nerveuses qu'ils mettent en jeu et aux messages qu'ils véhiculent* » (Larousse). Nous possédons sept sens qui nous permettent d'appréhender le monde qui nous entoure, les autres et soi-même. Ils se mettent en place dès la vie intra-utérine. A. KAMINSKA, neurophysiologiste, met en avant le rôle de la sensorialité intra-utérine dans la découverte interactive du monde. Les stimulations sensorielles permettent au bébé sa maturation neurologique mais également émotionnelle. Par exemple, le bébé peut s'apaiser si la mère pose une main sur son ventre ou bien peut s'agiter en entendant la voix de celle-ci. Le pédopsychiatre P. FOURNERET met en évidence la richesse de la communication émotionnelle intra-utérine entre la mère et l'enfant. Les diverses émotions éprouvées par la mère durant la grossesse sont repérées par le bébé qui détecte alors les modifications physiologiques tels que les battements cardiaques, les changements hormonaux, les différents mouvements effectués par la mère. L'enfant s'imprègne de ce qu'il perçoit par ses sens. La sensorialité est donc essentielle à la construction émotionnelle de l'enfant car elle se situe à la base de son développement.

Le sens du **toucher** est le premier à apparaître et le dernier à disparaître. Ce sens permet de percevoir les vibrations, la température, la douleur et les pressions. La peau, enveloppe corporelle et sensible, est une zone protectrice et unifiante caractérisée par la première surface de communication du bébé. Support du dialogue tonico-émotionnel, il est également nécessaire à la structuration du schéma corporel. Ce sens a toute sa place dans le développement de la vie émotionnelle et relationnelle du bébé.

L'**olfaction** est ancrée dans la construction émotionnelle de l'enfant. A sa naissance, le nourrisson reconnaît et intègre l'odeur de sa mère, ce qui contribue au développement du système d'attachement. Selon la neurologue C. THOMAS-ANTERION, les odeurs associées aux perceptions et émotions durant notre enfance, s'inscrivent de manière intense et durable dans notre mémoire. Ainsi, une odeur est particulièrement empreinte d'émotions et stimulante.

L'odorat partage la même zone de traitement que la **gustation** qui permet de percevoir les saveurs.

Durant sa vie intra-utérine, alors que l'enfant est baigné dans le liquide amniotique de sa mère, l'**audition** se développe et permet à l'enfant l'écoute des bruits du corps de sa mère comme sa digestion ou son rythme circulatoire et cardiaque. Réguliers, ces bercements auditifs contribuent à un apaisement émotionnel et une contenance physique et psychique de l'enfant. Selon la chercheuse à l'Inserm à NeuroSpin J. DUBOIS, par la maturation et la mise en place progressive des connexions neuronales durant la vie intra-utérine, à partir du sixième mois de grossesse l'enfant reconnaît la voix de sa mère et entre en mémoire les différentes mélodies qu'il peut percevoir. Le bébé est également sensible aux basses fréquences de la voix de son père.

La **vision** est le sens le moins stimulé in-utéro et n'apparaît que tardivement. En revanche, après la naissance, la communication et le relationnel passent également par les échanges de regard, en parallèle du dialogue tonico-émotionnel. CICERON évoquait que « *les yeux sont le miroir de l'âme* » (Dicocitation, 2021.) A cette époque où corps et esprit étaient perçus comme séparés, le regard était considéré comme une fenêtre à l'expression singulière émotionnelle et interne de chacun.

Le système **vestibulaire** est situé dans l'oreille interne et permet de détecter les mouvements de la tête dans les différents plans de l'espace. Il est à la base de l'équilibration qui elle-même se raccorde au tonus.

Relié au tactile, le sens **proprioceptif** permet à l'individu de repérer son corps dans l'espace. Il comprend la peau, les sens vestibulaire ainsi que les récepteurs des tendons et ligaments. L'organisation tonique du mouvement et le contrôle postural émergent donc de ce sens. Or, nous avons pu voir que le tonus est à la base de l'émotion.

Le domaine sensoriel est la voie d'accès privilégiée à la prise en charge des enfants dans le domaine de la régulation émotionnelle, ces derniers ayant besoin d'éprouver corporellement pour élaborer psychiquement. Le cheval, grâce à ses caractéristiques sensorielles, se révèle adéquat dans la prise de conscience de ses sensations et donc dans le cadre d'une prise en charge reposant sur les émotions. De plus, si la sécurité interne émerge de la sensorialité, l'être particulièrement sensible qu'est l'équidé peut apporter un vécu similaire aux prémices de l'attachement.

2- Le cheval : objet symbolique de la relation mère-enfant

Un enfant porteur de handicap moteur peut être freiné dans ses expérimentations sensorielles. De plus, nous avons vu que la sécurisation et l'accompagnement de la mère étaient d'autant plus important dans le cadre de ce handicap. Par ses qualités sensori-motrices, le cheval

est un animal stimulant particulièrement le sens du sujet et permet donc de faire éprouver au patient des émotions archaïques s'apparentant au vécu relationnel et émotionnel entre la mère et l'enfant.

La douceur, la densité et la chaleur du pelage équin offre au patient un espace contenant rappelant les bras sécurisant de la mère calant son enfant contre elle. Physiologiquement, cette chaleur encourage à la détente musculaire et ligamentaire. La forte effluve que dégage le cheval plonge l'enfant dans un bain olfactif en écho à l'odeur corporelle de la naissance, source de sécurité. La régularité des pas du cheval dans le sable ou retentissant dans les allées rappelle à l'enfant la berceuse des premiers rythmes intra-utérins et du sentiment de sécurité qu'il génère. De façon générale, la position basse, proche du sol, renvoie un sentiment d'infériorité et/ou de vulnérabilité. Un enfant porteur de handicap moteur peut être d'autant plus touché par cette sensation. Installé dans un fauteuil, en appui sur une canne ou son handicap réduisant sa taille, cela peut engendrer de l'anxiété et un manque de confiance en l'autre et en lui-même. Sur le dos du cheval, l'enfant est porté au dessus du sol comme dans les bras de sa mère. Par sa proprioception, le cavalier ressent le berceuse régulier des différentes allures du cheval, ceci en reflet du parent berçant son enfant. Les nombreuses stimulations sensorielles à cheval encouragent le patient à la prise de conscience de ses ressentis.

Revenons sur l'exemple de Jules, 3 ans dont l'attachement affectif est insécure. Je vois l'enfant en médiation équine mais également en escalade, ce qui est important. En effet, lors de la séance en médiation escalade, l'enfant a besoin de se rassurer continuellement auprès de sa mère adoptive pour continuer d'explorer. En revanche, les séances en médiation équine se déroulent sans l'interpellation de la mère par l'enfant. Le poney semble donc se substituer à la mère le temps de la séance et apaise ainsi les émotions de Jules.

b) Vers une exploration psycho-corporelle nouvelle

La richesse des expériences sensorielles permettent à l'enfant sécurisé d'explorer le monde autrement et d'éprouver de nouvelles façons de se mouvoir grâce au cheval. En effet, pour l'enfant porteur de handicap moteur, la perception de l'intensité gravitaire est d'autant plus prononcée que le sujet n'est pas forcément en possibilité de lutter contre la pesanteur. Au quotidien, l'enfant porteur de handicap moteur est près du sol et son exploration de l'espace est limitée. Le dos du cheval offre alors une nouvelle perspective d'espace au cavalier, ce dernier assis sur la colonne vertébrale de son destrier.

L'axe corporel est au centre de l'exploration motrice. L'accession à la verticalité est touchée dans le cadre du handicap moteur, ce qui nuit à l'intégration de l'axe corporel et induit des troubles du schéma corporel, une désorganisation temporo-spatiale et des troubles de l'équilibre.

Matérialisé par la colonne vertébrale, l'axe du corps est essentiel dans la construction de l'enfant. Rattachant l'hémisphère droit et gauche, il permet l'unification corporelle et l'intégration des différentes dimensions de l'espace (dedans/dehors, avant/arrière, dessus/dessous, haut/bas, droite/gauche) tout en soutenant le vécu corporel. A l'origine des coordinations et dissociations, la conscience de l'axe corporel est essentielle dans l'élaboration de la verticalité. Or, le redressement est également lié à l'émergence de la pensée et aux capacités de représentations en lien avec la maturité. Selon C. MARIOT, la verticalité se construit dans la corporalité mais également dans notre perception du monde. « *Pour vraiment parler d'axe corporel et de verticalité, il faut s'imaginer une belle mécanique nourrie et entretenue par notre vision de nous-mêmes, par nos représentations, nos émotions* ». (Lobbé, 2019). La construction de la représentation de cet axe corporel découle de la conscience du tonus axial. Or, cette conscience est favorisée par le portage et la richesse du dialogue tonique. Par le portage, l'enfant ressent ses limites mais également sa propre tonicité dorsale. En effet, la force axiale qu'il exerce prend appui sur le support des bras de la mère, qui lui renvoie ses états toniques. Par exemple, si l'enfant présente une hypertonicité axiale, la lordose et la cyphose s'accroissent. Ainsi, l'enfant ressent le contact du haut de son dos contre le support mais ne ressent pas celui du bas. A l'inverse, en hypotonie axiale, l'enfant ressent l'enveloppement des bras de sa mère au contact de sa colonne vertébrale, ce qui renforce la perception de son axe. Selon l'état tonique des bras maternels, l'enfant ne va pas percevoir son tonus de la même façon. L'état émotionnel se mêle au tonus pour façonner la singularité posturale de chacun. L'axe corporel fonctionne donc en synergie avec le dialogue tonico-émotionnel pour permettre la construction de la verticalité. Les émotions participent à son élaboration tout comme notre schéma corporel et notre image du corps. La mobilisation de notre colonne influence le mouvement de chacun de nos segments corporels et conditionne également nos perceptions sensorielles.

Agissant également sur notre posture, les émotions influencent corporellement l'ouverture ou la fermeture au monde. Une émotion négative telle que la tristesse incite naturellement à une hypotonie axiale et donc un abaissement de la tête, un regard vers le sol, un dos courbé, un bassin en rétroversion. Cette posture traduit alors un repli sur soi, un évitement de la relation. A l'inverse, une émotion positive comme la joie ou l'assurance est transcrite au travers un recrutement tonique important et, par conséquent, une antéversion du bassin, un redressement de la colonne suivi par la tête et le regard. Cette posture en ouverture offre une

disponibilité à l'entrée en relation. Celle-ci conditionne alors l'émotion et peut à son tour induire des émotions positive ou négatives.

Un enfant porteur de handicap moteur, dont l'estime de soi est entachée, pourra présenter d'avantage de repli sur lui-même et donc une hypotonicité axiale. La posture à califourchon sur un cheval induit une antéversion du bassin et incite donc naturellement la colonne à se redresser. Cette verticalité conduit physiologiquement l'enfant à un port de tête rehaussé un buste bombé se rapprochant davantage du sentiment d'assurance. La posture redressée induite par la monte et renforcée par le soutien du thérapeute conduit à la modification de l'image du corps. A cheval, la posture physiologique du patient s'inscrit donc d'avantage dans une ouverture au monde et influence donc son propre état émotionnel.

Arthur est un petit garçon de 6 ans atteint d'une épilepsie sévère. Le plus souvent dans son fauteuil, il présente une hypotonicité axiale. La monte à cheval induit un redressement de sa posture et l'encourage à des ajustements tonico-posturaux. L'interaction avec lui est alors possible et il semble davantage disponible.

Au travers de ses différentes allures et de la cadence de ses pas, le cheval diffuse des pulsions rythmiques remontant de la ceinture pelvienne jusqu'au sommet de la colonne en passant par les jambes. L'expérimentation de ce mouvement impliquant les trois dimensions de l'espace, stimule l'ajustement tonique, l'équilibration, les coordinations, renforce les repérages spatiaux ainsi que la conscience corporelle grâce aux vibrations osseuses que la monte induit.

Ces nouvelles expériences permises par une sensorialité particulièrement stimulée suscitent un vécu émotionnellement prenant pour l'enfant porteur de handicap moteur. Tous les sens sont sollicités lors de la monte, excepté le goût. Les points de contact avec le cheval permettent la transmission des informations vibratoires et toniques, renforçant ainsi les expériences tactiles et proprioceptives. Les caractéristiques du bruit produit par les sabots permettent d'appréhender l'espace par leur résonance (un sol de sable ne produira pas le même écho que le sol de terre ou de béton), mais également selon le rythme des sons. L'élévation spatiale offre un champ visuel plus large, l'enfant peut voir plus loin et tout autour de lui. Progressivement, il apprivoise ses ressentis et en prend conscience. Nous allons voir que la prise de conscience de la respiration, épice de nos émotions, devient tremplin à leur régulation.

B) Question de respiration

La respiration est un mécanisme physiologique et végétatif nécessaire à l'organisme pour vivre via un apport en oxygène. Ce gaz provenant de l'extérieur, est aspiré par les voies

aériennes, passe par les poumons pour finalement être intégré au système circulatoire sanguin. Au travers du sang artériel, l'oxygène permet de nourrir les différentes cellules composant le corps pour ensuite être rejeté vers le sang veineux. Les voies aériennes expulsent alors le dioxyde de carbone vers le milieu extérieur.

Liant l'intérieur et l'extérieur du corps, la respiration est au centre des émotions. En effet, le souffle est à l'origine de la voix ou du chant. Or, nous avons pu voir que la voix est essentielle dans l'expression des émotions. Le souffle nous permet de communiquer avec l'extérieur et est étroitement intriquée au tonus et à la posture qui, eux-mêmes, agissent sur nos émotions. Intimement liée à l'intégration de l'axe vertébral, les mouvements d'inspiration et d'expiration influencent la posture. L'inspiration induit une extension de la colonne vertébrale, une ouverture de la cage thoracique et donc une ouverture au monde. Au contraire, une profonde expiration vidant les poumons implique un axe vertébral courbé vers l'avant dans un mouvement de fermeture, induisant un enroulement du sujet sur lui-même.

Pour A. BULLINGER, la respiration agit sur la posture au travers du tonus. Il évoquera le « *tonus pneumatique* » (Bullinger, 1998) comme un blocage de la respiration provoquant ainsi le redressement du buste et venant compenser un déficit de tonus axial, parfois présent chez l'enfant porteur de handicap moteur. Une émotion forte peut conditionner la respiration qui impacte alors le tonus et la posture du sujet. Par exemple, une situation de peur peut générer une accélération de la respiration qui elle-même augmente la saturation en oxygène. Ce phénomène accroît l'activité circulatoire et cardiaque, renforçant alors la tension musculaire et donc l'émotion en question. Cependant, une émotion intense peut également provoquer un blocage respiratoire engageant alors une hypertonie globale et l'activation du tonus pneumatique.

L'enfant porteur de handicap moteur, du fait d'un tonus axial non assimilé ou non ajusté, peut dérégler sa respiration alimentant des émotions négatives. Du fait de ses entraves motrices et sociales, l'enfant peut également avoir tendance à réprimer ses émotions.

Selon W. REICH, les tensions musculaires trouvent leur origine dans les répressions émotionnelles du sujet par ce qu'il appelle la « *cuirasse caractérielle* » et « *musculaire* » (Universalis). Celle-ci se caractérise par sept segments corporels dont six impliquant le mécanisme de la respiration : le pelvis, l'abdomen, le diaphragme, le thorax, le cou et la cavité buccale deviennent alors support émotionnel. La modification de l'état tonique d'un de ces éléments entrave la respiration qui, à son tour, influence le tonus et donc la posture.

Par conséquent, tonus, respiration, posture et émotions interagissent et s'auto-entretiennent en continu, touchant ainsi directement la sphère de la régulation émotionnelle.

La conscience de la respiration a des vertus importantes concernant la capacité à gérer ses émotions. Un état de détente est traduit par une respiration profonde et ventrale induisant un relâchement tonique associé à un apaisement émotionnel. Pour B. LESAGE, « *le jeu de la respiration aboutit en fait à une modulation tonique : respirer dans une zone du corps, c'est moduler sa tonicité et l'inclure dans une dynamique d'ensemble, donc l'articuler au sens étymologique du terme, la relier harmonieusement à la globalité* » (Lesage, 2012, p.76). Ainsi, un apaisement respiratoire et tonique offre une disponibilité psychique favorisant la conscientisation de ses ressentis.

Être attentif aux sensations de gonflement de la cage thoracique du cheval peut être apaisant pour l'enfant et l'aider à prendre conscience de sa propre respiration. Pour se maintenir à cheval, le cavalier doit recruter le tonus nécessaire à son équilibration, ce qui influence sa respiration, son tonus, sa posture. Favorisant l'écoute de ses sensations, le cheval offre à l'enfant une possibilité de caler sa respiration au rythme régulier de ses allures. La fluidité perçue au travers du son régulier de ses pas et les ressentis proprioceptifs de la monte, conditionnent le souffle de l'enfant qui tend à s'ajuster à cette expérience et s'apaiser. La prise de conscience de sa respiration ouvre à l'enfant un accès conscientisé de ses propres émotions. Elle lui confère, alors, le pouvoir d'agir dessus au travers du contrôle volontaire de sa respiration.

En conclusion, la conscientisation de nos sensations permet la modification volontaire de notre respiration. Cette dernière amène alors un apaisement tonique et émotionnel. Cependant, la régulation émerge d'un autre élément faisant suite à la conscientisation de ses émotions : l'acceptation de celles-ci.

C) Cheminement de la conscience à l'acceptation de ses émotions

La prise de conscience de ses propres émotions est une première étape à leur intégration et leur acceptation. Ne pas les accepter conduit à leur refoulement, ce qui ne fait qu'augmenter leur intensité. Leur expression corporelle, tonique, respiratoire est inévitable et peut être transcrite inconsciemment dans la relation à l'autre. Naturellement, l'Homme cherche à chasser le désagréable et la douleur. Selon J.B PAVANI et A. SAVU dans leur livre « *Agir sur ses émotions* » (2020), les sciences cognitivo-comportementales posent le postulat d'un auto-entretien des pensées négatives agissant sur les émotions pour alimenter les comportements négatifs et « *nous piéger dans un cercle vicieux* » (Pavani & Savu, 2020, p38). De la même façon, les

interventions de la psychologie dite positive, tendent à atténuer les pensées négatives et mettre en avant le positif afin d'enclencher un cercle vertueux. Un système controversé car « *Nos émotions positives sont au moins aussi importantes que nos émotions négatives dans notre bien-être* » (Pavani & Savu, 2020). Ainsi, qu'elles quelles soient, l'écoute de nos émotions nous permet de les accepter.

Pavani & Savu, 2020, pages 39 et 56

Interventions cognitivo-comportementales classiques

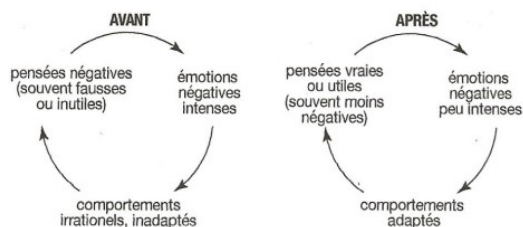


Figure 1 – Représentation schématique de ce que proposent les interventions cognitivo-comportementales classiques.

Psychologie positive

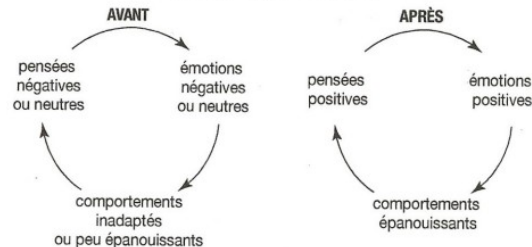


Figure 2 – Représentation schématique de ce que proposent les interventions de psychologie positive.

Lors de certains cours pratiques de cette formation, j'ai pu prendre connaissance d'un engrenage impliquant les émotions. Une pensée n'est pas neutre. Elle s'inscrit dans notre histoire corporelle et témoigne donc d'une expérience émotionnelle. Cette pensée provoquera alors une émotion, aussi complexe soit-elle qui provoquera une sensation.

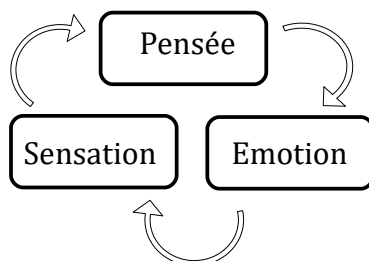


Schéma de l'auteur

La méditation pleine-conscience permet, selon J.B PAVANI et A. SAVU, d'accueillir « *ses sensations, émotions et pensées négatives sans jugement* » (Pavani & Savu, 2020). Or, par leur fine écoute et dénuée de tout jugement moral, le cheval est un animal renvoyant nos propres émotions. Ainsi, la thérapie avec le cheval encourage le patient à écouter ses propres sensations et favorise la conscience de l'éprouvé émotionnel.

Ces auteurs définissent l'acceptation comme « *laisser ses émotions, mais aussi ses pensées et toutes ses sensations corporelles, se déployer et s'estomper d'elles-mêmes, y compris lorsqu'elles sont négatives, déplaisantes* » (Pavani & Savu, 2020, p66). L'attention portée à la douleur, notamment, n'est plus esquivée, mais c'est un accompagnement de celle-ci amenant à une dédramatisation du vécu psycho-corporel à cet instant. Or, l'enfant porteur de handicap moteur

est particulièrement touché par cette sphère douloureuse, la conscience corporelle est donc d'autant plus importante pour ces enfants.

La conscience de ses pensées, émotions ou ressentis permet au sujet de prendre conscience du caractère transitoire des émotions qui fluctuent, s'apparentant à des vagues imprégnant le sujet avant de s'estomper. Comprendre ce phénomène encourage l'acceptation du changement, des émotions négatives ou des ressentis désagréables. Ce processus inhibe la tendance des comportements luttant contre l'expérience négative telles que l'évitement, la lutte, les ruminations ou l'anticipation anxieuse. Il permet d'identifier les émotions et de les comprendre.

Le cheval renvoie perpétuellement au patient sa qualité de présence dans la relation et réagit à sa manière aux émotions éprouvées par l'enfant, favorisant la propre conscience de ce dernier. La médiation équine propose un environnement propice à l'éprouvé d'une sécurité interne. Les comportements du cheval en réaction aux émotions du cavalier reflètent une acceptation des ressentis émotionnels du sujet. En lien avec le psychomotricien que nous développerons plus tard, la médiation équine devient alors support à la conscience corporelle et à l'acceptation par le sujet de ses propres émotions qui le traversent.

L'enfant en situation de handicap moteur apprend à se connaître avec ses spécificités. Son exploration est favorisée par le cheval, dans une conscience de lui-même différente de son quotidien. En écoutant ses sens, il peut ressentir la force recrutée pour se tenir à cheval, se pencher sur les odeurs, les textures, le portage. L'enfant apprend alors à ressentir ses singularités corporelles et à les accepter. Les ressentis corporels de l'enfant l'amènent alors à porter attention sur ses émotions qui, avec l'étayage du psychomotricien, conduiront à son acceptation. Sur le support de la connaissance de soi, le cadre de la médiation équine offre également une projection des émotions sur autrui.

III/ LE CHEVAL COMME TRANSITION ÉMOTIONNELLE DE SOI A L'AUTRE

La recentration sur ses sensations, ses pensées, ses émotions est nécessaire à la capacité de retranscrire les émotions sur l'autre. Dès l'Antiquité Grecque, SOCRATE, dans ses transcriptions orales, évoquait « *Connais toi toi-même, et tu connaîtras l'Univers et les Dieux.* » (*Dicocitations*, 2010). Avoir connaissance de sa propre nature permet donc de l'étendre aux autres. Dès le 16ème siècle, M. DE MONTAIGNE met en valeur l'introspection qu'il décrit comme un regard tourné vers notre propre intériorité et de notre conscience. C'est, notamment, une

analyse de nos propres émotions et de nos comportements qui en découlent. Le philosophe mettra en valeur le paradoxe de la subjectivité. En effet nos caractéristiques propres nous permettent d'appartenir à l'espèce humaine et donc appartenir à cette universalité. Il évoquera dans son livre les « *Essais* » que « *chaque Homme porte en lui la forme entière de l'Humaine condition.* » (Montaigne et al., 2009) et ce grâce à sa propre réflexion et subjectivité. Une théorie qui sera, un peu plus tard, appuyée par SPINOZA au 17ème siècle.

Ainsi, la conscience corporelle induite en équithérapie auprès du psychomotricien permet au patient de mieux se connaître lui-même, ce qui constitue un tremplin à l'identification émotionnelle de l'autre. Nous avons pu voir que l'utilisation de la médiation avec le cheval peut être véritable outil à la conscience corporelle, au travers de l'ouverture relationnelle que cette médiation permet. La compréhension d'autrui, comme nous allons le voir, contribue à l'entrée en relation et à la naissance de l'identification émotionnelle.

A) Pansage : Vers une considération de l'autre

Rappelant la notion de caregiver évoquée par J. BOWLBY et impliquant le « handling » (« Le holding chez Donald Winnicott », 2018) décrit par D. WINNICOTT, le pansage s'inscrit dans un domaine de soins, de relation et d'expériences sensorielles. Le handling est défini par son auteur, comme la manière dont les soins sont procurés à l'enfant, « hand » signifiant « main » en anglais. L'implication corporelle et psychique du parent dans la relation lors des soins au bébé façonne son enveloppe corporelle construisant alors ses premières délimitations entre lui et le monde que D. ANZIEU appellera le « moi-peau » (Anzieu, 1995) et que nous décrirons ultérieurement. Ce processus permet alors l'émergence du sentiment d'unité psychique et corporelle de l'enfant, nécessaire à son individuation.

Le pansage correspond à des soins spécifiques prodigués au cheval avant et après la monte. Il comprend l'utilisation de brosses toutes différentes de par leur forme, leur texture et leur fonction, source de stimulation sensorielle. Première rencontre entre le cavalier et le poney, ce rituel favorisant un sentiment de sécurité offre une entrée en relation par un échange tonique et sensoriel entre le patient et le cheval. Cette activité est une occasion pour l'enfant porteur de handicap moteur de découvrir une autre façon d'appréhender la relation avec le poney. Si des soins ont été prodigués à l'enfant dès son plus jeune âge, le pansage l'invite à inverser les rôles et à procurer des soins à l'autre.

L'enfant en situation de handicap moteur, souvent protégé par ses parents, est moins exposé à sa responsabilisation, freinant alors son autonomie. Selon J. ANSORGE, « *lors des moments de pansage du cheval, l'enfant passe du statut de soigné à celui de soignant* ». (Anorge,

2011). Le pansage est une activité incitant l'enfant à se déplacer autour du poney, à se mobiliser dans un appui relationnel avec l'équidé. Entretenant l'individualisation de l'enfant et encourageant l'écoute des besoins de l'autre au travers du poney. Le pansage est une tâche valorisante contribuant à l'augmentation de l'estime de soi.

*Avant chaque cours, **Fanny** utilise chacune de ses brosses pour prendre contact avec le poney. Elle ose se déplacer autour de l'animal malgré sa marche en fauchant, trouve des stratégies pour se baisser et panser l'équidé. Elle sollicite l'aide d'un adulte en cas de difficultés.*

B) Approche émotionnelle dans la médiation équine de groupe

Lors de mon stage, j'ai pu observer des prises en soin individuelles mais également collectives. La thérapie avec le cheval, dans le cadre d'une prise en charge collective, permet d'observer et de travailler les différentes interactions avec l'équidé mais également avec les autres. Ces deux différentes approches sont toutes aussi intéressantes mais ne sollicitent pas les mêmes domaines. Les séances d'équithérapie individuelles permettent de travailler davantage l'exploration corporelle et un apprentissage de soi sans l'impression jugeante d'un regard extérieur. Par l'intermédiaire du cheval, le patient entre en relation avec le psychomotricien qui l'accompagne dans cette prise de conscience de lui-même.

La séance de groupe peut être, à mon sens, pertinente suite à une prise en charge individuelle qui aura permis de favoriser la structuration psychique, corporelle et le sentiment d'unité de soi du patient. En effet, comme nous avons pu le voir, pour connaître les autres il paraît essentiel de se connaître soi. En revanche pour certains patients, commencer une prise en charge groupale peut être judicieuse car elle permet une contenance de groupe et favorise l'entrée en relation. Finalement, une séance individuelle amène aussi la question du groupe car elle implique le patient, le psychomotricien et le cheval. La dimension relationnelle est donc particulièrement présente. Transition à l'autre, le poney est support de projection des émotions du patient. L'enfant peut ensuite les projeter sur l'autre en groupe. L'approche par le groupe permet à l'enfant de se décentrer et de mieux comprendre l'autre dans ses états émotionnels. Même interne, nous avons pu voir que l'émotion est essentielle à l'entrée en relation.

a) Un vécu subjectif mais collectif

Chaque individu se construit inéluctablement à travers les groupes sociaux et ce, dès sa naissance. S S.H. FOULKES repose sa théorie d'analyse de groupe sur la cohésion groupale couplée à l'analyse individuelle. Il considère cette psychothérapie comme favorisant la relation, l'échange et la communication. Le sujet exprime son individualité dans le groupe auquel il

appartient. Cet auteur appellera ce phénomène la « *matrice du groupe* » (Hinshelwood, 2009). Il désigne cette unité comme le résultat des interactions individuelles et dynamiques entre chacun de ses membres.

Pour W. BION, l'individualité est issue de la construction par le groupe. Il met en avant la confrontation à l'autre permettant de façonner l'unicité et la personnalité de chacun. Selon lui, « *L'individu est un animal grégaire, en guerre non seulement avec le groupe mais avec lui-même du fait qu'il est un animal groupal* » (Bion, 1961, 131). W. BION met également en avant la mentalité contenante du groupe et prend en considération le vécu et le partage émotionnel interne au sein du groupe. Il appelle « *présupposés de base* » (Fognini, 2011) les manifestations émotionnelles fortes, impulsives et inconscientes habitées par l'ensemble du groupe. Selon le psychanalyste, de ces états émotionnels collectifs découlent l'organisation du groupe, les pensées communes ainsi que le vécu ensemble. Selon lui, il est impossible « *à un individu de rester distinct des autres dans un groupe agissant selon ses présupposés de base* » (Fognini, 2011).

Durant les séances d'équithérapie avec six enfants relativement autonomes, je constate la dynamique groupale inconsciente qui rythme ce temps collectif. En effet, même libres de leurs déplacements à poney, les enfants tendent à se regrouper, se suivre et tourner dans le même sens. En leur proposant de passer par dessus une petite barre au sol, spontanément, c'est en ensemble que les enfants passent cette barre.

Ainsi, lors de la médiation équine en collectivité, le patient est inclut dans un groupe auquel il appartient. Il prend sa place et s'exprime au sein du groupe en fonction de son individualité et participe à l'édification d'une certaine cohérence de l'ensemble. En sécurisant et invitant à l'exploration, la thérapie avec le cheval encourage le lien et l'affirmation de soi au sein de la collectivité. Il peut être observé, au sein de la dynamique de groupe, diverses manifestations émotionnelles émergeant des interactions sociales.

b) Encouragement à l'identification des émotions

La capacité à l'identification de nos propres émotions est essentielle au développement de notre intelligence émotionnelle et à la projection de celles-ci sur autrui. M. MIKOLAJCZAK indique que « *ne pas savoir identifier ses émotions impacte négativement la santé mentale, la santé physique et les relations sociales selon les études scientifiques* » (Moïra Mikolajczak et al., 2020).

Selon le psychologue J. FARNIER, l'identification émotionnelle est possible grâce à l'acceptation de l'émotion mais également par la richesse lexicale. Or un enfant n'a pas forcément

accès à ce vocabulaire diversifié. Le psychomotricien, nous le verrons, contribue à mettre des mots et du sens sur les sensations et les émotions que peut éprouver l'enfant.

Pour ce psychologue, un regard sur nos pensées, nos réactions émotionnelles et nos sensations physiologique permet la reconnaissance et l'étiquetage de nos émotions. La conscience de soi se trouve donc au cœur de la discrimination des différentes émotions. Or, identifier ses émotions est un tremplin à la compréhension de l'état émotionnel de l'autre et permet de cerner ses besoins et attentes. D'autre part, percevoir une émotion chez l'autre encourage l'individu à entrer en relation tout en stimulant ses capacités d'adaptation face à cette émotion. Reconnaître l'émotion sur autrui est possible grâce à une proximité et une disponibilité physique et psychique avec une ou plusieurs personnes. Ainsi, le patient développe son intelligence émotionnelle et sociale, toutes deux intriquées ensemble.

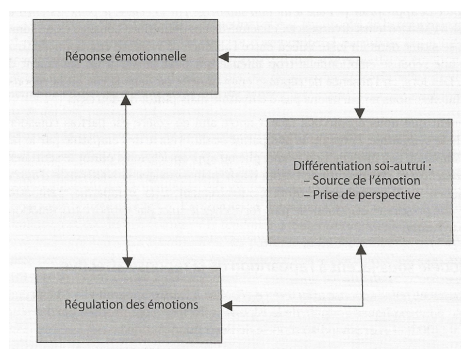
Le cheval est un premier reflet de l'état émotionnel du patient grâce aux réactions physiologiques qui lui sont propres. Le psychomotricien met alors du sens sur ces réactions qui permettent à l'enfant de projeter la représentations de ses émotions sur le cheval. Lors des thérapies équine en groupe, l'enfant, inclus dans une identité de groupe, se met en jeu corporellement avec l'autre, favorisant la mise en relation mais également la reconnaissance émotionnelle sur autrui, base de l'empathie.

c) Naissance de l'empathie

L'empathie est la capacité à se projeter dans la situation de l'autre. Selon J. DECETY, elle émerge de trois éléments imbriqués entre eux qui sont le ressenti émotionnel suite à l'émotion d'autrui, la différenciation entre soi et l'autre ainsi que la capacité de régulation émotionnelle.

Si pour J. DECETY, F. DE VIGNEMONT et EISENBERG l'empathie consiste à ressentir les mêmes émotions qu'autrui, pour BARON-COHEN et WHEELWRIGHT l'empathie c'est comprendre la situation de l'autre. Elle nécessite un certain recul face à l'émotion de l'autre. Cela justifierait la nécessité d'une certaine maturité émotionnelle. Cependant, ces auteurs s'accordent à considérer l'empathie comme une manifestation émotionnelle adaptée, « *se situant dans un juste milieu entre l'absence de réponse émotionnelle et une réponse émotionnelle trop intense.* » (Luminet, 2013, p94).

Les trois principales composantes de l'empathie (adaptée de Decety, 2005) (Luminet, 2013, p93)



D'après V. HERRMANI, « *Une personne ayant un faible niveau de différenciation peut vivre une fusion émotionnelle, ressentir ce que le groupe ressent en raison des frontières interpersonnelles insuffisantes.* » (Victoria Herrmani, 2018, p44). Cet état est définie comme la détresse empathique. L'émotion de l'autre est ressentie comme intense par le sujet. Par conséquent, l'individu est en incapacité d'aider ou de contenir les émotions de l'autre, ce qui marque une difficulté à réguler ses émotions.

Selon F. DE VIGNEMONT, quatre paramètres à l'existence de l'empathie : L'émotion, la similarité, le processus et l'attribution.

Indissociable de l'**émotion**, l'empathie prend sa source dans des expériences émotionnelles individuelles et façonne le développement cognitif de l'enfant. Cette notion est en lien avec la théorie de l'esprit étayée par L. VYGOTSKI, qu'il définit comme la capacité de l'enfant à prendre conscience, comprendre et se représenter les états émotionnels des autres. Cette compétence se développant vers la quatrième année de l'enfant, est permise grâce à sa maturation neurologique, l'évolution de son langage et par la richesse de ses interactions sociales. Ainsi, un enfant ayant une immaturité psycho-affective, peu de langage ou des difficultés dans la relation à l'autre entrave sa décentration. Cette théorie va à l'encontre de celle de J. PIAGET prônant l'égocentrisme intellectuel des enfants.

L'empathie prend également racine dans la **similarité** entre l'état émotionnel manifesté par autrui et celui éprouvé par soi. Le ressenti généré par les émotions d'autrui trouve son origine dans l'identification et la compréhension de celles-ci.

L'empathie est provoquée par un élément déclencheur qui n'est autre que la manifestation émotionnelle d'autrui faisant écho à nos propres émotions. Elle s'inscrit donc dans un **processus**.

Pour terminer, l'auteur désigne l'**attribution** comme élément indispensable de l'empathie. L'état émotionnel de l'autre reflète un vécu émotionnel propre à l'individu qui comprendra l'émotion ressentie à partir de sa propre expérience émotionnelle, ceci dans la conscience et la considération de l'autre.

Avec la naissance de l'imagerie, G. RIZZOLATTI fait la découverte d'un phénomène physiologique de ce qui sera ensuite appelé les « neurones-miroirs » (Drieux, 2008). En effet, ces cellules cérébrales s'activent de la même façon lors de l'exécution d'une action ou dans l'observation de ce même geste sur un congénère. Ainsi, cette activité corticale contribue à une meilleure compréhension de l'autre et favorise l'interaction. Cette singularité neuronale concerne la douleur comme le met en avant T. SINGER, mais également les émotions. En effet, les aires cérébrales s'activent de la même façon lors du vécu émotionnel ou dans l'observation de cet

état. Le système cérébral joue donc un rôle conséquent dans notre perception des émotions d'autrui et dans nos interactions sociales.

Par les stimulations qu'il induit et l'espace relationnel qu'il entrouvre, l'expérience le cheval favorise le vécu et l'expression des émotions. Par des séances de groupes en équithérapie, l'enfant est confronté aux états émotionnels des autres membres de ce même groupe. Par l'intermédiaire du poney, l'enfant entre en interaction avec ses pairs.

IV/ LE PROJET THÉRAPEUTIQUE DE FANNY

Avec les connaissances du suivi en kinésithérapie de Fanny, les informations du bilan psychomoteur, mes observations depuis novembre 2021 ainsi que le recueil de l'anamnèse effectuée auprès de la mère de Fanny, j'ai ainsi pu élaborer un projet thérapeutique psychomoteur. Celui-ci repose sur deux grands axes mêlant thérapie et rééducation : Un travail sur la maturation psycho-affective de l'enfant et un renforcement de ses compétences motrices.

Dans un premier temps, l'accompagnement à l'**autonomie psycho-affective** semble être approprié, en lien avec l'attitude régressive et les manifestations émotionnelles de Fanny en cas de situation difficile. Ce travail tend vers une meilleure autonomisation de l'enfant incluant la confiance et la connaissance de soi, mais également la gestion émotionnelle.

Le pansage, l'exécution d'un parcours seule avec le poney, le mener en main du cheval ou en longue rênes proposés dans un cadre sécurisé, encouragent l'autonomisation.

Nous avons pu voir que le cheval est un être particulièrement stimulant. La conscience corporelle, également tremplin à la gestion émotionnelle, permet à Fanny de renforcer son schéma corporel, son image du corps et de favoriser l'autonomie. Elle peut être proposée grâce aux explorations sensorielles avec le cheval dans différentes postures comme par exemple allongée sur son dos en sentant sa colonne vertébrale contre la sienne. Les différentes allures de l'équidé sont également exploitées par leurs bercements et leurs caractéristiques décrites plus haut. Si le tonus joue un rôle majeur autour de la régulation émotionnelle, les ajustements tonico-posturaux sont donc au cœur de la prise en soins de Fanny. L'enfant est encouragée à écouter ses différentes sensations, ce qui lui permet d'ajuster son tonus de manière plus adaptée. La régulation tonique permet alors la détente musculaire propice à l'apaisement émotionnel.

Enfin, la structuration du schéma corporel est travaillée en lien avec la conscience corporelle. Elle implique l'anatomie du cheval comme stimulation sensorielle et le repérage des différentes parties du corps du poney. Des balles peuvent également être utilisées pour stimuler la sensorialité tactile, notamment passées sur le squelette de l'enfant. Elles permettraient à Fanny de se rendre compte de la solidité de son corps et donc augmenter son estime d'elle-même. Le travail de l'image du corps est donc essentielle dans cette prise en charge.

Le renforcement de la régulation émotionnelle apparaît comme pertinente dans le cadre du projet thérapeutique de Fanny. S'appuyant sur la conscience corporelle du patient, le thérapeute offre un moyen de prendre connaissance de ses propres émotions et de les verbaliser. Le cheval devient aide thérapeutique pour permettre à l'enfant de prendre conscience de ses états et manifestations émotionnelles. La douleur est également prise en compte dans sa dimension somato-psychique et émotionnelle.

Le deuxième axe de ce projet porte sur l'**amélioration de la qualité des compétences motrices** de Fanny. En raison de sa luxation de hanche droite, l'enfant est entravée dans ses coordinations et son équilibre qui pourront être renforcées grâce à l'expérimentation de la monte par des slaloms ou des échanges de ballons avec le thérapeute à différentes allures. Au cours des derniers mois, Fanny présente des difficultés de motricité fine et l'apparition de douleurs autour de la zone des praxies. Ainsi, la dextérité manuelle peut être travaillée au moyen de parcours à exécuter avec le cheval en main ou monté via des exercices incluant des gestes fins en parallèle d'un travail sur l'écoute et l'acceptation de la douleur. Nous pouvons nous référer aux propositions du bilan psychomoteur en annexe pour plus de détails. (*Annexe 6*)

**3- PATIENT, CHEVAL,
PSYCHOMOTRICIEN :**
UNE TRIADE THÉRAPEUTIQUE
COMPLÉMENTAIRE A LA PRISE EN
CHARGE

I/ UN CHEVAL TOUT SEUL N'EST PAS THÉRAPEUTIQUE

Comme nous avons pu le démontrer, le cheval est un support doté de certaines qualités permettant à l'enfant porteur de handicap moteur de réguler ses propres émotions. En revanche, pour que l'enfant puisse se saisir de ces particularités, le cheval à lui seul ne suffit pas. Comme le disait N. EMOND, « *Le cheval ne guérit pas. C'est le cadre -un patient, accompagné d'un thérapeute-, qui est thérapeutique. Le cheval est un médiateur de cette relation* » (Psychologies.com, 2009).

A) Entre thérapeute et psychomotricien

Par définition, une thérapie est l'utilisation d'un moyen par le thérapeute pour tendre vers une guérison, la prévention ou un soulagement des symptômes. Ainsi, le cheval demeure un outils médiateur dont se saisit le thérapeute. Mais alors quelle est la différence entre un thérapeute et un psychomotricien ?

Le mot thérapeute est un terme large à vocation d'accompagner, soulager le patient dans le soin. Un thérapeute peut avoir un diplôme ou être formé dans un domaine en particulier comme la musicothérapie ou la naturo-thérapie. Le thérapeute peut être tout professionnel dans le domaine médical et paramédical comme par exemple le psychothérapeute, kinésithérapeute ou l'ergothérapeute. Ainsi, si tous les professionnels de santé et psychologues sont des thérapeutes, tout thérapeute n'est pas professionnel de santé. Le psychomotricien par son statut, n'est donc pas que thérapeute mais également professionnel de santé, ce qui lui confère la richesse de son regard et de son intervention.

Auxiliaire médical, le psychomotricien exerce sur prescription médicale et s'intéresse à tous les âges de la vie. Ses interventions se basent sur le développement psychomoteur. Une perturbation corporelle, psychique, affective ou motrice de ce développement donne alors naissance à un déséquilibre pouvant se traduire par un trouble et enrayé ainsi le quotidien de l'individu. Caractérisé par une mise en jeu corporelle, le psychomotricien s'implique dans un espace relationnel avec le patient et ce à visée thérapeutique. En effet, ce professionnel inscrit dans différents champs d'action : celui de la prévention, de la rééducation, de la médiation mais également de la thérapie psychomotrice. Le psychomotricien touche donc à de nombreux domaines qui permettent de comprendre le patient dans sa globalité.

B) Une thérapie aux valeurs psychomotrices

La psychomotricité est, par définition, une thérapie à médiation corporelle. Le professionnel utilise une médiation qu'il estime adaptée par rapport aux objectifs thérapeutiques du patient. La médiation peut être sous de multiples formes et s'inscrit dans des cadres de prises en charge très diversifiés. D'après M. GUILLAUME-HOFNUNG, « *Le champ de la médiation n'a pas de limites. Il englobe tous les secteurs de l'activité humaine.* » (Claude, 2015 p105). Ici, nous nous intéressons spécifiquement au cheval comme objet médiateur. Cependant, il existe de nombreuses médiations qui peuvent être impliquées dans le travail de la régulation émotionnelle. La méditation pleine-conscience, par exemple, que nous avons pu étudier, peut être pertinente dans le cadre de la régulation émotionnelle et ce dans un contexte différent de celui de la thérapie avec le cheval. L'escalade est également une médiation pouvant être intéressante dans le cadre de la régulation des émotions.

Le métier de psychomotricien prend racine dans la relation pour créer l'alliance thérapeutique avec le patient. Similairement au développement affectif de l'enfant, ce professionnel établit le contact avec le patient à partir du dialogue tonico-émotionnel. Cette notion clef du psychomotricien prend son sens au cœur de la thérapie avec le cheval, comme nous avons pu le voir, grâce au contact entre cavalier et cheval mais également entre psychomotricien et patient. Le professionnel de par sa proximité physique, son écoute et la contenance qu'il induit, se situe au cœur de la relation avec le patient. A partir des possibilités d'interaction avec le cheval, le psychomotricien se saisit de cet espace relationnel entre l'individu et l'équidé pour entrer en relation avec le patient. Le cheval s'inscrivant dans l'instant présent, le professionnel accompagne et guide l'enfant dans son exploration et sa prise de conscience du monde qui l'entoure, de sa sensorialité, mais également de son monde interne. Selon son âge, sa maturation neurologique et psychique, l'enfant ne peut prendre conscience seul de ce qui se joue entre le poney et lui.

Par conséquent, si un thérapeute peut pratiquer l'équithérapie, le regard et les objectifs réalisés par le psychomotricien offre une toute autre pratique. Un moniteur d'équitation spécialisé dans le handicap peut proposer des activités adaptées à l'enfant mais qui ne sont pas incluses dans un objectif rééducatif ou de soin paramédical. Un kinésithérapeute, par sa formation, aura un point de vue centré sur les capacités physiques et fonctionnelles du patient et des objectifs adaptés à cette spécialisation qui est la sienne. Le psychomotricien, grâce à ses compétences acquises par ses études, peut proposer des activités en lien avec l'élaboration de son projet thérapeutique. Les propositions de séances sont donc mise en sens avec ses observations et la mise en jeu corporelle relationnelle favorisée par le cheval.

II/ LE PSYCHOMOTRICIEN EN AIDE A LA RÉGULATION DES ÉMOTIONS DE L' ENFANT

La neutralité n'existe qu'en l'absence d'affects ou d'émotion. Or, la relation n'est pas neutre et la prise en charge psychomotrice repose sur la communication et l'échange entre le patient et le thérapeute. La régulation émotionnelle est intégrée au décret de compétence du psychomotricien de 1988 en incluant les « *troubles du dialogue tonico-émotionnel* » (Décret, 1988), justifiant ainsi la légitimité du psychomotricien à inclure les émotions dans sa prise en charge. D'autre part, pour C. POTEL, la psychomotricité est un dispositif considérant le corps dans sa complexité existentielle, expressive, émotionnelle et identitaire.

Nous avons pu voir que la gestion émotionnelle était possible au travers du travail de la conscience corporelle. Pour E. PIREYRE, l'intrication entre émotion et conscience corporelle sont au cœur de la psychomotricité. En effet, « *en permettant une authentique reconnexion du patient avec son corps, avec ses émotions et, éventuellement en relançant le processus d'association d'idées, elle est un vrai processus thérapeutique. La psychomotricité y trouve une puissante légitimité théorique et pratique.* » (Dunod, 2015, p207)

Nous avons pu voir que l'émotion est sociale et son expression traduit un besoin d'être écoutée et comprise. Si ce n'est pas le cas, l'émotion persiste, grandit pour finalement envahir le sujet dans toute sa globalité. Le vécu de l'émotion est donc d'autant plus fort et les manifestations associées proportionnelles en intensité. Les émotions sont étroitement intriquées à l'histoire du patient, son contexte de vie, sa pathologie, ses capacités cognitives motrices et sociales. Le psychomotricien prend donc en considération tous ces éléments pour mieux comprendre l'état émotionnel du patient, et par conséquent, lui proposer un travail adéquat sur la gestion émotionnelle. L'accueil et l'accompagnement des manifestations émotionnelles constituent les prémices de la capacité de régulation émotionnelle.

A) Accueil et accompagnement des états émotionnels du patient

Les expériences motrices, sensorielles, cognitives ou relationnelles deviennent support à l'expression émotionnelle. L'accordage tonico-émotionnel, au cœur de la prise en charge, permet un échange entre les différents états émotionnels du moment au travers du toucher et du mouvement. Pour le psychomotricien F. BOSCAINI, « *L'apaisement du vécu émotionnel de l'enfant et l'ajustement tonico-émotionnel à l'enfant sont au cœur de nos pratiques professionnelles* » (Boscaini & Saint-Cast, 2010). Les signes corporels du patient permettent au psychomotricien de cerner son état émotionnel. Le professionnel peut alors proposer des stratégies de régulation adaptées au patient. La difficulté à réguler ses émotions découlant souvent d'une fragilité de

l'enveloppe psychique et également émotionnelle, le psychomotricien s'appuie sur la contenance pour structurer ces enveloppes témoignant d'une insécurité interne.

Nous avons pu développer le rôle de l'attachement dans la régulation émotionnelle et l'importance de la sécurité interne. Ainsi, la contenance est un élément primordial que le psychomotricien inclut dans sa prise en charge par le renforcement de l'enveloppe psychique et corporelle. D. ANZIEU met en avant la similarité entre l'enveloppement de notre corps par notre peau et l'enveloppe psychique appelé le « Moi » par S. FREUD, un concept psychanalytique qu'il nommera le « Moi-Peau » (Anzieu, 1995). Parmi ses fonctions, le « Moi-Peau » (Anzieu, 1995) possède une fonction de maintenance et de contenance. Si la peau unifie et contient les différentes composantes du corps, le Moi-Peau enveloppe le psychisme et contient les différentes pulsions, notamment émotionnelles.

Selon l'auteur, le « Moi-Peau » (Anzieu, 1995) est constitué de deux couches principales. La première, périphérique, est rigide. Elle correspond à un filtre protecteur quantitatif des stimulations extérieures et permet la modulation des influx sensoriels en provenance du monde. Cependant, elle n'est pas impliquée dans les stimulations provenant de l'intérieur.

Lucas, 9 ans, est suivi en cabinet libéral pour des bizarreries présentes dans la relation à l'autre et une suspicion de Trouble du Spectre Autistique. Si la psychomotricienne tente de prendre contact avec lui par le toucher, l'enfant présente une hypertonicité globale et des paratonies. Nous pouvons imaginer qu'il module les influx sensoriels tactiles à partir de cette carapace tonique issue de cette couche externe décrite dans le Moi-Peau.

La couche interne est profonde, mince et souple ce qui la rend particulièrement sensible. Selon le psychanalyste, « elle perçoit des indices, des signaux, des signes et permet l'inscription de leurs traces. » (Anzieu, 1995, p258). Elle réceptionne les différents flux internes provenant de l'extérieur. Cette couche filtre les sensations de manière qualitative et les inscrit en mémoire. Contrairement à la première couche, celle-ci communique avec l'intérieur et l'extérieur. C'est la raison pour laquelle le « Moi-Peau » (Anzieu, 1995) est dit asymétrique.

Ainsi, le psychomotricien soutient et renforce l'unification de ce Moi-Peau au travers de sa mise en jeu corporelle et de la contenance psychique et corporelle adaptée qu'il offre au patient.

F. BOSCAINI souligne le corps comme premier vecteur émotionnel qui, pourtant, peut être difficile à comprendre pour l'enfant qui le vit. Au travers de la mise en jeu corporelle et psychique, le psychomotricien reçoit l'émotion portée par l'enfant et l'accepte. Dans l'écoute, la compréhension, l'imitation, la verbalisation et la contenance, le psychomotricien renvoie au

patient un état émotionnel acceptable à recevoir afin qu'il puisse s'en saisir. Ce processus d'élaboration psychique est inscrit dans un mouvement de transformation se nourrissant de l'expression psycho-corporelle de la relation. Le psychomotricien induit et encourage les mouvements émotionnels se jouant dans la relation thérapeutique.

Ainsi, le travail du psychomotricien s'articule autour de l'identification des émotions, la reconnaissance des expressions en découlant et enfin, le contrôle qu'il peut avoir sur ces comportements régis par l'émotion. Cet accompagnement repose sur la contenance psychique et corporelle, la reconnaissance, l'identification des émotions grâce à leur mise en mots.

B) Importance de la mise en mots du psychomotricien : mettre du sens sur les expériences

Si le psychomotricien accompagne corporellement les états émotionnels de son patient, l'adaptation verbale du professionnel est également essentielle pour permettre au patient de comprendre l'état émotionnel qui le traverse. En revanche, ce professionnel ne se penche pas sur la rééducation propre au langage écrit et oral, un travail spécifiquement orthophonique.

a) Mots sur les sensations corporelles

En psychomotricité, le patient est acteur de sa prise en charge. Si l'écoute et la coopération passent également par le langage corporel, celui-ci n'est pas évident à interpréter pour l'individu et en particulier pour l'enfant. La verbalisation possède alors toute sa place en psychomotricité. L'enfant exprime ses ressentis, ses émotions, de la fatigue ou de la douleur. Il utilise le langage pour désigner ses envies et son humeur, ce qui oriente le psychomotricien dans sa prise en charge.

J. PIAGET met en avant l'importance du langage dans le développement cognitif de l'enfant. A deux ans, l'enfant commence à mettre des mots sur ce qu'il perçoit et c'est vers trois ans qu'arrive le « Je ». Pour J. PIAGET, le langage est un premier accès au symbolique qui permettra à l'enfant de s'inscrire dans l'espace et dans le temps. Il pourra comprendre le passé et anticiper le futur. Selon L. VYGOTSKI, si l'interaction sociale est à la base de tout apprentissage mais également de tout développement cognitif, le langage est un outils préalable à la base de ces interactions. Le langage de l'enfant évolue vers ce qui deviendra la pensée intérieure. En effet, selon V. HERRMANI, « *Le langage verbal influence grandement le subconscient. Les mots sont la représentation audible des pensées, des idées et des sentiments* » (Victoria Herrmani, 2018, p74). Or, les pensées conditionnent nos émotions, comme nous avons pu le voir. Si les thérapies

cognitivo-comportementales ciblent l'atténuation des pensées négatives dans le but d'apaiser l'individu, elles ne tendent pas à modifier l'intensité et la fréquence des émotions positives. Selon J.B PAVANI et A. SAVU, il existe trois manières de gérer nos émotions en intervention cognitivo-comportementale : l'atténuation des pensées négatives, l'augmentation des pensées positives et l'acceptation des pensées négatives. Dans ce même courant, A. BECK met en évidence l'importance de se questionner sur ses propres émotions négatives au moment où celles-ci nous traversent afin de mieux les réguler. Ce système de pensée cognitivo-comportemental se rapproche de la méditation pleine-conscience qui permet de décomposer pensées, émotions et sensations pour mieux les séparer. En effet, lors de la méditation pleine-conscience, l'observation d'une pensée nous traversant aura moins d'impact sur nos émotions et donc nos sensations. Ce processus est appelé « *acceptation expérientielle* ». (Pavani & Savu, 2020, p72).

Ainsi, les émotions sont alimentées par les pensées qui elles-mêmes découlent du langage. La mise en mots du psychomotricien est donc essentielle à leur compréhension.

Pour le romancier H. P LOVECRAFT, *"La peur est la plus vieille et la plus forte émotion de l'humanité et le plus vieil et plus fort type de peur demeure la peur de l'inconnu."* (La peur de l'inconnu, 2020). Si l'inconnu est la peur la plus archaïque de l'Homme, durant des millénaires, celui-ci cherche à rationaliser et mettre des explications sur son environnement pour s'apaiser. Les mots permettent de mettre du sens sur le monde qui nous entoure, de le comprendre et de l'appréhender tout comme le rapport à notre propre corps. Par le langage égocentrique, l'individu se rassure en verbalisant la situation qu'il vit ou qu'il a vécue et qui lui a procuré une émotion pour s'apaiser.

Louise, jeune femme de 21 ans atteinte d'autisme, est de nature très anxieuse. Elle éprouve une peur intense de la bouche des animaux avec une phobie du chien en particulier. Chaque semaine, elle vient en séance d'équithérapie. Au fur et à mesure des séances, Louise développe un langage qui lui est propre tendant à apaiser ses peurs. Si le poney fait un mouvement suscitant de la peur chez elle comme relever la tête, elle justifie ce comportement par une explication, ce qui lui permet de s'apaiser : « Ne pleure pas, Django. », « Django est fatigué ». Louise manifeste alors moins de réactions physiologiques tels que les tremblements ou de manifestations hypertoniques. La verbalisation favorise donc l'acceptation des émotions.

Le langage se crée dans la relation à l'autre dans les domaines culturels, relationnels, sociaux et affectifs. Selon C. BALLOUARD, la séance psychomotrice repose sur une élaboration verbale pour permettre de poser de la signification auprès du patient. Selon lui, une mise mot inexistante et donc une non mise en sens conduit à la dévalorisation de prise en charge : « *Nous sommes garants de cette élaboration, du fait que « ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd ».* C'est

condamner, dans le cas contraire, un patient à la répétition, que cela ne change pas. » (Ballouard, 2008, p146). La verbalisation possède également une fonction contenante et contribue à la gestion émotionnelle.

En accompagnant la mise en jeu corporelle et les expériences sensori-motrices, la mise en mots du psychomotricien est élémentaire dans la création de l'alliance thérapeutique avec le patient. Un enfant n'ayant pas forcément les capacités de mettre en mots ses ressentis, ses émotions, ne possède pas les clefs pour les comprendre, les identifier et donc les réguler. Le psychomotricien en mettant des mots sur les expériences, y met du sens et permet donc à l'enfant de saisir et investir ces ressentis là.

Au travers de la thérapie avec le cheval, le psychomotricien propose au patient d'expérimenter différents éprouvés corporels, sensoriels. Accompagnée par la verbalisation du psychomotricien, ces expériences prennent du sens pour le patient qui apprend sur lui-même. Comme nous avons vu que le langage inscrit l'enfant dans une temporalité, la verbalisation du psychomotricien renforce les repérages temporels en favorisant l'instant présent. Le patient peut se raccrocher à la contenance verbale du psychomotricien associée à son engagement corporel. Ainsi, le psychomotricien verbalise les différentes manifestations émotionnelles du patient pour lui permettre de prendre conscience de ces signes, de comprendre et déceler l'émotion en cause.

*Alors que **Fanny** est sur le dos du poney, je lui propose de s'allonger sur la croupe du cheval pour ressentir la douceur de sa robe, la respiration de l'équidé, la dureté de sa colonne vertébrale tout le long de son dos. Je demande alors à Fanny comment elle se sent dans son corps sur cet instant là et je lui verbalise différentes émotions afin qu'elle puisse en choisir une qui correspondait au moment qu'elle vivait.*

b) Interprète des comportements du cheval face aux états émotionnels de l'enfant

Les manifestations émotionnelles d'un individu sont parfois si infimes qu'elles en deviennent indétectables par l'Homme. En revanche, par sa sensibilité, le cheval est en capacité de percevoir ces états. Il réagit alors en conséquence et à sa manière. Par son comportement, le cheval peut mettre en valeur certains états émotionnels du patient, et donc aiguïser l'observation du psychomotricien. Ce professionnel, déjà particulièrement attentif aux signes corporels témoignant de l'état interne du patient, peut se saisir des qualités du cheval pour affiner sa perception de l'état émotionnel de l'individu. Un cheval nerveux peut refléter un patient dont l'état tonique est élevé, et donc poser l'hypothèse d'une potentielle anxiété à cet instant. Ainsi, l'œil avisé du psychomotricien et les réactions du cheval sont complémentaires.

Reprenons l'exemple de Louise, particulièrement apeurée par les animaux. Lors d'une des premières séances avec elle, le poney, qu'elle montera ensuite à chaque séance, est placé en longe dans un enclos. Louise est au milieu du rond de longe accompagnée des thérapeutes. Le poney entre alors dans un état de haute tension et galope tout autour d'elle. Percevant la nervosité de Louise, l'équidé s'imprègne de cette peur et libère corporellement l'agitation que cette émotion lui procure.

En mettant des explications et des mots sur les réactions du cheval, le psychomotricien met du sens sur les actions qu'induit le patient sur son environnement. Le professionnel met en avant les répercussions de l'état émotionnel du patient sur le cheval et favorise ainsi la prise de conscience émotionnelle. Comprendre les comportements du poney découlant de l'état du patient offre à ce dernier la possibilité de reconnaître l'incidence de ses comportements sur l'autre et de pouvoir les projeter dans ses autres relations. Cependant, cette prise de conscience n'est possible que par l'accompagnement verbal et corporel du psychomotricien, mettant alors du sens sur le vécu.

Elise est une adolescente de 17 ans porteuse d'un sévère trouble autistique. Lors d'une sortie à poney, elle est en proie à un sentiment d'angoisse très intense face à une pente assez raide. Elle crie et le poney commence alors à montrer des signes de nervosité tels qu'une agitation, des oreilles vers l'avant et la tête relevé. Tout en la rassurant et en restant à proximité, il est possible de lui expliquer la raison de la nervosité du poney. Elle s'apaise alors grâce à cette proximité physique contenante, un accueil émotionnel et un accompagnement psychique.

III/ L'AJUSTEMENT ÉMOTIONNEL NAÎT DE LA RELATION : CRÉATION D'UN ESPACE ENTRE PSYCHOMOTRICIEN, CHEVAL ET ENFANT PORTEUR DE HANDICAP MOTEUR

La régulation émotionnelle émerge donc d'une alliance entre le patient, le psychomotricien. La médiation équine offre un nouveau cadre de prise en charge au professionnel. Le psychomotricien peut présenter le patient au cheval.

A) Un cadre thérapeutique propice à la régulation émotionnelle

a) L'importance du cadre thérapeutique en psychomotricité

Le cadre est une notion fondamentale de la prise en charge psychomotrice, apportant de la contenance et favorisant l'intégration des notions temporelles et spatiales.

C. POTEL définit le cadre thérapeutique comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » (2013, p320-345). Elle met en avant l'importance du cadre physique et du cadre psychique au sein des séances psychomotrices. Le cadre physique correspond aux rituels inscrits dans le temps et dans l'espace tel que l'horaire, la fréquence, le lieu mais également le contenu proposé, le matériel utilisé, les personnes impliquées dans la séance. Le cadre psychique implique l'identité professionnelle du psychomotricien, sa disponibilité psycho-corporelle et la façon dont il se saisit de ce qu'amène l'enfant.

Le cadre est un contenant muet et sécurisant. Selon C. BALLOUARD, il octroie un temps structuré dans l'espace et réservé au patient à ce moment là. Le cadre thérapeutique devient enveloppe protectrice du patient et psychomotricien en traçant les limites à la séance. «*Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque.*» (Ballouard, 2008).

Tout comme le développement de l'attachement, c'est dans un espace sécurisant que l'enfant peut explorer. De la même façon, pour D. ANZIEU c'est par l'enveloppe de la peau psychique que la pensée peut s'épanouir. Le cadre permet donc au patient de s'exprimer et au psychomotricien de s'impliquer dans sa prise en charge. Le professionnel peut alors être disponible et accueillir le prévu comme l'imprévu.

La combinaison de différents paramètres contribue à la création du cadre thérapeutique. L'espace relationnel entre patient, thérapeute et cheval est régi par un cadre **spatial, temporel, matériel, corporel** mais également **relationnel** qui permet à l'enfant de se situer dans la prise en charge. Un contenant intangible qui pourtant, permet l'expression et la contenance de ses émotions.

Le **cadre spatial** correspond au lieu et à l'aménagement de l'espace dans lequel est effectuée la prise en charge psychomotrice. C. POTEL désigne ce cadre comme « *réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices* » (2013, p322). Le cadre spatial varie d'une médiation à une autre mais également selon les objectifs thérapeutiques définis. Il contribue à la structuration des repères spatiaux du patient et délimite physiquement le lieu de prise en charge. Ainsi, le cadre spatial de la médiation équine se différencie largement de la salle de psychomotricité en intérieure délimitée par les murs, la hauteur du plafond et la surface du sol. Se situant dans le manège (un espace de sable couvert par un toit mais ouvert sur l'extérieur), la thérapie avec le cheval est effectuée dans un endroit bien défini encadré par des barrières. Recouvert d'un sol de sable, cet espace souligne la distinction entre le dedans et le dehors.

Étroitement reliée à l'aspect spatial, le **cadre temporel** concerne la régularité, la durée de la séance. Elle invite le patient à se saisir des repères temporels pour mieux appréhender le

passé et anticiper le futur. La prise en charge en équithérapie s'inscrit dans une durée de trois quarts d'heure ou d'une heure, selon les patients, et reste fixe. Le déroulé de la prise en charge s'articule en trois temps. En premier la prise de contact entre patient, poney et psychomotricien à travers la préparation du cheval, dont le pansage. Vient ensuite le cœur de la séance avec la proposition d'activités. Puis, permettant de préparer l'enfant à l'arrêt de la séance, ramener le cheval à l'endroit initial de la rencontre pour s'en occuper et finalement le ramener au pré. Ainsi, la rythmicité des séances favorise l'organisation corporelle et psychique mais également émotionnelle. La fixité du cadre permet à l'enfant d'exprimer ses émotions dans un contenant.

Le **cadre matériel** désigne les objets utilisés lors de la prise en charge. Chaque psychomotricien exerce son métier différemment avec une grande variété d'outils qu'il peut avoir à sa disposition et stimulant la créativité. Bien que le matériel puisse être identique entre les psychomotriciens, la façon de s'en servir et les objectifs restent diversifiés selon l'identité professionnelle, la médiation et la singularité du patient. Quel que soit l'objet utilisé, celui-ci implique le corps et son utilisation découle d'un projet pensé par le psychomotricien. La thérapie avec le cheval, selon ce qui est travaillé, nécessite un certain matériel (des barres, plots, ballons, bâtons ou des bouteilles coupées en deux par exemple).

Le **cadre corporel**, particulièrement spécifique au métier de psychomotricien, prend en compte le langage non verbal et les agissements venant s'immiscer dans la relation avec le patient. Poser les interdits de se faire mal à soi ou de faire mal à l'autre sont des limites d'ordre corporel à respecter. D'autre part, le positionnement corporel du psychomotricien doit être adapté. Bien que dans l'accueil, la contenance, la réassurance, le professionnel ne doit pas avoir de gestes affectifs envers son patient, ce qui modifierait l'alliance thérapeutique et la prise en charge.

Pour terminer, le **cadre relationnel** naît de l'interaction entre le patient et le psychomotricien. Intermédiaire mais également objet d'interaction, le poney réagit à la communication non verbale ce qui favorise l'entrée en relation du psychomotricien. Tel une couche protectrice, le cadre relationnel est permis par la disponibilité du professionnel et l'accueil de l'état émotionnel du patient.

Contribuant à l'élaboration du cadre thérapeutique dont les fonctions sont contenantes, limitantes et unifiantes, le patient peut alors exprimer ses états émotionnel. L'enfant en situation de handicap moteur est particulièrement sensible à ce cadre dans le cas d'un manque important de contenance provoquant désorganisation psychique et corporelle. Dans cette hypothèse, l'enfant peut développer des difficultés de représentations spatio-temporelles et une insécurité interne pouvant conduire à des débordements émotionnels. Le cadre thérapeutique est donc indispensable à une prise en soin adaptée et se situe à la base de la prise en charge

psychomotrice. Cette notion m'a, par ailleurs, grandement interpellée et questionnée sur mon positionnement lors de mon stage en équithérapie.

b) L'originalité et l'apport du cadre thérapeutique de la médiation équine

Si les différents cadres thérapeutiques ont des similitudes entre eux, celui de la médiation équine se différencie du cadre de la salle de psychomotricité. En effet, le cadre n'est pas structuré de la même façon selon la constance de la répartition des chevaux. Si, quelque soit la médiation, le cadre thérapeutique repose sur les mêmes composantes décrites plus haut, le cadre spatial, relationnel et corporel sont matérialisés différemment selon des prises en charge individuelle ou collectives. Les nombreux professionnels prenant part à la séance questionnent ma posture de stagiaire sur la place et le rôle de la psychomotricité au cœur de ces séances. Si le regard et la mise en jeu corporelle du psychomotricien fonctionne en complémentarité du kinésithérapeute, j'ai pu apprendre à trouver ma place en tant que future psychomotricienne au sein de l'équipe en proposant des idées de séances et en expliquant ses bénéfices. J'ai pu m'affirmer en élaborant des projets thérapeutiques et en communiquant avec les professionnels.

Cependant, le fonctionnement de l'association diverge avec ma perception du cadre thérapeutique. En effet, l'activité de médiation équine est proposée à tous les enfants porteurs de handicap, quel qu'il soit. Or, j'ai pu remarquer que si cette médiation semblait pertinente pour certains enfants, elle ne l'était pas pour d'autres. C'est la raison pour laquelle je me suis penchée sur le cas de Fanny en particulier.

*J'ai pu acheminer ces réflexions par la mise en place, pour **Fanny**, d'un cadre thérapeutique davantage axé sur la psychomotricité. Après avoir élaboré son projet thérapeutique, j'ai pu adapter le cadre initial de sorte à favoriser la prise en charge psychomotrice à visée d'avantage thérapeutique et rééducative. Un espace restreint du manège est donc délimité et dédié à la prise en soin psychomotrice de Fanny à partir de la fin du mois de mars. Fanny verbalise alors sa préférence pour ces séances et précise que le groupe la « terrorise ». Un mot particulièrement fort illustrant la vulnérabilité émotionnelle de l'enfant. Nous pouvons imaginer que la large superficie que couvre le manège et le nombre important d'enfants au sein du groupe, peut amener à désorganiser Fanny et exacerber le ressenti de ses émotions négatives. Ainsi, le cadre proposé semble plus adapté. Son aspect plus limité et contenant favorise une sécurité interne, une disponibilité à l'autre dans un environnement calme, la mise en mots et l'éprouvé d'émotions positives.*

B) Travail sur les répercussions émotionnelles du handicap moteur au travers de la médiation équine

Par notre réflexion, nous avons pu constater des nombreuses répercussions psychomotrices du handicap moteur altérant alors sa capacité à réguler ses émotions. Ainsi, le psychomotricien agit sur ces différents éléments afin de favoriser l'optimisation de la structuration psycho-corporelle tout en optimisant une meilleure connaissance corporelle de soi. En utilisant le support de la médiation équine, le psychomotricien se saisit de l'interaction entre le patient et le poney, facilitant l'entrée en relation avec lui. La thérapie avec le cheval offre un cadre pertinent pour la gestion des émotions. En effet, contrairement à d'autres médiations, cette thérapie inclut un animal et être vivant comme outil médiateur, et non un objet. Au même titre que l'humain, le cheval a des besoins comme se reposer, dormir, se nourrir mais également s'exprimer, se défouler ce qui peut permettre au patient de s'identifier à l'animal. Le cheval active la considération de l'autre et plonge le patient dans la relation. Un échange entre lui et le cheval mais également une communication entre lui et le psychomotricien. Si nous avons vu que le développement émotionnel naît des premières interactions et se déploie au travers des échanges au sein des relations, l'équithérapie prend alors tout son sens dans la gestion émotionnelle. Si le psychomotricien s'attache aux retentissements psychomoteurs et à l'amélioration d'un bien être global du patient, il ne cherche pas à faire disparaître la pathologie ou les symptômes associés. Or, cette médiation offre des expériences sensorielles, motrices diverses. Que ce soit à pied ou à cheval, ces découvertes se font dans un espace relationnel, une triade entre patient, cheval et psychomotricien.

a) Contenance physique et psychique

Garant de la sécurité du patient, le psychomotricien maintient une proximité physique et psychique auprès de celui-ci. La contenance qu'il induit de ses mots et de son engagement et ajustement corporel contribue à sécuriser l'enfant et donc l'apaiser. Si nous avons vu avec la théorie de D. ANZIEU que l'enveloppe corporelle semble être un tremplin à la structuration de l'enveloppe psychique, le psychomotricien contribue à renforcer le Moi-Peau décrit par l'auteur. Or, l'enveloppe psychique permet de contenir les émotions. De plus, nous avons également vu que le portage du cheval peut offrir au patient une contenance faisant écho aux soins maternels. Le psychomotricien renforce et accompagne ces expériences affectives et émotionnelles. Il peut accentuer le bercement, encadrer le bassin du patient avec ses mains, utiliser sa voix pour apaiser. Le psychomotricien, au cœur de la séance, peut, par exemple, faire ralentir les pas du cheval et ainsi permettre à l'enfant d'éveiller sa conscience corporelle. Il guide la prise en charge tout en se saisissant de l'interaction entre le patient et le cheval. Les caractéristiques contenantes de cette thérapie appuyée par le psychomotricien permet à l'enfant de se sentir suffisamment en

sécurité, ce qui active donc son système d'exploration et l'enfant peut s'affirmer auprès du poney. Grâce à la contenance qu'il induit, le psychomotricien travaille alors sur le réajustement et l'apaisement tonique.

b) Vers un ajustement tonique

Se situant au cœur de la prise en charge, le dialogue tonico-émotionnel est essentiel au psychomotricien pour observer, comprendre et communiquer avec son patient. Ce canal de communication est aussi le socle de l'interaction sur lequel repose la prise en charge. Si le psychomotricien porte attention aux signes de son patient, il est également attentif à ses propres manifestations toniques, à son investissement de l'espace, à ses réactions émotionnelles, ses mimiques, aux mots qu'il emploie. Il est conscient que toute son implication dans la relation est perçue et interprétée par son patient. Le professionnel se réajuste donc en permanence face aux réactions toniques et non-verbales que transmet le patient.

Lors de la médiation équine, du fait de sa grande sensibilité, les réactions que peut avoir le poney vont être également révélatrices de l'état tonique du patient, et donc de son état émotionnel. Par la monte, le psychomotricien peut apprécier la fluidité et la qualité tonique de l'enfant que ce soit au différentes allures ou à travers différents exercices que le professionnel peut proposer. En s'appuyant sur le recrutement tonique que suscite la monte à cheval, le psychomotricien peut faire éprouver à l'enfant des expériences posturales adaptées. Le professionnel renforce la conscience corporelle et offre donc à l'enfant la possibilité de réguler son propre tonus. Or, nous avons pu mettre en avant que si les émotions avaient un impact sur le tonus, les postures agissent également directement sur notre état émotionnel. Prendre conscience de son état de tension conduit à la possibilité de se relâcher et donc d'apaiser ses émotions.

c) Écoute et acceptation de la douleur

Nous avons vu que la douleur exacerbait l'émotion en freinant sa régulation. Beaucoup d'enfants ayant un handicap moteur souffrent de douleurs fréquentes et parfois constantes. L'expression douloureuse de l'enfant peut être la couverture d'une émotion forte et difficile à mettre en sens pour lui. A l'inverse, une intense manifestation émotionnelle peut être due à une ou plusieurs douleurs sous-jacentes. Il existe donc une grande intrication entre sensation et émotion, lors de la douleur. Celle-ci traduit l'état interne du patient. Par conséquent, le psychomotricien est un professionnel particulièrement légitime pour la prise en charge de la douleur et des répercussions qu'elle engendre au sein de la sphère psychomotrice. En effet, cette dernière génère une déstructuration du schéma corporel et de l'image du corps avec un vécu de

morcellement. Il peut avoir pour conséquence, une perte de l'estime de soi mais également des troubles du comportements avec des débordements émotionnels liés à l'envahissement de la douleur. Tous ces retentissements conduisent à un isolement social, lui-même alimentant les émotions négatives.

Le psychomotricien va donc écouter le patient dans sa plainte de la douleur en considérant toutes les émotions qu'elle peut impliquer. En mettant des mots sur les ressentis de l'enfant, le psychomotricien peut alors mettre du sens sur les sensations du patient et, par le langage, ouvrir l'accès au symbolique. Un enfant, selon son âge et sa maturité, n'est pas forcément en capacité d'exprimer son mal-être autrement que par des manifestations corporelles et comportementales. Nous avons vu que l'expression par le corps permet une décharge motrice ayant pour objectif un apaisement. Or, selon son handicap, l'enfant porteur d'un trouble moteur est entravé dans son expression, donc dans sa régulation. Le psychomotricien peut alors lui donner des clefs et encourager l'enfant à exprimer sa douleur verbalement. Si la douleur est envahissante, le psychomotricien accompagne à la décentration de la douleur en utilisant la conscience corporelle ancrée dans l'instant présent. Ainsi, l'utilisation de la thérapie avec le cheval semble pertinente. Le psychomotricien encourage le patient à porter attention sur ses ressentis corporels agréables. La qualité contenante de cette médiation et le positionnement du psychomotricien offre un espace relationnel favorisant l'apaisement et donc contribue à diminuer la perception de la douleur. De plus, la conscience corporelle optimisée par le cheval permet au patient de mieux accepter sa sensation de douleur, et donc de l'apaiser.

d) Développement des compétences motrices

La médiation avec le cheval offre de riches propositions au patient dans le but d'explorer et de développer ses capacités motrices grâce aux connaissances et l'accompagnement du psychomotricien. A poney, l'enfant doit recruter le tonus nécessaire à sa stabilité ce qui implique l'équilibration. Nous avons vu que la position à califourchon redressait physiologiquement le dos de l'individu. Or, nous avons pu voir que le redressement axial était relié à l'émergence de la pensée, de la réflexion.

La construction de l'axe est possible grâce à de multiples expériences motrices, sensorielles et affectives. La solidité du dos libère la motricité distale. La maturation de l'axe du corps lors du développement psychomoteur est développé par A. GESELL selon deux principes : La loi céphalo-caudale avec une maturation du haut vers le bas, et la loi proximo-distale. Cette dernière désigne le développement progressif du centre, donc de l'axe, pour ensuite se propager sur les cotés. En effet, à sa naissance, le bébé présente une hypertonie distale et une hypotonie

axiale. Progressivement, la tonification de l'axe permet la libération de la motricité supérieure et donc une diminution de l'hypertonie distale disparaissant aux alentours de 1 an.

Pour pouvoir guider l'équidé avec les rênes, l'enfant doit tenir son dos, lui permettant d'écartier la main vers la droite ou vers la gauche. Il doit se pencher en arrière pour s'arrêter ou descendre une pente. Au contraire, il doit se pencher en avant pour monter une côte ou attraper les oreilles du poney. Le psychomotricien observe le patient et prend en compte si celui-ci présente une hypotonie ou une hypertonie, mise en valeur par les expérimentations à cheval. Le professionnel peut faire éprouver à l'enfant de nombreuses activités grâce au poney, mettant en jeu le tonus, l'équilibre, les coordinations, dissociation et la dextérité manuelle. Toutes ces fonctions impliquent donc le redressement de l'axe corporel. A partir de ses observations psychomotrices le psychomotricien peut proposer divers exercices dans le sens du projet thérapeutique qu'il aura préalablement établi. Il favorise la prise de conscience de l'axe corporel grâce au cheval afin de renforcer les acquisitions psychomotrices de l'enfant porteur de handicap moteur.

e) Travail sur le schéma corporel et l'image du corps

L'intégration du schéma corporel résulte d'une connaissance corporelle de soi et de ses limites. Cette notion implique la perception de son corps. Ainsi, le travail du psychomotricien est au cœur du schéma corporel car l'intégration de celui-ci touche toutes les sphères psychomotrices de l'individu. Nous avons pu étudier la pertinence de la thérapie avec le cheval dans la conscience corporelle. Dans la thérapie équine, la richesse du contact avec le cheval comme nous l'avons décrite est associée à la guidance corporelle et verbale du psychomotricien. Cet accompagnement renforce les perceptions sensorielles. Elle permet donc une meilleure représentation de ses limites corporelles et par conséquent une meilleure intégration du schéma corporel, celui-ci étant altéré dans le cadre du handicap moteur.

*Lors de la séance, **Fanny** monte à cru, c'est à dire sans selle. Ses jambes et son bassin sont donc en contact direct avec le poney. Je lui demande alors de s'allonger sur le dos, sa colonne vertébrale contre celle du poney, et de fermer les yeux. Je l'invite à porter attention à chaque partie de son corps puis de sa jambe, origine de son handicap moteur.*

D'autre part, le handicap moteur peut se traduire de différentes manières sur divers segments du corps. Or, lors de la monte, les bras et les mains sont sollicités pour freiner et diriger le poney. Les jambes encadrant l'équidé de part et d'autre contrôlent l'impulsion du cheval. Ainsi, même le membre atteint peut avoir son utilité lors de la monte, en participant à la gestion de la vitesse, à l'équilibration ou la direction. Le portage sur le cheval permet d'atténuer

le sentiment de morcellement que peut provoquer le handicap moteur et renforcer le sentiment d'unicité. Dans cet objectif, le psychomotricien accompagne cette prise de conscience et cette contenance dans la mise en action du corps sur le poney. Sans ce professionnel, les expériences avec le cheval peuvent avoir des effets négatifs. En effet, les allures de l'équidé provoquent secousses, déséquilibres pouvant désorganiser l'enfant. Si elles ne sont pas contenues ou accompagnées, ces sensations peuvent devenir envahissantes. Elles peuvent empêcher une bonne conscience corporelle et provoquer d'importantes émotions qui ne sauraient être régulées.

*En début d'année, la prise en charge de **Fanny** se fait au sein d'un groupe. Ma posture d'observatrice lors des premières séances, me permet de percevoir chez l'enfant certains moments de détresse émotionnelle au sein du groupe. Elle se désorganise alors, donne des informations peu précises au poney qui n'exécute donc pas ses demandes. Ceci alimente alors sa peur et son manque de confiance en elle. Dans ces moments, elle cherche à retrouver une proximité avec l'adulte pour trouver de l'aide mais également un moyen de s'apaiser émotionnellement. En revanche, en l'accompagnant spécifiquement au sein du groupe, je perçois que Fanny se sent d'avantage en confiance. Elle peut plus facilement explorer et entrer en relation avec l'autre.*

Le psychomotricien peut encadrer et mettre du poids sur le bassin du patient assis sur le cheval. En effet, le bassin rattache le bas et le haut du corps et permet, ainsi, la circulation du mouvement. L'appui qu'induit ce professionnel permet de coller le bassin du patient au dos du cheval ou de la selle. L'enfant peut alors ressentir la rythmicité du pas, du trot et prendre conscience des diffusions vibratoires sur tout son corps.

L'image du corps renvoie à la perception de son propre corps. Nous avons vu que cette notion est particulièrement subjective. Si, lors de la monte, le handicap moteur peut avoir sa place, l'enfant peut alors modifier l'image qu'il a de son corps et mieux accepter son handicap. D'autre part, le cheval permet aussi à l'enfant porteur du handicap moteur de prendre de la hauteur et d'éprouver le déplacement, la vitesse, ce qui n'est pas forcément possible dans son quotidien en raison de ses difficultés. Cette médiation permet à l'enfant de s'autonomiser, s'affirmer. En effet, diriger un cheval implique de savoir exactement où aller. La réussite renforce l'image positive de soi et donc la confiance et l'autonomisation.

Aussi riches que la monte, les déplacements alors que l'enfant est à terre sont tout aussi intéressants et permettent la rencontre en face à face. Le cheval est un animal curieux et appréciant le contact humain. Naturellement, le poney a tendance à suivre le patient. Cette faculté de l'équidé valorise le sujet, en particulier quand celui-ci a du mal à se déplacer en raison de son handicap physique. En le suivant et grâce à la verbalisation du psychomotricien, le poney

donne ainsi de l'importance au patient, l'estime de lui-même se modifie et donc également son image du corps. En s'inscrivant dans l'imitation avec le cheval, le sujet peut investir psychiquement et affectivement cette relation grâce à l'étayage et à la guidance du psychomotricien. Ce dernier peut alors proposer des exercices reposant sur la relation entre lui, le patient et le poney.

C) La place du bilan psychomoteur en médiation équine

Outil indispensable du psychomotricien, le bilan fait parti intégrante de la prise en charge psychomotrice. Selon C. BALLOUARD, « *cette évaluation a une double fonction : d'une part permettre au sujet de s'ouvrir à l'autre et de s'ouvrir à la relation, d'autre part, de participer à l'élaboration d'un diagnostic* ». (Ballouard, 2008, p82). Forgeant les prémices de l'alliance thérapeutique, le bilan permet au professionnel de repérer les capacités et difficultés du patient de la façon la plus objective possible. S'il n'existe pas de bilan portant sur la régulation émotionnelle, nous avons pu montrer que les caractéristiques et compétences psychomotrices avaient un impact sur les émotions.

S'il n'existe pas de test psychomoteurs sur la médiation équine, en me basant sur les tests standardisés scientifiques et validés, en me renseignant et en m'inspirant de travaux de psychomotriciens, j'ai pu élaborer un bilan psychomoteur spécifique à l'équithérapie (*Annexe 6*).

Issue du mémoire de N. PERRIN, j'ai repris le test du schéma corporel inspiré du « *test des somatognosies* » (Perrin, 2016, p35) et de la « *Batterie Piaget-Head* » (Perrin, 2016, p35) inspiré du Berges-Lezine que je trouve pertinent. Siège des émotions, le tonus est particulièrement intéressant à évaluer lors de la thérapie avec le cheval. En m'inspirant du NP-MOT, je proposais une évaluation sur l'extensibilité et le ballant. Le port des bottes de cheval ne permettant pas une observation de qualité du tonus du pied et de la cheville, j'ai fait le choix de ne pas les y inclure. Afin d'observer le contrôle postural du patient, je me suis inspirée de certains items de l'EPMO. Concernant les coordinations et dissociations ainsi que pour la motricité fine, je me suis appuyée sur le test du M-ABC2, de l'EPMO ainsi que sur le mémoire de N. PERRIN.

Néanmoins, cette évaluation non standardisée est uniquement qualitative. Elle repose essentiellement sur l'observation aguerrie du psychomotricien. D'autre part, à elle seule, la proposition de ce bilan ne suffit pas à prendre connaissance des difficultés de l'enfant. En effet, être à cheval sollicite de l'attention, une organisation corporelle, de l'équilibration, un ajustement postural. Des éléments peuvent biaiser l'observation. Par exemple, la réception du ballon à cheval peut-être dû à un défaut d'équilibration, mais également à une hypertonicité en

lien à un état de stress. Effectuer ce bilan apparaît donc comme intéressant mais en complémentarité d'un bilan psychomoteur standardisé passé en conditions normales. La comparaison peut nous donner des indications sur l'organisation corporelle, l'équilibration, l'ajustement tonique, l'attention et l'état émotionnel du patient. En effet, un enfant en réussite à la réception du ballon mais en échec lors de ce même exercice sur le cheval, donne des indices au psychomotricien sur la capacité de régulation tonique liée à l'état émotionnel. Dans ce cas précis, la qualité des coordinations n'est pas forcément remise en cause.

D) Retour cognitif sur ses propres émotions : La métacognition pour mieux réguler

a) La méta-cognition, qu'est-ce que c'est ?

« Méta » signifie la réflexion et la « cognition » concerne les processus mentaux participant à l'acquisition du savoir et à la mémorisation des différentes connaissances. La métacognition désigne donc la faculté de porter son regard intentionnellement sur nos propres pensées et comportements.

Ce concept est issu de la psychologie cognitive. J.H FLAVELL décrit la métacognition comme se référant à « *l'évaluation active, à la régulation et l'organisation des ces processus cognitifs* » (*Métacognition*) qui tendent vers un objectif déterminé. En 1990, J.L GOMBERT désigne la métacognition comme « *les connaissances introspectives et conscientes qu'un individu particulier a de ses propres états et processus cognitifs* » (*Métacognition*). Le sujet peut alors réguler ses pensées et ses comportements à partir de ce retour qu'il a de lui-même. B. NOEL considère ensuite la métacognition comme un « *jugement sur la qualité des activités mentales* » (*Métacognition*). Le sujet réagit en réaménageant son rapport à ses pensées.

Ainsi, de ses définitions émerge la décomposition de la métacognition en trois éléments : les connaissances métacognitives, les jugements métacognitifs et enfin l'auto-régulation.

Les **connaissances métacognitives** concerne les connaissances des possibilités de réaménagement cognitifs ainsi que la conscience de l'influence de l'environnement dans les remodelages cognitifs sur soi et sur autrui. Ces connaissances verbalisables ne sont donc pas un retour sur soi mais une appréhension théorique globale de la métacognition.

Les **jugements métacognitifs** rejoignent l'aspect conscientisé de ses propres processus cognitifs. Ils désignent la prise de conscience des qualités et/ou difficultés de ses apprentissages ainsi qu'un avis sur ses propres productions cognitives permettant ensuite l'ajustement. Elles nécessitent une bonne connaissance de soi et de ses réactions.

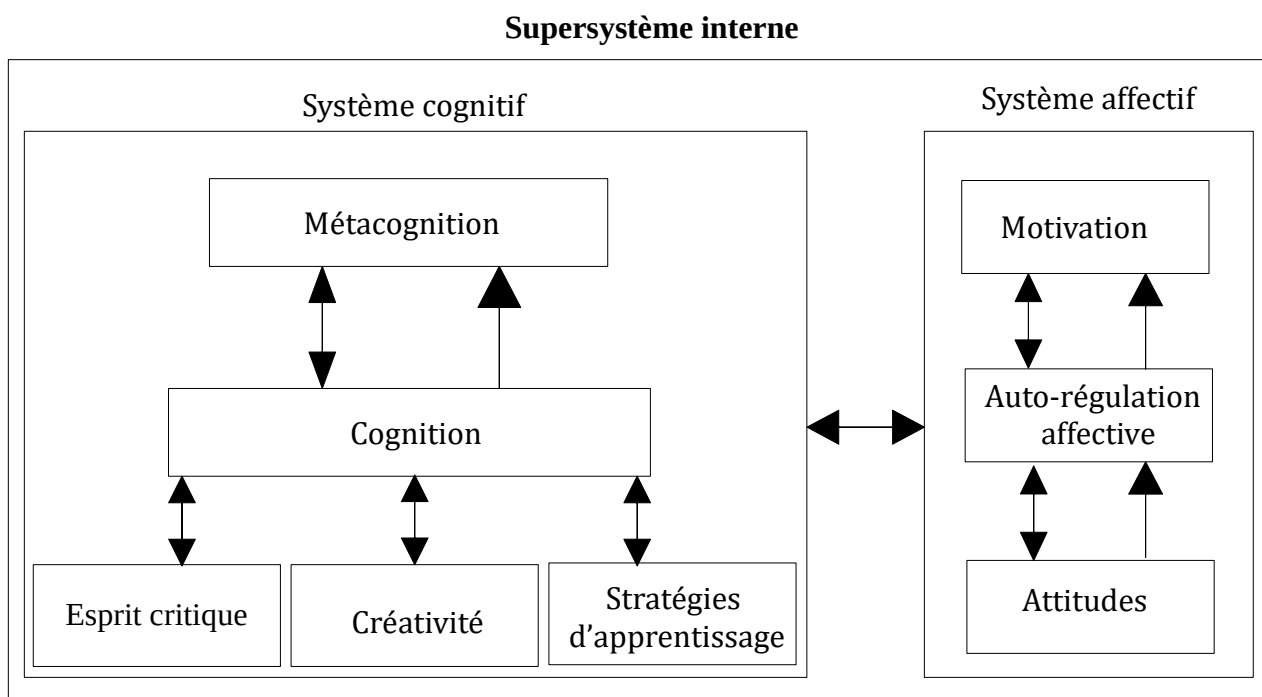
Enfin, **l'auto-régulation** est une réaction dans le but de modifier, d'adapter son comportement conscientisé, suite au jugement métacognitif préalable. Cette auto-régulation est

possible grâce à une capacité de planification, de connaissance de soi et constitue les ressources de l'individu.

b) Métacognition dans la régulation émotionnelle : Implication du psychomotricien

La capacité métacognitive est possible par trois sphères interagissant entre elles : la sphère cognitive, métacognitive et affective. Selon EFKLIDES, les jugements métacognitifs sont empreints émotionnellement. Par exemple, l'estime de soi y est impliquée car elle influence la confiance que la personne a en ses propres capacités et productions.

Le modèle d'HARTMAN et STERNBERG est appelé Behavior, attitudes, Cognition and the Environment as Interacting System (BACEIS). Il repose sur les interactions entre affect, cognition et métacognition. Ce modèle est composé de deux supersystèmes. Le supersystème interne correspond à l'alliance entre le système cognitif et affectif. Le supersystème externe désigne l'environnement du sujet tel que le milieu culturel, familial ou scolaire. Ici, nous nous intéressons uniquement au supersystème interne impliquant la sphère affective.



Inspiré du modèle de BACEIS en 1993 (https://www.researchgate.net/figure/BACEIS-Model-of-Improving-Thinking-Hartman-Sternberg-1993_fig1_274710464)
Reproduction et traduction de l'auteur

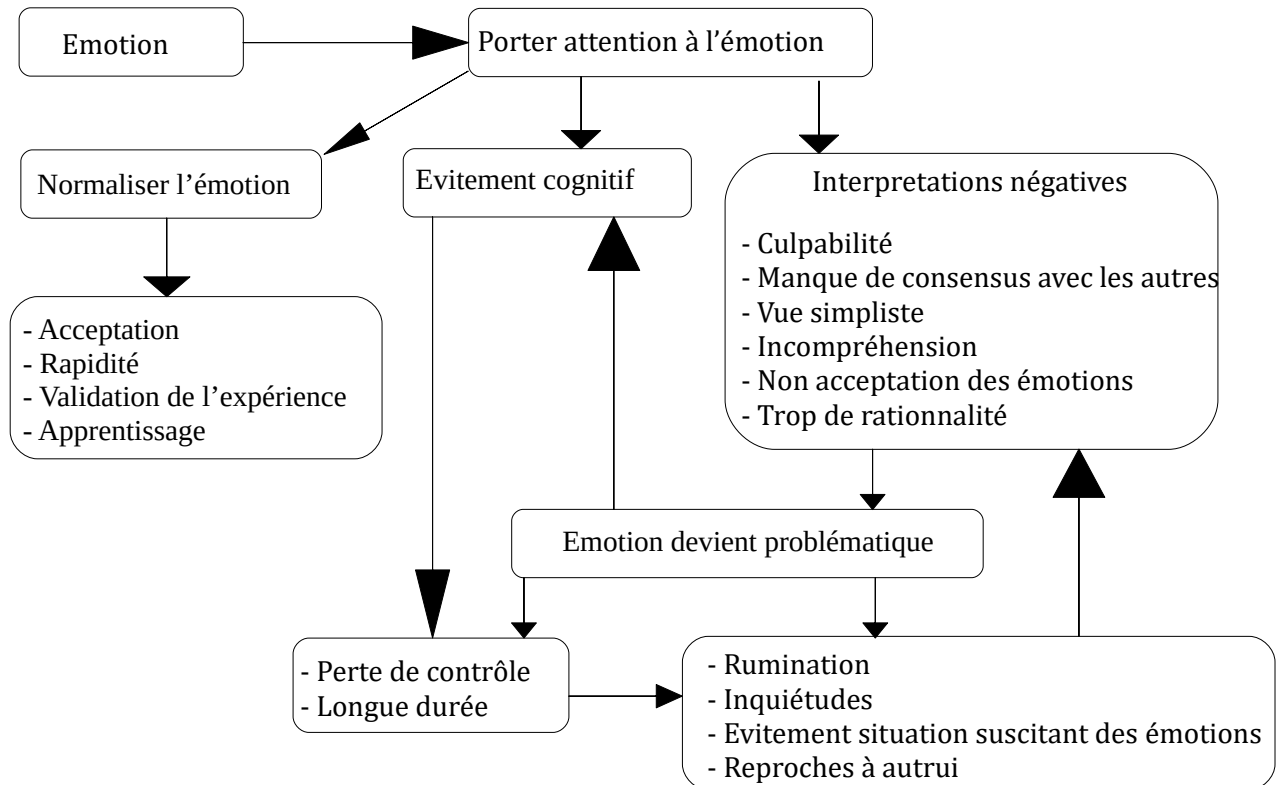
Ce modèle met en valeur les répercussions du système affectif dans la sphère cognitive du sujet. Nous pouvons ainsi constater que la régulation affective et émotionnelle influence la métacognition du patient et que ce système cognitif a lui-même un impact sur le système affectif du sujet. L'humeur, un état transitoire induit par une traversée émotionnelle, a également un impact sur le fonctionnement métacognitif d'une personne. Une étude de HIRT, Mc DONALD et MELTON montre qu'une humeur positive favorise la curiosité intellectuelle et la performance des tâches cognitives. Selon les difficultés rencontrées et la perception de la tâche, les émotions agiront en feed-back sur cette humeur. Ainsi il existe donc une réelle réciprocité entre métacognition et émotions.

En plus de permettre la régulation de ses propres pensées et comportements, la métacognition permet la régulation émotionnelle. En effet, nous avons pu mettre en avant que pensées, sensations et émotions étaient étroitement imbriquées ensemble. La capacité d'observer et de penser son fonctionnement cognitif, ses propres comportements, états émotionnels constituent la méta-cognition. Elle permet alors l'élaboration de stratégies d'adaptation comportementales et émotionnelles qui se mettent en place en premier lieu par la relation à l'autre.

Timothée est un enfant atteint de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité. A huit ans, il a conscience de son trouble et est capable de verbaliser à quel point son impulsivité peut le conduire à avoir des comportements inappropriés. En effet, pour éviter de faire certaines actions sous le coup de l'impulsion, il va parfois voir l'adulte pour que celui-ci l'aide à ne pas les commettre. Ce recul cognitif témoigne d'une métacognition en développement. Si l'enfant ne parvient pas encore à s'auto-réguler, il se saisit de l'autre pour lui permettre de gérer ses comportements.

A. WELLS a pu établir un schéma sur la métacognition des émotions reposant sur les différentes réactions que pouvait avoir un sujet face à ses propres émotions. A travers ce modèle, il met en avant que si une personne peut prendre conscience de son émotion et avoir le recul cognitif nécessaire pour l'observer et la normaliser, il peut alors l'accepter et donc réguler ses réactions émotionnelles internes et physiologiques. En revanche, un évitement cognitif occulte ses connaissances métacognitives, son auto-jugement et donc le remodelage de ses conduites. D'autre part, si l'individu interprète négativement l'émotion qui la traverse, la perception de celle-ci s'intensifie pour devenir hors de contrôle, impactant l'état interne mais également le milieu social de l'individu.

Schéma métacognitif des émotions



Modèle inspiré de A. WELLS (<http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2013-02-25/theorie-therapie-schemas-emotionnels-lehey>), issu de son livre « *Metacognitive therapy for Anxiety and depression* » (2011) - Reproduction et traduction de l'auteur

L'enfant porteur de handicap moteur n'a pas forcément de retard mental ou de trouble cognitif. Ainsi, il est intéressant d'investir ce moyen de régulation émotionnelle par la métacognition. Les difficultés d'expression motrice et l'entrave physique peuvent être compensées par la mentalisation et la sphère cognitive. Le psychomotricien stimule le développement cognitif par l'équithérapie avec le cheval. Par exemple, en encourageant l'enfant à compter le nombre de demi-bouteilles enfilées dans les pics ou en travaillant la mémorisation d'un parcours à exécuter. Le professionnel favorise la métacognition de l'enfant en mettant des mots sur ses comportements et ses états émotionnels mais également en mettant du sens sur les réponses du cheval face aux émotions de l'enfant. Ce dernier peut alors prendre conscience de son état, ses conduites, les répercussions sur son environnement et sur autrui. Il peut alors porter un jugement sur ses actions et s'en saisir pour les réguler. La métacognition est étroitement liée à l'intelligence et la flexibilité émotionnelle que nous allons maintenant développer.

c) Développement de l'intelligence émotionnelle dans la thérapie

En unissant cognitif, sensations et émotions, la métacognition est une forme d'intelligence émotionnelle car elle permet de réguler ses émotions.

Reliée à cette intelligence, l'agilité émotionnelle est considérée comme un « *processus qui permet de vivre l'instant présent, de changer nos comportements ou de les conserver de façon à vivre en accord avec nos intentions et nos valeurs* ». (David & Lafarge, 2018, p27). L'agilité émotionnelle ne concerne donc pas un contrôle de ses pensées et de ses réactions mais une capacité d'adaptation face aux situations générant des émotions. Selon S. DAVID dans son livre « L'agilité émotionnelle » (2018), l'agilité émotionnelle est possible par un processus reposant sur l'accueil des émotions. Les émotions peuvent être projetées dans l'avenir en habitant nos valeurs et aspirations.

Face à l'activation d'un système d'alarme émotionnel, V. FRANKL met en avant la possibilité de faire le choix de ses conduites. Dans son livre « Découvrir un sens à sa vie », il écrit : « *Entre le stimulus et la réponse, il y a un espace. Et dans cet espace, nous avons le pouvoir de choisir notre réponse.* » (David & Lafarge, 2018, p19). Cet espace décrit par l'auteur désigne le temps de latence et de transition demeurant entre le vécu émotionnel subjectif du sujet et les comportements qui en découlent. La régulation émotionnelle peut prendre alors racine au cœur de cet espace entre ressenti et manifestation de l'émotion.

Nous avons pu voir que, par sa nature, le cheval permet de s'ancrer dans le présent et d'effectuer un retour cognitif sur soi. La médiation équine favorise la disponibilité du sujet pour se reconnecter à son corps, ses états internes et entrer en relation. D'autre part, l'interaction avec l'animal se rapportant exclusivement à du non verbal, le cheval est un support permettant de mettre du sens sur nos conduites régies par nos émotions. En manifestant des réactions suite à nos comportement parfois inconscients, le cheval encourage à la considération de nos conduites et donc de nos états internes. L'écoute est ancrée dans l'instant, à travers notre sensorialité, notre motricité. Le patient s'inscrit dans une dynamique relationnelle avec le cheval mais également avec le psychomotricien. La conscience et l'acceptation émotionnelle permet donc l'investissement de cet espace décrit par V. FRANKL et la modification volontaire de nos propres comportements.

IV/ CONCLUSION CLINIQUE : BILAN DE FANNY

Au cours de l'année, j'ai pu observer l'évolution de Fanny en termes de compétences psychomotrices mais également dans l'éprouvé et la gestion de ses émotions. Dans l'idéal, il aurait été particulièrement intéressant d'effectuer un bilan psychomoteur complet en début et en fin d'année auprès de Fanny. Les bilans standardisés effectués en dehors de la médiation aurait ainsi donné les pistes de travail en vue de la prise en charge en équithérapie. De plus, il aurait également été pertinent d'effectuer la passation du bilan élaboré pour l'équithérapie en début d'année afin de pouvoir comparer l'évolution réelle entre ces deux dates. Si la maturation de cette réflexion avait été antérieure à mon début de stage, cette organisation aurait été particulièrement riche dans le cadre de ce mémoire. Cependant, j'ai pu reposer mon approche et mes observations thérapeutiques sur le bilan psychomoteur initial de Fanny réalisé en mars 2020 par une psychomotricienne en libéral. La comparaison des observations de la psychomotricienne et des miennes m'a donné des informations sur l'évolution de Fanny depuis près de deux ans et notamment sur cette année où j'ai pu être présente.

Rappelons que la passation du bilan en équithérapie est effectuée alors que Fanny n'est plus suivie en psychomotricité depuis près d'un an. Ce bilan est réalisé en deux séances d'une heure. Si une partie est réalisée à cru, une autre est effectuée avec la selle bardette (*Annexe 1*) sans les étriers. Une selle standard (*Annexe 1*) ne convient pas en raison de la jambe droite particulièrement raide de Fanny, la faisant reculer. La selle bardette (*Annexe 1*) a pour particularité d'offrir un contenant plus appuyé sur l'avant et l'arrière. Elle offre alors un support particulièrement contenant favorisant le portage. En effet, le matériel lors de la prise en charge est sélectionné de la manière la plus adaptée à la pathologie de l'enfant, un inconfort ou des douleurs pouvant biaiser les observations et faire de cette thérapie une médiation contre-productive.

A) Compétences motrices dans le domaine de l'équithérapie

a) Équilibre

Nous avons pu voir que le bilan psychomoteur de 2020 met en avant un trouble de l'équilibre. En effet, Fanny présente à ce moment là des difficultés d'équilibration autant sur sa jambe droite atteinte par la pathologie que sur sa jambe gauche lui servant d'appui majeur. Elle tente de compenser le déséquilibre par des mouvements désorganisés de la colonne et des membres supérieurs. L'appui par le regard semblant aider Fanny, la psychomotricienne expose alors la pertinence de travailler la fixité du regard ainsi que l'éprouvé des sensations vestibulaires. Or, la médiation équine permet l'expérience des sensations d'équilibre et nous avons pu démontrer que le redressement physiologique de la colonne induit par la monte à

cheval aboutit à un regard stable et horizontal du cavalier. D'autre part l'orientation du regard conditionne le mouvement et la direction. Par conséquent, l'appui par le regard est particulièrement investi en équithérapie.

Au cours du bilan que j'ai pu mener, Fanny présente une bonne capacité à tenir en équilibre sur la selle sans les étriers. L'enfant arrive à coordonner la rotation de son buste et l'écartement des rênes pour tourner. En revanche, la première séance de passation étant effectuée à cru, Fanny manifeste une certaine anxiété alors qu'elle doit se déplacer au pas tout en dirigeant son poney. Elle dit ne pas être capable de diriger le poney et me demande de revenir auprès d'elle. Je remarque que son agitation motrice et sa détresse émotionnelle favorisent alors un déséquilibre global. En me rapprochant d'elle, Fanny s'apaise. L'enfant demande de l'aide pour diriger l'équidé dans les virages. L'équilibration lui demande ainsi beaucoup d'énergie mais tête, tronc et bassin s'articulent alors plus harmonieusement dans ces conditions. Au fil de la séance, Fanny présente davantage d'aisance pour finalement diriger seule son poney. Elle présente alors une meilleure qualité d'équilibration. Elle arrive à mettre les mains sur sa tête, à envoyer ou réceptionner le ballon de face ou de côté alors que le poney avance au pas, ce qui démontre une certaine qualité d'ajustement postural. De plus, il m'est transmis par les parents que, depuis cette année, Fanny semble beaucoup moins trébucher ou tomber. Elle trouve donc un meilleur équilibre dans ses déplacements. La médiation semble ainsi l'avoir aidée dans sa capacité d'équilibration au quotidien.

b) Schéma corporel et image du corps

En 2020, la psychomotricienne met en avant une fragilité concernant l'intégration du schéma corporel et la structuration de l'image du corps de Fanny. Si l'enfant présente des difficultés pour nommer certaines articulations, elle est pourtant capable de retranscrire en mots ou par le dessin ses connaissances du corps humain. Pour autant, la professionnelle souligne que des parties du corps telles que la jambe droite et gauche ne sont pas intégrées. Dès les premières années de sa vie et en lien avec les diverses immobilisations précoces de sa jambe droite, Fanny se développe et explore le monde sans porter attention à cette partie de son corps. Ses déplacements se font sans investissement de sa jambe droite, raide, qu'elle laisse traîner derrière elle. De plus, les trébuchements ont été fréquents dans le quotidien de Fanny. Nous pouvons donc poser l'hypothèse que le manque d'attention portée à sa jambe accentuait ses pertes d'équilibre et contribuaient à une intégration incomplète de son membre inférieur droit.

Or, nous avons vu que depuis cette année, les pertes d'équilibre de Fanny sont moins fréquentes. De plus, en appliquant le test des désignations et dénominations des différentes parties du corps sur soi et sur le cheval, je remarque que Fanny semble avoir un bon repérage corporel. Après deux ans, elle sait verbaliser les articulations et les désigner correctement. J'ai

cependant remarqué que le vocabulaire et les désignations viennent à manquer concernant ses jambes, ce qui met en valeur leur difficulté d'intégration psychique et cognitive, notamment la droite, à l'origine de sa pathologie.

L'image du corps de l'enfant est également touchée. La psychomotricienne évoque la mise sous silence de Fanny de ses sensations corporelles désagréables, certainement en lien avec un recrutement attentionnel et énergétique conséquent en raison de son handicap. En écoutant que peu ses sensations corporelles, Fanny ne leur accorde pas d'importance et semble donc avoir une image du corps négative.

Lors de mes observations tout au long de cette année et dans diverses médiations, j'ai pu percevoir la facilité de Fanny à entrer en relation de manière adaptée avec ses pairs, ce qui met en avant de bonnes habiletés sociales. Elle entretient, cependant, une approche plus immature concernant l'adulte. En effet, elle a tendance à se jeter sur lui ou se laisser tomber dans les bras avec impulsivité et sans penser qu'elle pourrait lui faire mal. Elle s'accroche fortement à l'adulte sans parvenir à établir une distance relationnelle adéquate à l'interaction. J'ai également remarqué les difficultés émotionnelles auxquelles est confrontée Fanny au quotidien. Cette détresse émotionnelle marque un manque d'estime de soi et donc une représentation du corps dévalorisante avec des doutes concernant ses capacités, au-delà du handicap. En effet, si sa déficience motrice entrave certains déplacements, Fanny est néanmoins physiologiquement en mesure d'effectuer de multiples activités comme par exemple mener un poney seule. Cependant, son manque de confiance créé chez elle une insécurité et la maintient dans une certaine immaturité affective avec un besoin constant de réassurance. Son manque d'estime de soi se traduit alors par des débordements émotionnels comme les pleurs. En revanche, nous pouvons noter une progression de Fanny dans la capacité à exprimer ses ressentis corporels tels que la douleur, ou la sensation d'inconfort. Par exemple, l'enfant ne manque pas de me verbaliser sa préférence de monter à cru, avec la selle ou sans les étriers. Elle arrive également à mettre en mots certains ressentis comme la sensation de la colonne vertébrale du cheval une fois assise à cru sur son dos. Nous pouvons donc en conclure que, depuis ces deux dernières années, Fanny a développé une meilleure conscience corporelle bien que l'intégration de ses deux jambes ne soit pas encore complète.

c) Dextérité et coordinations manuelles

Depuis ma rencontre avec Fanny, je constate qu'elle présente des difficultés praxiques et de coordinations bi-manuelles. Pourtant, le bilan de 2020 n'expose aucune fragilité de dextérité manuelle. Au contraire, Fanny se trouve au dessus de sa moyenne d'âge dans ce domaine, la motricité fine compensant son entrave motrice globale. Cependant, le bilan en équithérapie

spécifie que Fanny présente des syncinésies par exemple pour attraper un ballon à une main sur le cheval arrêté ou pour faire rouler une balle sur le dos du poney. Concernant ce dernier exercice, au premier essai, Fanny saisit la balle avec ses doigts et la déplace sans pour autant la faire rouler en mobilisant et coordonnant ses doigts, ce qui met en avant une difficulté de coordinations manuelles. De plus, elle présente des difficultés dans la réalisation d'actions fines comme passer les passants de cuir ou de tissu dans la boucle afin d'attacher le poney. Avant même d'effectuer la tâche, Fanny demande de l'aide et se décourage particulièrement vite en tentant de la réaliser. Tresser les crins du poney est également une action difficile à réaliser pour Fanny qui se désorganise dans l'utilisation de ses doigts. Nous pouvons poser l'hypothèse que, avec sa mobilité augmentée et la socialisation, Fanny a donc cessé petit à petit de compenser son handicap par la dextérité manuelle en investissant davantage les déplacements et les interactions avec les autres. Nous verrons également que les diffusions toniques peuvent être également un frein à la qualité de la dextérité.

d) Tonus

Le bilan de 2020 révèle des raideurs importantes au niveau des jambes de Fanny ainsi qu'un tonus de posture peu marqué lié à une faiblesse musculaire au niveau de ses hanches. La psychomotricienne met en avant une fragilité de la régulation tonico-émotionnelle. En effet, si la jambe droite présente une spasticité liée au handicap, la jambe gauche compense la droite et agit donc comme un appui tonique permanent. La psychomotricienne recommande alors un travail sur le portage dans le but de travailler le relâchement tonique et la détente globale. L'équithérapie représente donc une médiation pertinente pour Fanny car elle implique le portage ainsi que des ajustements toniques.

Lors du bilan en équithérapie, j'ai pu observer que Fanny manifeste facilement de la peur, de l'agitation et du refus si elle ne se sent pas en confiance ou capable d'effectuer l'action demandée. Par des crispations distales, elle cherche alors à s'agripper à l'adulte ou aux crins du poney tout en formulant la demande d'une proximité. Si la détresse persiste, Fanny peut présenter des manifestations émotionnelles intenses telles que des pleurs ou une agitation motrice. En revanche, une fois rassurée et en confiance, Fanny est en capacité de recruter un tonus postural adapté et de l'ajuster aux différents mouvements induisant un déséquilibre tels que les virages. Elle peut alors conduire seule, le poney. Cette qualité tonique est permise par un apaisement émotionnel et un apaisement musculaire global ; ce qui permet la fluidité de ses mouvements.

En effectuant le bilan du tonus auprès de Fanny, je remarque que celle-ci présente des contractions involontaires soudaines à la place d'une induction de relâchement. Ces

manifestations sont appelées paratonies et correspondent souvent à une expression émotionnelle liée à un état de vigilance actif. Par conséquent, nous pouvons mettre en avant la difficulté de Fanny à lâcher prise et donc réguler son tonus. Cependant, au fil des mobilisations, Fanny semble réceptive à la proposition et présente un relâchement musculaire global. Elle peut également fermer les yeux. Je remarque également une rigidité plus importante et une extensibilité restreinte au niveau de son hémicorps droit proportionnellement au gauche. Nous pouvons poser l'hypothèse d'une diffusion tonique sur tout le coté droit en lien avec la rigidité tonique initiale de sa jambe droite. Cette explication pourrait également être mise en lien avec ses difficultés de dextérité manuelle actuelles.

L'état tonique de Fanny est donc un indicateur particulièrement riche et fiable de ses différents états émotionnels ainsi que de ses capacités de régulation. Nous allons maintenant nous pencher sur l'évolution observée concernant la gestion des émotions de Fanny.

B) Evolution de la gestion émotionnelle de Fanny

Le handicap moteur de Fanny engendre donc de nombreuses répercussions psychomotrices étroitement en lien avec les émotions qui la traverse.

Touchant à toutes les composantes psychomotrices que nous avons pu décrire ci-dessus, le tonus sous-tend la charge émotionnelle. Nous avons pu voir que, lors du bilan effectué en 2020, Fanny présentait une hypertonicité distale et une hypotonie axiale traduisant une anxiété permanente, une émotion de peur particulièrement présente et une difficulté de détente globale. Bien que l'écoute de soi induit un relâchement musculaire, Fanny ne portait pas attention à ses propres sensations corporelles. Elle n'identifiait donc pas ses émotions et ne pouvait donc ni les accepter, ni les réguler. La négligence des ressentis de Fanny a également eu un impact sur son schéma corporel. Il peut s'agir de manques d'intégration de parties de son corps tel que la zone de sa pathologie, d'avantage immobilisée. Sa faible estime d'elle-même génère des émotions négatives, une insécurité affective et altère son image du corps. Ses pertes d'équilibre favorisées par une agitation motrice étaient étroitement liées à une émotion forte telle que de la peur, pouvant générer des tremblements et une désorganisation pour Fanny.

Le bilan de 2020 met donc en avant une fragilité de régulation tonico-émotionnelle impactant toutes les composantes psychomotrices que nous avons pu décrire. Par conséquent, la régulation des émotions est au cœur de l'approche thérapeutique de Fanny.

En observant cette année les capacités d'équilibration, de verbalisation, d'interactions de Fanny, j'ai pu ainsi faire le lien avec son évolution concernant la régulation de ses émotions.

Ainsi, Fanny a montré ses progrès avec la mise en mots de ses ressentis et sa capacité à exprimer ses sensations corporelles. Si dans son enfance, Fanny est décrite par ses parents comme exprimant très peu ses émotions et ne pleurant jamais, j'ai pu observer cette année un enfant qui, au contraire, extériorise facilement ses émotions négatives. Ces observations confortent l'hypothèse que Fanny possède une meilleure écoute, une meilleure connaissance d'elle-même. Cette conscience corporelle, certainement appuyée par l'équithérapie, donne accès à l'identification des émotions et donc leur régulation.

Je remarque que les diverses explorations sensori-motrices que Fanny expérimente cette année conduisent à l'identification d'émotions positives modifiant la perception que l'enfant a de ses propres capacités. Ainsi, l'image du corps est remaniée en une perception d'avantage positive et représentative de la réalité. En effet, en début d'année traverser le mur d'escalade lui était impossible. La valorisation, l'accompagnement en lien avec une proximité sécurisante ont permis à Fanny de prendre confiance et elle peut désormais traverser seule ce mur. Sa jambe droite est également investie dans ses déplacements. Nous pouvons donc constater une meilleure intégration du schéma corporel, notamment au niveau de sa jambe droite.

Cependant, il est important de relever la persistance d'un besoin de proximité physique avec l'adulte transcrivant une difficulté pour Fanny à se réguler seule. Elle continue à se réfugier auprès de l'adulte face à une situation émotionnelle intense et ne parvient pas à se rassurer seule. Par ailleurs, sont observées cette année l'apparition de difficultés concernant la dextérité manuelle associée à une perte de persévérance flagrante. Fanny dévalorise alors rapidement ses capacités, et demande l'aide d'un adulte parfois avant même d'effectuer l'exercice. Bien que l'estime de soi de Fanny ait évolué en association avec les diverses expériences sensori-motrices impliquant le corps dans sa globalité, Fanny présente une faible confiance en ses capacités impliquant la motricité fine.

D'autre part, si l'enfant s'ouvre d'avantage au monde et va plus facilement vers ses pairs qu'en début d'année, elle exprime également sa préférence pour les prises en charges individuelles en équithérapie. Je remarque le développement d'une certaine agitation au cours des séances de groupe autres que l'équithérapie, accompagné d'une distractibilité et d'une inattention plus prononcée qu'en début d'année. Si cette agitation motrice peut-être le signe d'une exploration du monde plus investie du fait d'une meilleure aisance corporelle, elle peut également traduire une anxiété, une fatigue ou une expression émotionnelle. Si Fanny réprimait autrefois ses émotions, elle peut désormais les laisser s'exprimer sans pour autant parvenir à les réguler seule.

En conclusion, les besoins de contenance et de proximité que Fanny éprouve rendent compte de l'importance d'une prise en charge favorisant l'estime de soi. Ainsi, il me semble pertinent de continuer ces séances dans un cadre sécurisant pour accompagner Fanny au mieux

dans ses acquisitions motrices. Ces dernières, accompagnées de l'exploration de soi au travers de la sensorialité, pourront permettre une prise de confiance en ses capacités, le réaménagement de son image du corps et donc un apaisement et une meilleure possibilité de régulation émotionnelle. Les séances individuelles, dont l'espace est restreint, semblent donc plus adéquates actuellement pour cette enfant. Néanmoins, si aujourd'hui ce sont les séances individuelles qui paraissent plus adaptées pour Fanny, un travail en groupe pourrait être envisagé, une fois que Fanny aura gagné en maturité et en confiance.

V/ LIMITES DE LA THÉRAPIE AVEC LE CHEVAL

Au travers de notre réflexion, nous avons pu mettre en avant les avantages de l'utilisation de la médiation avec le cheval dans le cadre de la régulation émotionnelle auprès des enfants en situation de handicap moteur. Le psychomotricien peut donc, grâce au cheval, permettre à l'enfant de prendre conscience de ses états émotionnels et lui donner des clefs pour les réguler. Cependant, comme toute médiation, la thérapie avec le cheval possède ses limites que nous allons évoquer.

Tout comme les médiations animales, l'équithérapie implique des animaux et non des objets au cœur du soins. Si les animaux peuvent constituer un mode de prise en soin centré sur la sphère émotionnelle et relationnelle, il est important de prendre en compte le degré d'imprévisibilité des animaux, augmentant ainsi le risque d'imprévu en séance psychomotrice. Régis par leur instinct, les équidés restent des animaux imposants, craintifs de par leur statut naturel de proie. Ainsi, sous le coup de la peur, les chevaux peuvent avoir des réactions non anticipées pouvant désorganiser l'enfant et lui faire éprouver des émotions intenses telles que de la peur. Or, nous avons pu mettre en évidence que le cheval permet à l'enfant d'éprouver des émotions intenses facilitant la prise de conscience de celles-ci. En revanche, une émotion trop forte sera difficilement contrôlable par le sujet et le cheval pourra réagir à cette agitation en alimentant cette émotion négative que ressent le patient. Peut alors s'enclencher un cercle vicieux. Le choix des chevaux pour la médiation doit donc être mûrement réfléchi pour préserver le sujet tout comme l'équidé. Tout cheval n'est pas apte à être intégré dans la pratique de l'équithérapie. Plusieurs critères entrent en jeu tels que la taille, la morphologie, le tempérament, les capacités ou l'histoire du cheval. Chaque patient comme chaque équidé est unique. Ainsi, le cheval est sélectionné à partir de l'élaboration du projet thérapeutique du sujet.

Le thérapeute se doit de porter une attention toute particulière à la sensibilité du sujet porteur de handicap moteur, les frottements et le contact avec le poney pouvant être

difficilement supportable pour lui. Le psychomotricien ajuste donc le matériel au patient. Par exemple pour un enfant dont le contact avec le cheval est particulièrement inconfortable, lui est proposé la selle plate ou un tapis matelassé posé sur le dos du poney.

En raison de son handicap, Fanny préfère monter à cru car la forme de la selle lui est douloureuse. Elle semble plus à l'aise sur des poney dont la morphologie est large. Cette posture apaise ses douleurs et lui apporte une sécurité affective plus marquée, du confort et un portage qualitatif. Ces critères correspondent parfaitement avec son projet de soins, il est donc nécessaire de les prendre en considération.

De plus, le psychomotricien doit donc être en mesure de garder le contrôle sur le poney tout en garantissant la sécurité physique de l'enfant. Ainsi, il est important que le professionnel ait un minimum de connaissances dans le domaine équestre et d'expérience avec les chevaux. L'équidé peut susciter de vives représentations et émotions. Si le psychomotricien, dû à son manque d'expérience avec le cheval, n'est pas à l'aise ou éprouve de l'appréhension en raison de l'animal, la sécurité ne pourra pas être garantie ce qui se retranscrit sur le patient ou le cheval, mettant à mal la prise en charge. D'autre part, si nous avons pu voir que l'équidé est particulièrement sensible, celui-ci peut tout à fait réagir aux états internes du psychomotricien et donc biaiser l'observation. De plus, la connaissance du cheval est une qualité indispensable afin de pouvoir interpréter le plus justement possible les comportements du poney face aux manifestations émotionnelles du patient. Dans l'idéal, le psychomotricien doit se former au préalable dans la thérapie avec le cheval avant d'aborder cette médiation. Il existe plusieurs formations à l'équithérapie en complémentarité du bagage initial du psychomotricien telles que la FENTAC ou la Société Française d'Equithérapie (SFE). En projection de mon avenir professionnel, je souhaite effectuer la formation de la SFE, dès que possible.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en valeur la spécificité et l'apport de la thérapie avec le cheval. En revanche, celle-ci est pertinente mais en complémentarité avec une prise en charge psychomotrice initiale. En effet, si la thérapie avec le cheval offre un cadre thérapeutique différent et riche en découvertes sensorielles, motrices et relationnelles, les bottes et le sable entravent les déplacements pédestres de l'enfant et cette médiation ne permet pas l'observation de l'enfant dans divers ateliers tels que le graphisme ou les jeux de société pouvant permettre l'observation de l'impulsivité et la manipulation de petits objets. De plus, la passation de bilan psychomoteurs standardisés n'est pas possible.

Pour terminer, j'ai constaté que la thérapie avec le cheval n'était pertinente que pour certains patients que j'ai rencontré, observé et accompagné au cours de ce stage. En effet, les

enfants venant aux différentes médiations que propose l'association ne sont pas tous suivis en psychomotricité et n'ont pas forcément de recommandation d'équithérapie. Ainsi, si pour certains enfants, cette médiation s'avère pertinente et semble correspondre aux objectifs de projet thérapeutique, pour d'autres l'équithérapie relève plus d'un accompagnement sans projet de soin, s'apparentant davantage à un moment de loisir. Je prends l'exemple d'une jeune fille atteinte de troubles des apprentissages venant en équithérapie. De mon point de vue, je n'observe pas d'évolution concrète de son trouble, bien que l'équithérapie paraît lui procurer un moment de plaisir. Cependant, j'ai pu constater l'intérêt de l'équithérapie pour les patients suivis pour des problématiques d'insécurité affective et de débordement émotionnel. En reprenant l'exemple de Jules, 3 ans, nous pouvons appuyer sur l'évolution de la confiance et de la facilité pour entrer en relation avec et enfant lié à la contenance induite par l'alliance entre le psychomotricien et le cheval. Pour Louise, la jeune femme souffrant de phobie animale, je peux témoigner de l'évolution positive qu'a permis la médiation avec le cheval. Elle présente désormais un apaisement marqué objectivé par une diminution de ses tremblements et une absence de stéréotypies. Ces réactions émotionnelles et corporelles se manifestant lors d'émotions de peur ou d'angoisse étaient pourtant bien présentes en début d'année.

Par conséquent, comme chaque médiation, celle-ci présente des limites et des contre-indications. Si cette thérapie possède de nombreuses qualités, elle ne peut convenir à tous les patients et doit être adaptée à chacun. De plus, pour faire ressortir tous les bénéfices de cette médiation, le psychomotricien doit bénéficier d'une expérience nécessaire autour du cheval, et ce en complémentarité de son métier.

CONCLUSION

La sensibilité et la sensorialité particulièrement développée du cheval lui permettent de percevoir et réagir à ce qui n'est pas toujours accessible à l'Homme. Pour autant, l'équidé seul ne peut répondre à un suivi thérapeutique auprès du patient. Le psychomotricien se saisit du support du cheval pour mettre en sens les états physiologiques, émotionnels et affectifs du sujet afin de lui permettre de prendre conscience de lui-même et de l'autre.

Trouver et prendre ma place de stagiaire ainsi que de future professionnelle ont suscité questionnements et réflexions tout au long de mes stages expérimentaux au sein de l'association. Ces interrogations m'ont permis de faire évoluer ma perception de la psychomotricité, de façonner mon identité professionnelle et de me projeter en tant que future psychomotricienne. Ces expériences m'ont encouragée à échanger auprès des divers professionnels et faire valoir le rôle du psychomotricien. J'ai ainsi pu établir des projets thérapeutiques pour les enfants dont la thérapie avec le cheval me semblait judicieuse et proposer un cadre thérapeutique adéquat et adapté pour ces sujets tout en communiquant avec l'équipe.

Par notre réflexion, nous avons pu mettre en exergue les qualités de la médiation équine dans le développement de la régulation émotionnelle auprès des enfants porteurs de handicap moteur. Nous avons pu voir que si les émotions sont innées et présentes auprès de chaque être humain, la régulation émotionnelle se construit par les multiples expériences affectives du sujet et ce tout au long de la vie. En concomitance avec de nombreux retentissements impactant l'estime de soi et l'exploration, ce vécu affectif peut être mis à mal dans le cas du handicap moteur. Or, le cheval favorise une sécurité interne induite par le portage, propose des expériences relationnelles au travers du dialogue tonico-émotionnel et devient support à de nombreuses stimulations sensorielles encourageant l'exploration. Il favorise alors l'ouverture au monde, aux autres mais également à soi. Étayé et mis en sens par le psychomotricien, l'équidé favorise la conscience corporelle pour permettre la reconnaissance des émotions et leur régulation. Source de nombreux remaniements psycho-corporels, cette thérapie offre au patient une possibilité d'améliorer divers domaines psychomoteurs touchant ainsi directement la sphère émotionnelle.

Nous avons pu illustrer nos propos au travers du cas clinique de Fanny et constater une évolution marquée dans sa capacité à réguler ses émotions. Nous pouvons imaginer que l'équithérapie peut être à l'origine de remaniements psychocorporels ayant permis à Fanny d'user de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle en s'appuyant sur l'Autre.

Nous terminons ce mémoire en rappelant que, portant une attention toute particulière à la construction psycho-affective du patient, à ses éprouvés corporels et à ses expériences relationnelles, le psychomotricien est le professionnel le plus adapté à la prise en charge de la régulation émotionnelle chez l'enfant porteur de handicap moteur. Le cheval devient alors véritable soutien à l'écoute et l'acceptation de ses émotions, de soi.

Si nous avons pu mettre en avant les avantages de l'équithérapie dans la prise en charge des émotions, nous pouvons imaginer la pertinence de la médiation équine dans le cadre d'autres pathologies en lien avec les celles-ci telles que les syndromes post-traumatiques ou les troubles anxieux.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

1- LIEU DE STAGE ET GÉNÉRALITÉS : DÉFINIR LES GRANDS TERMES.....3

I/ TOUT COMMENCE ICI : LIEU DE STAGE ET PRÉSENTATION DE FANNY.....4

A) Regard sur une association de parents d'enfants porteurs de handicap.....4

B) Un stage en équithérapie.....4

a) Présentation.....4

b) Espace et matériel.....4

c) Organisation et prise en charge des patients.....5

C) La luxation congénitale de Fanny.....6

a) Anamnèse.....6

1- L'histoire de sa naissance.....6

2- Sa pathologie.....6

3- Contexte familial.....6

b) Parcours de soins.....7

c) Bilan psychomoteur.....7

II/ QUELQUES GRANDES NOTIONS DU HANDICAP MOTEUR.....7

A) Définition.....7

B) Quatre déficiences du handicap moteur.....8

a) Déficience motrice cérébrale.....8

b) Déficience motrice d'origine médullaire.....9

c) Déficience motrice d'origine neuromusculaire.....9

d) Déficience motrice d'origine ostéo-articulaire.....10

III/ LES ÉMOTIONS : CES MANIFESTATIONS A ACCOMPAGNER CHEZ L'ENFANT

PORTEUR DE HANDICAP MOTEUR.....	10
A) Regard global sur l'émotion.....	10
a) L'émotion qu'est-ce que c'est ?.....	10
b) Développement émotionnel chez l'enfant.....	11
c) Notion d'intelligence émotionnelle.....	13
B) Régulation émotionnelle : à la recherche d'un équilibre interne et externe.....	14
a) Pourquoi réguler ses émotions ?.....	14
b) Le développement de la régulation émotionnelle chez l'enfant.....	15
c) La place de l'expression corporelle dans la régulation des émotions.....	17
1- Manifestations physiologiques.....	17
2- Expression faciales.....	17
3- Voix.....	18
4- Tonus.....	18
C) De répercussions psychomotrices à émotionnelles chez l'enfant porteur de handicap moteur.....	19
a) Des compétences motrices impactées.....	20
b) Une expression corporelle limitée.....	21
c) Une altération dans la construction sur Schéma corporel et de l'Image du Corps.....	22
1- Schéma Corporel (SC).....	22
2- Image du corps (IC).....	23
d) Des douleurs envahissantes.....	24
e) Des déséquilibres psycho-affectifs.....	25
f) Un lien social entravé.....	27
g) Une estime de soi difficile à édifier.....	28
III/ POURQUOI ALLIER CHEVAL ET PSYCHOMOTRICITÉ ?.....	29
A) Quand la psychomotricité donne naissance aux premières médiations équinés.....	29
B) Equithérapie, hippothérapie : quelles différences ?.....	30
C) Qualités du cheval : Tremplin à la relation.....	31
a) Une rencontre façonnant l'histoire.....	31
b) Une sensori-motricité développée.....	32
1- Un être émotionnel.....	32

2- Un être moteur.....	33
3- Un être sensoriel.....	33
4- Un être social.....	34
5- Un être communiquant.....	34
c) Ancrage dans l'instant présent.....	35
d) Importance de l'authenticité dans la relation.....	35
2- RÉGULATION ÉMOTIONNELLE : INTÉRÊTS DE LA MÉDIATION ÉQUINE POUR L'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP MOTEUR.....	37
I/ SÉCURITÉ ÉMOTIONNELLE INTERNE ÉMERGEANT DE LA RELATION :	
PRE-REQUIS A L'EXPLORATION.....	38
A) L'impact du portage dans la contenance affective et émotionnelle	38
B) Le dialogue tonico-émotionnel : au cœur de la rencontre.....	39
II/ CONSCIENCE CORPORELLE PAR LE CHEVAL : APPRENDRE A SE CONNAÎTRE	
SOI POUR APPRIVOISER SES ÉMOTIONS.....	40
A) Découverte de nouvelles expériences sensori-motrices avec le cheval.....	42
a) La sensorialité pour s'apaiser.....	42
1- Les sens à la base d'une vie émotionnelle.....	42
2- Le cheval : objet symbolique de la relation mère-enfant.....	43
b) Vers une exploration psycho-corporelle nouvelle.....	44
B) Question de respiration.....	46
C) Cheminement de la conscience à l'acceptation de ses émotions.....	48
III/ LE CHEVAL COMME TRANSITION ÉMOTIONNELLE DE SOI A L'AUTRE.....	50
A) Pansage : Vers une considération de l'autre.....	51
B) Approche émotionnelle dans la médiation équine.....	52
a) Un vécu subjectif mais collectif.....	52
b) Encouragement à l'identification des émotions.....	53

c) Naissance de l'empathie.....	54
IV/ LE PROJET THÉRAPEUTIQUE DE FANNY.....	56
3- PATIENT, CHEVAL, PSYCHOMOTRICIEN : UNE TRIADE THÉRAPEUTIQUE	
COMPLÉMENTAIRE A LA PRISE EN CHARGE.....	58
I/ UN CHEVAL TOUT SEUL N'EST PAS THÉRAPEUTIQUE.....	59
A) Entre thérapeute et psychomotricien.....	59
B) Une thérapie aux valeurs psychomotrices.....	60
II/ LE PSYCHOMOTRICIEN EN AIDE A LA RÉGULATION DES ÉMOTIONS DE L'ENFANT.....	61
A) Accueil et accompagnement des états émotionnels du patient.....	61
B) Importance de la mise en mots du psychomotricien : mettre du sens sur les expériences.....	63
a) Mots sur les sensations corporelles.....	63
b) Interprète des comportements du cheval face aux états émotionnels de l'enfant.....	65
III/ L'AJUSTEMENT ÉMOTIONNEL NAÎT DE LA RELATION : CRÉATION D'UN ESPACE ENTRE	
PSYCHOMOTRICIEN ET ENFANT PORTEUR DE HANDICAP MOTEUR.....	66
A) Un cadre thérapeutique propice à la régulation émotionnelle.....	66
a) L'importance du cadre thérapeutique en psychomotricité.....	66
b) L'originalité et l'apport du cadre thérapeutique de la médiation équine.....	69
B) Travail sur les répercussions émotionnelles du handicap moteur au travers de la médiation	
équine.....	70
a) Contenance physique et psychique.....	70
b) Vers un ajustement tonique.....	71
c) Écoute et acceptation de la douleur.....	71
d) Développement des compétences motrices.....	72
e) Travail sur le schéma corporel et l'image du corps.....	73
C) La place du bilan psychomoteur en médiation équine.....	75
D) Retour cognitif sur ses propres émotions : la métacognition pour mieux réguler.....	76

a) La métacognition, qu'est-ce que c'est ?.....	76
b) Métacognition dans la régulation émotionnelle : implication du psychomotricien.....	77
c) Développement de l'intelligence émotionnelle dans la thérapie.....	80
IV/ CONCLUSION CLINIQUE : BILAN DE FANNY.....	81
A) Compétences motrices dans le domaine de l'équithérapie.....	81
a) Équilibre.....	81
b) Schéma corporel et image du corps.....	82
c) Dextérité et coordinations manuelles.....	83
d) Tonus.....	84
B) Evolution de gestion émotionnelle de Fanny.....	85
V/ LIMITES DE LA THÉRAPIE AVEC LE CHEVAL.....	87
CONCLUSION.....	90
TABLE DES MATIÈRES.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	97
ANNEXES.....	103
Annexe 1 : Matériel d'harnachement en équithérapie.....	103
Annexe 2 : Pied bot droit en varus équin de Fanny.....	103
Annexe 3 : Schéma de la métamérisation.....	104
Annexe 4 : Modèle de l'intelligence émotionnelle à quatre branches de MAYER et SALOVEY (1997).....	104
Annexe 5 : Schéma du modèle de R. BAR-ON issu du BarOn EQ-I (1997).....	105
Annexe 6 : Bilans psychomoteurs en équithérapie.....	105

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra J., (1970). Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson.
- Albaret J.M., (2011). Manuel d'enseignement de psychomotricité. Marseille : Solal.
- Ansorge, J. (2011). La médiation équine comme outil thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, n° 286(3), 52-55.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Apprendre à gérer ses émotions pour une vie pleinement épanouissante*. (2019, février 10). ConsoGlobe. <https://www.conso globe.com/gerer-ses-emotions-cg>
- Apter, G., Mellier, D., & Saint-Cast, A. (2010). Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? *Enfances Psy*, 49(4), 9-13.
- Assemat, C., & Bourgeaux, C. (2017). *Identification des émotions et régulation émotionnelle : Évaluation et prise en soin en psychomotricité d'adultes en situation de polyhandicap*. (Mémoire)
- Aubard, I. (2007). Activité thérapeutique et cheval. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 94(2), 117-120.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e éd). Dunod.
- Ballouard, C. (2008). *Psychomotricité*. Dunod.
- Bébé s'exprime : Interactions et compétences du nouveau-né !* (s. d.). Consulté 25 février 2022, à l'adresse <https://acteurdemasante.lu/fr/naissance/bebe-sexprime-interactions-et-competences-du-nouveau-ne/>
- Bedhomme, S. (2021) : Cours psychomotricité deuxième année, deuxième semestre.
- Bien-être. Au Pré de Justin : Le cheval comme médiateur du handicap*. (s. d.). Consulté 1 novembre 2021, à l'adresse <https://www.leprogres.fr/rhone/2016/05/13/pre-de-justin-le-cheval-comme-mediateur-du-handicap>
- Bion, W. R., & Robert, F. (2007). *Aux sources de l'expérience* (Nouvelle éd.). Presses universitaires de France.
- Bosc, E. (2021). *La médiation équine : Support pour la construction de l'axe corporel. Études des apports de la médiation équine dans le travail du psychomotricien autour de la mise en place de l'axe corporel auprès d'une patiente dystonique*. (Mémoire)
- Brun, P. (2015). Émotions et régulation émotionnelle : Une perspective développementale. *Enfance*, 2(2), 165-178.
- Burel, R. (2019). *La psychomotricité face aux particularités des émotions dans la schizophrénie*.
- Camberlein, P. (2015). 2. Les définitions du handicap. *Maxi Fiches*, 3, 4-11.
- Chaque émotion a son expression corporelle spécifique*. (2017, juin 14). santé log. <https://www.santelog.com/actualites/chaque-emotion-son-expression-corporelle-specifique>

Claude, I. (2015). *Le cheval médiateur*. Belin.

Comment le cheval a-t-il influencé l'histoire de l'humanité ? (2018). Peuple-Animal.com. Consulté 23 janvier 2022, à l'adresse https://www.peuple-animal.com/article,lecture,1223_comment-le-cheval-a-t-il-influence-l-histoire-de-l-humanite-.html

Dauge, J. (2015). *La mise en scène des émotions : Le théâtre comme médiation en psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du comportement*. (Mémoire)

David, S., & Lafarge, D. (2018). *L'agilité émotionnelle : Accueillir ses émotions et les transformer*. J'ai lu.

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 88-659 (1988).

Déficience motrice cérébrale : L'apport de l'ergothérapie. (2017, février 5). *Clinique MultiSens*. <https://cliniquemultisens.com/deficience-motrice-cerebrale-lapport-de-lergotherapie/>

Définition de l'empathie. (s. d.). Définitions360. Consulté 19 novembre 2021, à l'adresse <https://www.definitions360.com/empathie/>

Définition du handicap – La grille AGGIR – Handicap Info. (2005). Consulté 10 novembre 2021, à l'adresse <https://www.handicap-info.fr/definition-du-handicap/>

Définition du handicap moteur. (s. d.). www.onisep.fr. Consulté 9 novembre 2021, à l'adresse <https://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarite/Par-situation-de-handicap/Scolarite-et-troubles-moteurs/Definition-du-handicap-moteur>

Denis, P. (2007). Avant-propos. *1001 bebes*, 7-9.

Développement psychologique de l'enfant : Les principales étapes. (2016, février 28). lesprosdela petiteenfance. <https://lesprosdela petiteenfance.fr/bebes-enfants/psycho-developpement/developpement-psychologique-de-lenfant-les-principales-etapes>

Dolto F, (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du Seuil.

Donald Winnicott : *La Préoccupation maternelle primaire*. (2009, février 17). *Cabinet Psy-enfant*. <https://psy-enfant.fr/donald-winnicott-la-preoccupation-maternelle-primaire/>

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy*, 66(2), 14-22.

Emilie, S. (2014). *"Je suis, Tu es, Nous sommes..." Accueillir, contenir et transformer en groupe de psychomotricité*. (Mémoire)

Équithérapie : Avantages de la thérapie par le cheval. (s. d.). Sunrise Medical. Consulté 10 février 2022, à l'adresse <https://www.sunrisemedical.fr/blog/equitherapie>

Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel | Cairn.info. (s. d.). Consulté 2 décembre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2012-10-page-68.htm>

Equithérapie—YouTube. (s. d.). Consulté 1 novembre 2021, à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=SPS5-bSD_2I

- Feuillerat, B. (2006). L'organisation spatiale chez les enfants handicapés moteurs. *Enfances Psy*, no 33(4), 48-56.
- Fischer, O. (2021). *Vie affective et sexuelle—Réflexion sur la place de la psychomotricité à partir de la rencontre d'adolescent polyhandicapé*. (Mémoire)
- Fognini, M. (2011). Les forces émotionnelles des groupes selon Bion. *Le Coq-heron*, 205(2), 128-140.
- Freud, S., Le Lay, Y., Harrus-Révidi, G., & Debout, F. (2015). *Cinq leçons sur la psychanalyse suivi de Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique* (Nouvelle éd). Payot & Rivages.
- Gérer ses émotions et sa vie sociale pour s'épanouir dans ses relations. (s. d.). *Dev-Perso, le site de Développement Personnel*. Consulté 9 janvier 2022, à l'adresse <https://dev-perso.com/category/gerer-ses-emotions/>
- Hanon, C., & Fousson, J. (2019). Mobilité : L'accordage comme enjeu clinique.
- Hippothérapie. (2021). In *Wiktionnaire*. <https://fr.wiktionary.org/w/index.php?title=hippotherapie&oldid=29614448>
- Ignazio, A. d', & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.
- Importance de l'imitation : Cabinet-de-psychomotricite-de-chloe-antoine*. (2016, mars 9). <https://cabinet-de-psychomotricite-de-chloe-antoine-75017.webnode.fr/l/importance-de-limitation/>
- Intelligence émotionnelle : Identifier ses émotions et celles d'autrui – La psychologie positive*. (s. d.). Consulté 21 février 2022, à l'adresse <https://www.lapsychologiepositive.fr/intelligence-emotionnelle-identifier-ses-emotions-et-celles-dautrui/>
- Joncheray, F. (2019) : Cours de psychomotricité, première année, premier semestre.
- Julien. (2020, juillet 11). Le handicap moteur. *Handicap 13*. <https://www.handicap13.fr/types-de-handicap/handicap-moteur/>
- Koechlin, S. (2019, septembre 5). L'art de déchiffrer les émotions des animaux. *Horizons - Le magazine suisse de la recherche scientifique*. <https://www.revue-horizons.ch/2019/09/05/porc-qui-rit-porc-qui-pleure/>
- Koreicho, N. (2020, mars 9). Emotions, sentiments, affects. *Institut Français de Psychanalyse*. <https://institutfrancaisdepsychanalyse.com/emotions-sentiments-affects/>
- Lacombe, F. (2019) : Cours psychomotricité première année, premier semestre.
- La douleur—Ministère des Solidarités et de la Santé*. (s. d.). Consulté 27 février 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- La mémoire olfactive : Quand les souvenirs ont une odeur !* (s. d.). Consulté 9 février 2022, à l'adresse <https://www.observatoireb2vdesmemoires.fr/publications/la-memoire-olfactive-quand-les-souvenirs-ont-une-odeur>

La Motricité Globale – Psychomotricite.net. (s. d.). Consulté 5 décembre 2021, à l'adresse <http://www.psychomotricite.net/la-motricite-globale/>

La peur de l'inconnu. (2020). *ladepeche.fr.* Consulté 7 mars 2022, à l'adresse <https://www.ladepeche.fr/2020/03/03/la-peur-de-linconnu,8770934.php>

La relation précoce mère-enfant selon Winnicott. (s. d.). Consulté 21 mars 2022, à l'adresse http://www.la-psychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm

La thérapie avec le cheval. FENTAC. Thérapie avec le cheval- Equithérapie - Médiations thérapeutiques-Formation professionnelle. (s. d.). Consulté 1 novembre 2021, à l'adresse <https://www.fentac.org/tac.php>

La thérapie par le cheval : Équithérapie ou hippothérapie ? - Je m'informe. (2015). Consulté 18 novembre 2021, à l'adresse <https://store.avec.fr/jeminforme/post/la-therapie-par-le-cheval-equitherapie-ou-hippotheapie.html>

Lansade; M. V. R. N. (s. d.). *Le monde sensoriel du cheval.* Consulté 16 janvier 2022, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/sante-et-bien-etre-animal/bien-etre-et-comportement-animal/perception-et-comprehension/monde-sensoriel-du-cheval>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Praxie - Dictionnaire de français Larousse.* Consulté 5 décembre 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/praxie/63263>

Le bilan Psychomoteur. (2019, mars 21). *APPA.* <https://www.appa-asso.org/2019/03/21/le-bilan-psychomoteur/>

Le Blog de la Médiation Animale. (2012). Consulté 15 janvier 2022, à l'adresse <https://www.mediation-animale.org/le-cheval-et-lhomme-une-rencontre-improbable/>

Le cheval : Son monde sensoriel. (s. d.). Consulté 16 janvier 2022, à l'adresse <http://www.ffe.com/l-animal/son-monde-sensoriel>

Le corps dans tous ses états. (2007). *VST - Vie sociale et traitements*, 96(4), 93-98.

Le développement du bébé à travers les interactions précoces. (2016, septembre 15). *Blog Hop'Toys.* <https://www.bloghoptoys.fr/developpement-bebe-a-travers-interactions-precoces>

Le développement postural du nourrisson. (s. d.). Consulté 12 février 2022, à l'adresse <http://psychomot.tout.petit.free.fr/developpement-postural.htm>

Le handicap moteur. (s. d.). Consulté 10 novembre 2021, à l'adresse <https://www.handipacte-grandest.fr/index.php/ressources-handicap/notions-de-handicap/247-le-handicap-moteur>

Le holding chez Donald Winnicott : L'importance du portage de l'enfant. (2018, mai 13). *Cabinet Psy-enfant.* <https://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>

Le moi : Instance psychique, structure psychologique de l'inconscient (2005), Freud. Consulté 7 avril 2022, à l'adresse <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/instances/moi.htm>

Le schéma corporel chez l'enfant handicapé. (2021, mars 9). *Blog Hop'Toys.* <https://www.bloghoptoys.fr/schema-corporel-chez-l-enfant-handicape>

Les yeux sont le miroir de l'âme. [...]—Cicéron. (s. d.). *dicocitations.com.* Consulté 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.dicocitations.com/citations/citation-123582.php>

L'essentiel à savoir sur le handicap moteur et les aides possibles -. (s. d.). Access Market. Consulté 3 décembre 2021, à l'adresse <https://www.access-market.com/blog/infos-pratiques/lessentiel-a-savoir-sur-le-handicap-moteur-et-les-aides-possibles>

Lobbé, J. (2019). *Chapitre 16. L'axe psychique*. Dunod. <https://www.cairn.info/autisme-corps-et-psychomotricite--9782100769995-page-109.htm>

Luminet, O. (2013). *Psychologie des émotions : Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*. De Boeck.

Métacognition : Qu'est-ce que la métacognition. (s. d.-a). Consulté 23 mars 2022, à l'adresse <http://metacog.free.fr/metacognition.php>

Métamère. (s. d.). Vulgaris Médical. Consulté 3 décembre 2021, à l'adresse <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/metamere>

Mikolajczak, M., Deseilles, M., Gross, J. J., & André, C. (2012). *Traité de régulation des émotions*. De Boeck.

Montaigne, M. de, Naya, E., Reguig-Naya, D., & Tarrête, A. (2009). *Essais de Michel de Montaigne*. Gallimard.

Name, C. (s. d.). *Expressions faciales et micro-expressions | EIA Group (FR)*. Consulté 12 janvier 2022, à l'adresse <https://www.eiagroup.fr/domaines-expertise/expressions-faciales-et-micro-expressions/>

Paris, L. S. (2020, avril 9). *À la découverte des émotions (5) : Développement de l'enfant*. Lab School Paris. <https://www.labschool.fr/post/à-la-découverte-des-émotions-4-développement-de-l-enfant>

Pavani, J.-B., & Savu, A. (2020). *Agir sur ses émotions : Psychologie, régulation émotionnelle, bien-être*. UGA éditions PUG.

Pennequin, V., & Lunais, M. (2013). Metacognition in teenagers with conduct disorder : The role of mood and metacognitive experiences. *Enfance*, 4(4), 303-322.

Perrin, N. (2016). *Qualités médiatrices de l'animal dans la thérapie psychomotrice avec le cheval- Une approche relationnelle à l'origine de remaniements psychocorporels*. (Mémoire)

Petit, N., & Adejie. (2021). *J'aide mon enfant à gérer ses colères*. Hatier Grand Public.

Physio, E. (s. d.). *La respiration et nos émotions - : Physio Dynamik* : Consulté 12 février 2022, à l'adresse <https://physiodynamik.com/la-respiration-et-nos-emotions/>

Piaget, J. (1977). *La construction du réel chez l'enfant* (6th ed). Delachaux et Niestlé.

Psychologies.com. (2009, juillet 16). *L'équithérapie : Soigner l'esprit par le cheval*. <https://www.psychologies.com/Planete/Les-animaux-et-nous/Articles-et-Dossiers/Quand-le-cheval-nous-aide/L-equitherapie-soigner-l-esprit-par-le-cheval>

Qu'est-ce que l'équithérapie ? (2012, mars 17). *Institut de Formation en Equithérapie - IFEq*. <https://www.ifequitherapie.fr/ressources/definitions/definition-equitherapie/>

Qui a dit : Connais-toi toi même et tu connaîtras l'univers et les ... (s. d.). Consulté 5 mai 2022, à l'adresse https://www.dicocitations.com/citation_auteur_ajout/15097.php

Rasal, O. (2020) : Cours de psychomotricité première année, deuxième semestre.

Sender, D. (2016). *Comprendre les émotions et leurs effets sur la cognition*.

Stimulation Olfactive : Une thérapie pour les malades d'Alzheimer. (2015, octobre 5). *AromaCare*. <https://aroma-care.fr/fr/stimulation-olfactive-contre-alzheimer/>

Subornat, C. (2018). *Je bouge donc je suis : Importance du mouvement dans le processus d'individuation et rôle de la psychomotricité auprès de l'enfant en situation de handicap moteur*. (Mémoire)

Tastayre, F. (2020) : Cours de psychomotricité deuxième année, premier semestre.

Tcherkassof, A., & Frijda, N. H. (2014). Les émotions : Une conception relationnelle. *L'Année psychologique*, 114(3), 501-535.

Tizon, E. (2018). *Au-delà de l'équithérapie : Comment les chevaux changent notre regard sur le handicap*. Grancher.

Troubles de l'estime de soi-Définition. (2012, novembre 18). <https://www.passeportsante.net/>. <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles-de-l-estime-de-soi>

Universalis, E. (s. d.). *Wilhem Reich*. Encyclopædia Universalis. Consulté 5 mai 2022, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/wilhelm-reich/>

Victoria Herrmani, H. (2018). *Thérapie Breve avec le Cheval Philosophie, Posture et Protocoles*.

Videau, J. (2013). *Des médiateurs pour solliciter l'image du corps : Expériences auprès d'enfants porteurs d'un handicap moteur*. (Mémoire)

Vignemont, F. de. (2011). L'empathie, des réponses aux questions majeures. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 16-19.

Vigouroux, A. (2011). Le portage de l'enfant : Une réponse à ses besoins. *Le Journal des psychologues*, 285(2), 58-62.

Viguié-Vinson, S. (s. d.). *In utero, une vie «sensationnelle»*. Sciences Humaines. Consulté 9 février 2022, à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/in-utero-une-vie-sensationnelle_fr_38254.html

Viruega-Bogros, H., & Gaviria, M. (2020). *Le pouvoir du lien : Quand hippothérapie et neurosciences cheminent ensemble*. Actes Sud.

WikiMemoires. (2013, avril 29). Prise en charge en psychomotricité des difficultés émotionnelles. *WikiMemoires*. <https://wikimemoires.net/2013/04/prise-en-charge-en-psychomotricite-des-difficultes-emotionnelles/>

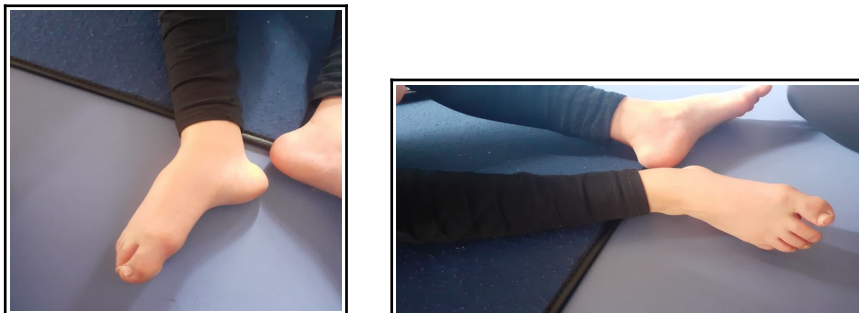
Winnicott, D. W., & Harrus-Révidi, G. (2010). *Les objets transitionnels* (Nouvelle éd.). Payot & Rivages.

ANNEXES

Annexe 1 : Matériel d'harnachement en équithérapie (clichés de l'auteur)

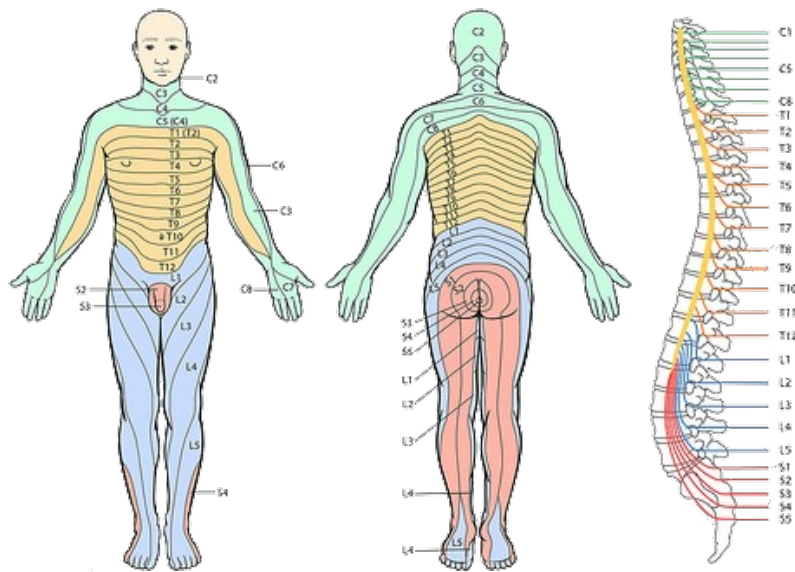


Annexe 2 : Pied bot droit en varus équin de Fanny (Cliché de l'auteur avec accord de l'enfant et du parent)

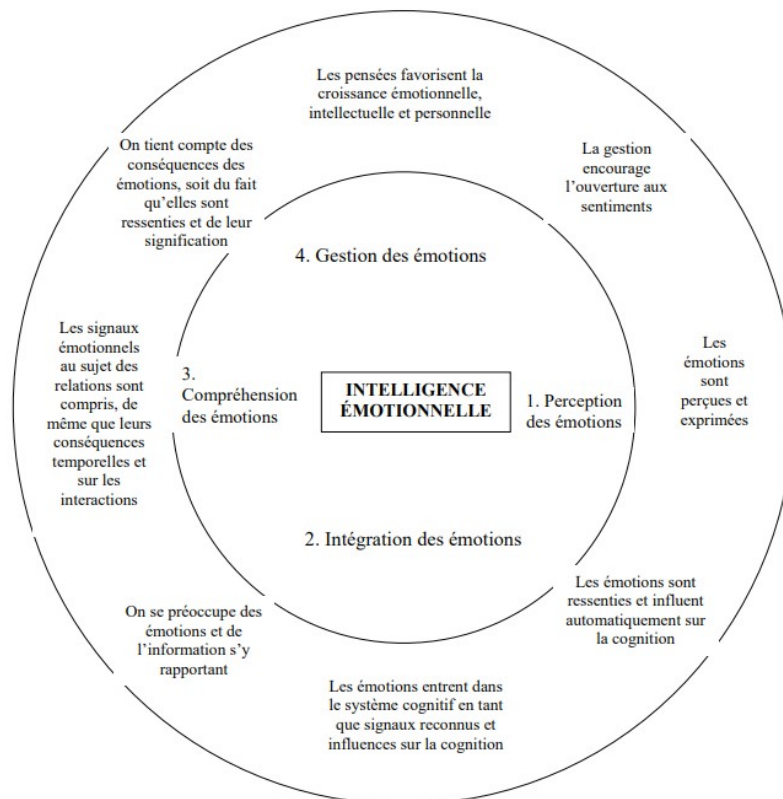


Annexe 3 : Schéma de la métamérisation

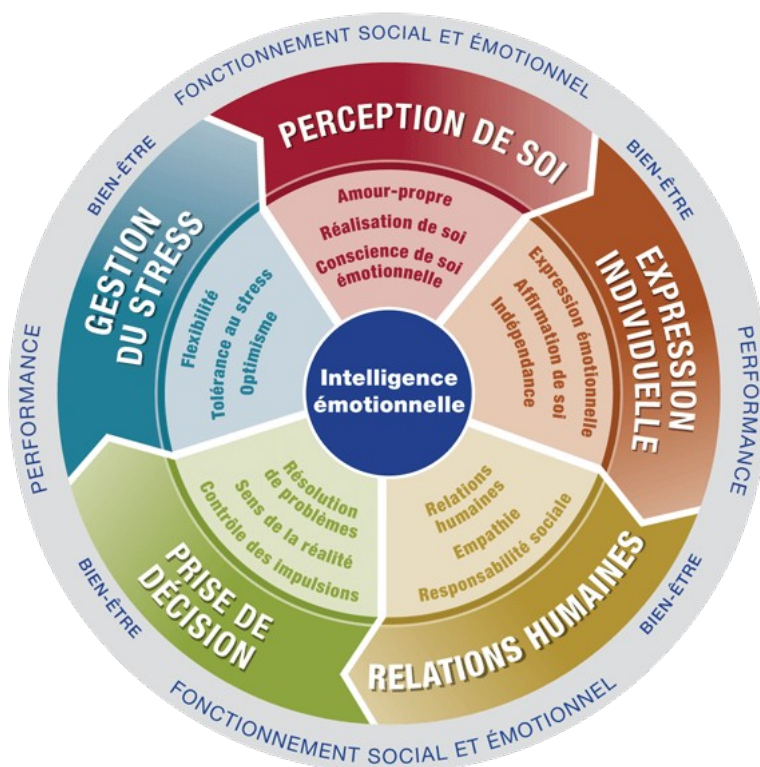
<https://www.reflexosteo.com/blog-sante-bien-etre/compression-et-douleur-du-nerf-pudental-on-vous-dit-tout-174>



Annexe 4 : Modèle de l'intelligence émotionnelle à quatre branches de MAYER et SALOVEY (1997)



Annexe 5 : Schéma du modèle de R. BAR-ON issu du BarOn EQ-I (1997)
<https://www.intemotionnelle.com/quest-ce-que-lintelligence-emotionnelle/>



Annexe 6 : Bilans psychomoteurs en équitérapie

◆ **SCHEMA CORPOREL:** (Perrin, 2016)

	Nommer sur soi	Nommer sur le cheval	Montrer sur soi	Montrer sur le cheval
Tête				
Yeux				
Nez				
Bouche				
Dent				
Oreilles				
Cou/ encolure				
Cheveux/ crinière				
Épaule				
Dos				
Bras / Antérieur				
Coude				

Poignet				
Main				
Doigt				
Ventre				
Nombril				
Fesses/ Croupe				
Hanche				
Jambe/ Postérieur				
Cuisse				
Genou				
Mollet				
Cheville				
Pied				
Talon				
Orteil				
Sabot				

◆ **REPÈRES TOPOGRAPHIQUES**

A CHEVAL	Réussite	Échec
Tourner autour du poteau		
Slalom (passer à droite et à gauche des plots)		
Passer au-dessus de la barre		
Passer en-dessous la barre en mousse		
S'arrêter dans le cerceau		
S'arrêter devant ou derrière le plot		
Passer entre les blocs de mousse		

◆ **TONUS**

. **Tonus de fond :**

E= Échec

R= Réussite

Patient allongé en décubitus ventral sur le dos du poney à l'arrêt
 A noter : Hypotonicité / Hypertonie / Neutre

EXTENSIBILITÉ	Droite	Gauche
Poignet		
Coude		
Épaule		
Hanche		
Genou		

BALLANT	Droite	Gauche
Poignet		
Coude		
Épaule		
Jambes		

. Observation des manifestations toniques : (Perrin, 2016)

- A terre :
- Avec selle :
- A cru :

. Contrôle postural à cheval :

	Virages (au pas)	Se pencher D/G (arrêt)
Tête		
Tronc		
Bassin		

CHEVAL A L'ARRÊT	Bras le long du corps yeux ouverts/ yeux fermés	Bras tendus en avant yeux ouverts/ yeux fermés
Équilibre		
Maintien de posture		
Tonus axial		
Tonus segmentaire		

Syncinésies		
Diffusion tonique		
Réaction de prestance		
Adaptation / souplesse		

CHEVAL AU PAS	Bras le long du corps yeux ouverts/ yeux fermés	Bras tendus en avant yeux ouverts/ yeux fermés
Équilibre		
Maintien de posture		
Tonus axial		
Tonus segmentaire		
Syncinésies		
Diffusion tonique		
Réaction de prestance		
Adaptation / souplesse		

◆ **COORDINATIONS, DISSOCIATIONS ET ÉQUILIBRE**

. **Coordinations doigt-nez :** Réussite Échec

Attraper le ballon à cheval

	Arrêt	Pas	Trot
A deux mains			
A une main			

Lancer la balle dans le cerceau

A CHEVAL	Arrêt	Pas
Main droite		
Main gauche		
Deux mains		

. **Équilibre :** Sur le dos du cheval, à l'arrêt

- Assis :
- A genou :
- Accroupie :

- Debout :

◆ **PRAXIES**

E= Échec

R= Réussite

	Arrêt	Pas
Toucher les oreilles du poney		
Toucher la queue du poney		
Faire un câlin au poney		
Toucher les épaules du poney		
Mettre les mains sur sa tête		
Attraper les rênes		

◆ **MOTRICITÉ FINE**

	Réussite	Échec
Enfiler les gobelets sur les poteaux		
Boucles de l'harnachement du poney		
Faire passer une balle le long du dos du poney		