



HAL
open science

Le cheval, médiateur dans la thérapie psychomotrice : les communications non-verbales comme support au développement psychique de l'enfant

Maëla Lullien

► **To cite this version:**

Maëla Lullien. Le cheval, médiateur dans la thérapie psychomotrice : les communications non-verbales comme support au développement psychique de l'enfant. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03765398

HAL Id: dumas-03765398

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03765398v1>

Submitted on 31 Aug 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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière

Faculté Médecine Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital

75013 Paris

Le cheval, médiateur dans la thérapie psychomotrice :
Les communications non-verbales comme support
au développement psychique de l'enfant

Mémoire présenté par :

Maëla Lullien

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référents de mémoire : Brigitte Martin
Audrey Coelho

Session : Juin 2022

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près comme de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord l'ensemble des professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière qui m'ont permis au cours de ces trois années de formation de me construire une identité professionnelle et d'aiguiser mon regard psychomoteur ainsi que ma réflexion.

Je tiens également à remercier mes professeurs de classe préparatoire qui m'ont préparée aux concours me permettant d'accéder à la formation de psychomotricité.

Merci à mes deux maîtres de mémoire Brigitte Martin et Audrey Coelho pour leur disponibilité, le temps qu'elles m'ont accordé, leur accompagnement dans ce travail d'élaboration qu'est le mémoire ainsi que leurs précieux conseils.

Je voudrais aussi remercier mes différents maîtres de stage Audrey, Christophe ainsi que Carolina pour m'avoir fait découvrir les différents aspects du métier de psychomotricien, pour le partage de leur expérience, leur bienveillance ainsi que leur confiance qui m'a permis d'expérimenter et d'apprendre à leur côté. Je souhaiterais également remercier l'ensemble de l'équipe du CAMSP pour leur accueil chaleureux ainsi que la richesse des échanges que j'ai pu avoir avec les différents professionnels.

Merci à Elsa Gilbert et Brigitte Martin pour leur partage d'expérience au cours du stage d'initiation aux thérapies avec le cheval qui m'a permis d'enrichir mon questionnement.

Je souhaiterais remercier Anne-Sophie ainsi que l'ensemble de l'équipe de l'association Tropagalo pour leur confiance et cette expérience enrichissante qu'ils m'ont permis de vivre.

Merci à l'ensemble des moniteurs d'équitation qui m'ont transmis leur passion pour les chevaux, appris à vivre à leur côté et permis de me construire en tant que cavalière.

J'aimerais particulièrement dire merci à mes parents, ma sœur ainsi que l'ensemble de ma famille pour leur soutien sans faille au quotidien et leurs encouragements dans les moments de doute.

Merci à mes amis, futurs psychomotriciens ou non, pour leur accompagnement au cours de ces trois années ainsi que pour les bons moments passés auprès d'eux.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des patients ainsi que leur famille qui ont croisé ma route auprès de qui j'ai appris et qui m'ont permis de construire ma réflexion.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 8 |
| I. Partie théorique | 10 |
| 1) Les communications non verbales chez l'Homme | 11 |
| A) Holding | 11 |
| B) Dialogue tonique | 13 |
| C) Relations spatiales | 17 |
| D) Regard | 20 |
| 2) Ethologie Equine | 21 |
| A) Le cheval, être sensori-moteur | 21 |
| a. Système nerveux | 21 |
| b. Sensorialité | 22 |
| c. Espace | 24 |
| B) La communication chez le cheval | 25 |
| 3) Cheval et psychomotricité | 28 |
| A) Historique du lien entre le cheval et l'Homme | 28 |
| B) Thérapie avec le cheval | 29 |
| II. Partie clinique | 31 |
| 1) Présentation du lieu de stage | 32 |
| 2) Présentation du groupe « poney » | 36 |
| 3) Cas clinique de Rania | 38 |
| A) Eléments biographiques et parcours de soins | 38 |
| a. Présentation | 38 |
| b. Parcours de soins | 38 |
| c. Environnement | 39 |
| B) Evaluation et observations psychomotrices | 40 |
| a. Anamnèse générale et psychomotrice | 40 |
| b. Bilan et observations psychomotrices | 40 |
| C) Suivi dans le cadre du groupe | 42 |
| 4) Cas clinique de Baia | 46 |
| A) Eléments biographiques et parcours de soins | 46 |
| a. Présentation | 46 |
| b. Parcours de soins | 47 |

| | | |
|------|--|----|
| c. | Environnement | 47 |
| B) | Evaluation et observations psychomotrices | 48 |
| a. | Anamnèse générale et psychomotrice | 48 |
| b. | Bilan et observations psychomotrices | 49 |
| C) | Suivi dans le cadre du groupe | 51 |
| III. | Discussion | 54 |
| 1) | Un vécu psychocorporel | 55 |
| A) | Tonus | 55 |
| B) | Dialogue tonique | 56 |
| C) | Sensorialité | 58 |
| D) | Espace | 61 |
| 2) | Un vécu psycho-affectif | 63 |
| A) | Théorie du développement et de la maturation de l'enfant selon Winnicott | 63 |
| a. | L'intégration | 63 |
| b. | La personnalisation | 64 |
| c. | La présentation de l'objet | 67 |
| B) | Théorie de l'esprit | 68 |
| | Conclusion | 70 |
| | Bibliographie | 72 |
| | Résumé | 77 |
| | Summary | 78 |

Introduction

Depuis toute petite, j'ai voué un attachement particulier aux chevaux. Cavalière depuis mes 6 ans, les chevaux m'ont accompagnée dans les différentes étapes de ma vie. Ils m'ont d'abord impressionnée par leur allure imposante, leur noblesse, leur puissance et parfois même un peu effrayée par leurs réactions imprévisibles. J'ai ensuite été touchée par leur côté réconfortant et chaleureux, leur douceur. J'avais parfois l'impression d'être comprise par cet animal avec lequel je ne pouvais pourtant pas communiquer comme je le faisais avec des humains, c'est-à-dire verbalement. Cette communication qui s'installait pourtant, tant dans les moments à pied qu'à cheval, m'intriguait. La singularité de chacun (Homme comme cheval) fait qu'il se crée un lien unique entre cheval et cavalier. Cette harmonie que peuvent trouver un cavalier et son cheval, la communication qui peut s'installer entre les deux sans même échanger un mot m'a toujours fascinée.

En commençant mes études en psychomotricité, je savais qu'il était possible de lier la thérapie psychomotrice et le cheval mais je me demandais comment. Comme cela m'intéressait, j'ai eu de nombreuses expériences mêlant handicap et cheval. J'ai pu réaliser un stage en 2ème année de formation en pédopsychiatrie en Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) avec des enfants de 6-7 ans présentant des traits autistiques et psychotiques ; j'ai pu les suivre dans le cadre d'un groupe poney. Mon engagement dans une association d'équitation adaptée aux personnes porteuses d'un handicap physique ou psychique a également été une source d'apprentissage tant sur le handicap que sur les bénéfices que le cheval pouvait avoir sur les personnes à son contact. J'ai également pu bénéficier dans le cadre de ma formation d'une initiation aux thérapies avec le cheval durant laquelle j'ai pu expérimenter ma relation avec le cheval de façon différente de celle que j'avais pu connaître en tant que cavalière. Ce stage m'a confortée dans l'idée que j'étais très intéressée par le lien entre psychomotricité et cheval et m'a amené diverses pistes de réflexions, notamment sur cette communication corporelle qui peut s'établir entre une personne et un cheval sans dire un mot.

Pour cette dernière année de formation, je réalise un de mes stages dans un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) proposant un groupe "pony" avec trois petites filles de 3, 4 et 5 ans. Deux de ces enfants m'ont particulièrement interpellée du fait de leurs différences : l'une est très inhibée quand l'autre est plutôt impulsive.

Une question s'est alors posée à moi :

Comment la thérapie psychomotrice avec le cheval peut-elle soutenir le développement psychique de l'enfant ?

C'est à cette problématique que je tenterai de répondre au cours de mon mémoire.

Je commencerai par une partie théorique où je traiterai des communications non-verbales chez l'Homme, de l'éthologie équine ainsi que de l'histoire entre la psychomotricité et le cheval. Je poursuivrai avec une partie clinique où je présenterai la structure dans laquelle j'ai réalisé mon stage, le groupe pony ainsi que les deux cas cliniques que j'ai sélectionnés. Je finirai par une discussion dans laquelle je tenterai, en m'appuyant sur ces cas cliniques, de répondre à ma problématique en évoquant le vécu à la fois psycho corporel et psycho affectif que permet la médiation par le cheval.

I. Partie théorique

1) Les communications non verbales chez l'Homme

Les communications non-verbales sont définies par Jacques Corraze (2001) comme « *l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.)* » (p15)

A) Holding

Donald Winnicott est un pédiatre et psychanalyste anglais qui a révolutionné la compréhension du développement de la petite enfance. Il met en avant l'aspect primordial des soins de maternance apportés à l'enfant, seul garant du bon fonctionnement psychique de l'enfant. « *Un bébé seul ça n'existe pas* » (Winnicott, 1989, p107)

Il théorise la notion de "Holding" (traduit par la tenue) en 1950. Il le définit comme les soins maternels dans leurs menus détails (en réponse aux besoins de l'enfant) avant et après la naissance, constituant ainsi un environnement contenant pour le bébé. Il ne s'agit pas uniquement du geste mécanique et technique du portage du bébé : c'est une tenue à la fois psychique et physique, une tenue vivante, humaine par la psyché de la mère.

Le holding peut s'établir sous deux conditions : l'opportunité d'un échange tonico-émotionnel et une reconnaissance olfactive entre les deux individus. Winnicott explique d'ailleurs que le holding met en jeu la sensibilité de la peau de l'enfant (avec la perception du toucher mais également de la température), l'audition, la vision ainsi que la sensibilité à l'effet de la pesanteur grâce au soutien des bras de la mère.

Le holding inclut ainsi tous les soins maternels apportés jour et nuit au nourrisson. La mère va avoir la possibilité de s'installer au plus près de son enfant et va pouvoir se plonger dans l'état de préoccupation maternelle primaire. Il s'agit de la capacité de la mère à développer une attention extrême et à s'identifier à son bébé lors des premiers mois :

« À mon sens, c'est précisément ce qui donne à la mère sa capacité particulière à faire ce qu'il faut. Elle sait ce que peut ressentir le bébé. Personne d'autre ne le sait. Les médecins, les infirmières peuvent en savoir beaucoup sur la psychologie et ils savent tout, cela va sans dire, sur la santé et sur la maladie physique. Mais ils ne savent pas ce que ressent le bébé

minute après minute parce qu'ils sont hors de ce domaine d'expérience. » (Winnicott, 1965, p10)

La mère peut ainsi se représenter les besoins de l'enfant et s'identifier à lui : elle interprète les différents comportements du bébé, elle met des mots sur les besoins qu'il ne peut pas encore nommer et comprendre. Elle s'adapte ainsi aux changements infimes à la fois physiques et psychologiques dus à la croissance et au développement de son enfant. Cela permet le développement de la capacité d'être seul en présence de l'autre, de continuer de faire vivre l'autre en soi.

Pour Winnicott, la capacité d'être seul est un signe d'une maturité affective. Cette capacité se construit via l'instauration d'une relation satisfaisante à la mère et suppose l'intériorisation d'un bon objet interne permettant au bébé d'acquérir un sentiment de sécurité.

« Être seul en présence de quelqu'un est un fait qui peut intervenir à un stade très primitif, au moment où l'immaturité du moi est compensée de façon naturelle par le support du moi offert par la mère. Puis vient le temps où l'individu intériorise cette mère support du moi et devient capable d'être seul sans recourir à tout moment à la mère ou au symbole maternel » (Winnicott, 1958, tr. Fr. 1969, p. 209)

En effet lorsque Winnicott parle de holding, de la continuité d'être du bébé, du maintien de son environnement, c'est une question de contenance : un holding suffisamment bon permettra la fonction contenante qui prolonge les caractéristiques de la vie intra-utérine. Il dit d'ailleurs que le holding va favoriser la tendance à l'intégration, c'est-à-dire la constitution d'un self unitaire vécu comme continuité d'existence.

En s'identifiant à son bébé, la mère lui donne ainsi un environnement qui convient à ses besoins et lui offre ce dont elle pense qu'il a besoin en s'adaptant aux menues transformations. Le fait de s'occuper suffisamment bien du bébé aboutit à l'existence d'une psyché qui habite le soma. Le bébé ressent la manière aimante dont sa mère s'occupe de lui : la façon dont la mère tient l'enfant va lui permettre de construire son monde, de ressentir que son corps est lui-même et donc de différencier le Moi et le Non Moi. Le Holding a un rôle de protection physique mais également psychique : il crée un sentiment de sécurité chez l'enfant et ce dernier peut alors recevoir les informations du monde interne et externe. Pour Winnicott, le holding permet *« le fondement de ce qui devient progressivement a self-experiencing being, un être faisant l'expérience de soi par soi »*. (Winnicott, 1966, discours sur The ordinary devoted mother)

Le sentiment de personnalisation qui va naître de cette expérience exclut alors le clivage corps esprit. Le fait d'être porté et soutenu permet un sentiment de continuité d'existence pour le nourrisson. Cette expérience va créer une première organisation de l'image corporelle et favoriser le sentiment de confiance de base chez l'enfant. La répétition régulière et rythmique de cette expérience permettra à l'enfant de l'intérioriser. A partir du holding, un espace potentiel peut se construire.

Si l'enfant bénéficie d'une tenue suffisamment bonne, il est susceptible de développer davantage ses expériences. En revanche, une tenue non adaptée peut provoquer rapidement un sentiment d'insécurité et des pleurs de détresse.

B) Dialogue tonique

Tonus et émotion sont étroitement liés : une manifestation tonique accompagne chaque émotion. En effet, nos états émotionnels agissent fortement sur notre tonus et peuvent provoquer son augmentation. Les émotions peuvent également être modulées par le tonus (par exemple, lors de la pratique de relaxation).

Le tonus est défini par Marianne Jover, professeur dans le département de Psychologie développementale et différentielle, comme :

l'« Etat de légère tension des muscles au repos résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de mouvement ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. »

(Jover M., 2000, p1)

« Chacun sait ce qu'est une émotion, jusqu'à ce qu'on lui demande d'en donner une définition. A ce moment-là, il semble que plus personne ne sache. » (L. FEHR & J.A. RUSSELL, 1984)

Les émotions peuvent être définies comme l'ensemble des réactions corporelles qui se mettent en place. Dans la théorie de Damasio (2002), notre esprit va moduler et nuancer ces émotions, leur donner plus ou moins d'importance ce qui donnera naissance aux sentiments, une vue de l'esprit de l'émotion. Les sentiments correspondent à des états de notre monde

interne : ils informent l'esprit de l'état de la vie au sein du corps. Ce sont des expériences mentales suivant et accompagnant divers états de l'homéostasie : ils peuvent être primaires (faim, soif, douleur/plaisir) ou provoqués par des émotions (peur, colère, joie). Tous les sentiments sont conscients.

A la fin du XIXe siècle, W. James aborde l'émotion comme l'expression des modifications ou des dysfonctionnements internes. Pour lui, le fait de pleurer n'est pas dû à la tristesse mais la tristesse est amenée par les phénomènes physiologiques tels que les pleurs.

Ainsi, le vécu émotionnel serait la conséquence d'un état tonique du sujet. R. Dantzer et M. Le Moal y ajoutent la composante subjective et la définissent comme « *l'état particulier d'un organisme, survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales* » (Doron, R., & Parot, F. 1991, p. 250).

Henri Wallon a beaucoup étudié l'idée qu'émotion et tonus sont reliés : pour lui, le tonus musculaire serait la toile de fond de nos émotions et la création de celles-ci serait d'origine posturale. Il émet l'hypothèse que les émotions sont une accumulation de tensions musculaires. Il disait qu'au début de la vie « *toutes les émotions répondent à des variations du tonus tant viscéral que musculaire.* » (Wallon, p20). Dans cette continuité de lien entre tonus et émotion, Suzanne Robert-Ouvray (2007) introduit l'idée d'une communication émotionnelle principalement à travers le tonus.

Chez le nourrisson, ce rapport entre émotion et tonus est incontestable : le tonus va avoir tendance à augmenter lors d'épisode de faim ou encore lorsque la mère s'absente. Cette augmentation peut se traduire par des manifestations telles que les pleurs ou les cris. En revanche lorsqu'il est bercé, qu'il se sent en sécurité ou qu'il est repu, on pourra observer chez le bébé une détente musculaire.

Dans la continuité des travaux de Wallon, Julian de Ajuriaguerra introduit la notion de dialogue tonique :

« *La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique.* » (J. de Ajuriaguerra, 1985, p271)

Le dialogue tonique est le premier moyen de communication utilisé entre la mère et le nourrisson : c'est le précurseur du langage, on parle d'ailleurs de dialogue préverbal. Il résulte d'une harmonisation tonique, sensorielle et affective entre deux individus. Il est un appui primordial à la communication infra-verbale. Ce langage interne est omniprésent même lors de communication verbale et reste au premier plan durant l'ensemble de notre existence : il va se développer et s'affiner au gré de nos expériences et de nos relations. Il est possible entre tout être vivant, cependant le système de représentation n'est pas le même. L'être humain va donner une signification particulière à ce dialogue, permettant ainsi de mettre du sens sur les éprouvés.

Il joue un rôle essentiel dans la communication entre le bébé et son parent. En se basant sur les variations toniques de son enfant, le parent va se réajuster corporellement mais également émotionnellement et chercher à identifier les besoins de son enfant pour y répondre. Le nourrisson, quant à lui, reçoit un état affectif du parent qu'il traduit au niveau de son état tonique. Il existe donc un réel échange entre le vécu corporel de l'un et de l'autre.

« Nous avons accordé une très grande importance aux positions de l'enfant et aux postures de la mère par rapport à son enfant ; elles sont à la base d'un dialogue préverbal dans lequel mère et enfant peuvent trouver la confirmation de leur rôle, de leur confort et de leur découverte. » (J. de Ajuriaguerra, 1988)

Le dialogue tonique se perfectionne au cours du développement : il est lié à la maturation neurologique du système nerveux central. Au début de sa vie, le nourrisson présente une ambivalence dans ses états toniques (hypotonie de satisfaction et hypertonie de besoin, d'insatisfaction).

La transmission du dialogue tonique se fait à différents niveaux :

- Au niveau tonique par le portage (sur le plan proprioceptif)

La fonction proprioceptive est assurée par un ensemble de capteurs sensoriels informant le cerveau de tous les mouvements que l'on fait. Ainsi, le portage apporte de nombreuses informations proprioceptives au bébé. La transmission du dialogue tonique peut donc se faire par le portage notamment lors de changements posturaux (à travers les ajustements qu'ils vont nécessiter), des bercements, des vibrations. Les appuis externes que l'on peut trouver peuvent également permettre au bébé d'orienter ses sensations dans l'espace et favoriser l'adaptation du tonus. Un ancrage et une stabilité des appuis peuvent soutenir un sentiment de sécurité : un bébé va parfois chercher des

points d'appui notamment au niveau des pieds mais également de la tête et du bassin pour se sentir contenu et pour s'apaiser.

- Au niveau sensoriel par le toucher (sur le plan proprioceptif)

Les soins du parent procurés à son enfant incluent des moments de contact souvent bienveillants et chaleureux. Les bébés peuvent être très sensibles à la qualité du toucher, cela peut modifier leur équilibre tonique : en effet, un toucher trop superficiel, incertain peut provoquer une augmentation du tonus. Un toucher au contraire profond favorisera la détente musculaire. Le portage et le contact sont la base de cet ajustement sensorio-tonique.

- Au niveau affectif par la parole

Le parent va s'identifier à son enfant et interpréter ses variations toniques en mettant des mots dessus : il permet ainsi au bébé de mettre du sens sur ses sensations et de transformer un vécu corporel en sentiment.

C'est ce que Wilfred Bion, psychiatre et psychanalyste britannique, appelle la fonction alpha. Il la définit comme un processus de mentalisation du monde extérieur permettant de « créer » de la pensée, de passer de l'expérience sensorielle, corporelle à la forme mentale, psychique de cette expérience. Cette fonction est primordiale mais n'est pas innée : chez le bébé, elle sera assurée dans un premier temps par une figure parentale que Bion va nommer « objet contenant ». Ce rôle est indispensable dans la construction de la capacité à penser du nourrisson : cela lui permettra de s'approprier la réalité extérieure et de l'utiliser pour construire son propre psychisme.

Le bébé reçoit ce que Bion appelle des éléments bêta qu'il définit comme des éléments bruts non intégrés, des impressions sensorielles non assimilables telles quelles par le psychisme. Ces éléments doivent être reconnus par l'objet contenant et vont transiter par son psychisme afin d'être transformés en éléments alpha qui sont des impressions sensorielles mises en image, en pensée ou en mots assimilées par la psyché. Ces éléments sont renvoyés au nourrisson : ils sont ainsi réutilisables et peuvent être appréhendés par le sujet. Cette transformation des éléments bêta en éléments alpha fait appel à la capacité de rêverie qui est la capacité de l'objet contenant à rêver autour de l'enfant en verbalisant ses impressions sans se laisser prendre dans la détresse de l'enfant. En prenant en charge la fonction alpha du nourrisson, l'objet contenant donne ainsi sens aux expériences corporelles du bébé : en mettant en mot des expériences brutes comme par exemple : « tu pleures parce que tu as faim ? ». En

intériorisant dans son propre psychisme les éléments bruts qu'elle reçoit du bébé et en lui renvoyant transformés, la figure parentale permet à l'enfant de renforcer sa capacité à penser et donc à tolérer la douleur et la frustration.

Les interactions entre mère et enfant peuvent être impactées par des difficultés de communication à travers le dialogue tonique si elles sont trop importantes ou prolongées. Il en va également du devenir tonique et psychique de l'enfant.

« Les troubles de la régulation tonique entre le nourrisson et sa mère peuvent constituer (...) des signes précoces de dysfonctionnements interactifs et d'altération du développement de la personnalité du bébé. » (Guillaumin J. B. et le Sage, B. ,1990, p19-25)

C) Relations spatiales

L'espace joue un rôle dans les relations entre humains. Le rapport au corps et à l'espace chez l'être humain est modulé par les différentes distances relationnelles entre les personnes et par les codes de la société. La composante culturelle entre également en jeu. Ainsi notre positionnement dans l'espace a une signification et va changer en fonction de notre intention dans la communication.

« La proxémie est l'étude de la perception et de l'usage de l'espace par l'homme (Hall, 1957). Elle porte sur l'ensemble du comportement façonné par la culture, plus particulièrement par les aspects de la culture qu'on considère le plus souvent comme évidents et qui fonctionnent selon un code secret et complexe qui n'est connu de personne mais compris par tous les membres d'une communauté (E. Sapir 1968) » (P.-L. Harvey, 1995, p40-41)

E.T Hall, anthropologue américain, introduit la notion de proxémie en 1957 et présente une démarche éthologique des circonstances de communication. A partir de l'étude du comportement des animaux, il dépeint une sorte de bulle entourant chaque individu : les variations de distance entre chaque individu participeraient à la régulation de leurs comportements.

Dans son livre « la dimensions cachée », E.T Hall expose sa théorie : la distance relationnelle change en fonction de l'intention. Il propose de les classer en quatre catégories avec pour chacune d'entre elles deux formes : proche et lointaine. Ces distances sont

susceptibles de varier en fonction des cultures mais également de la personnalité du sujet et des caractères de l'environnement.

1- La distance intime :

Cette distance est plutôt celle qu'on retrouve dans les relations amoureuses ou encore avec les enfants. Dans cette bulle, toute autre intrusion représente une menace éventuelle pour l'intégrité de l'individu et constitue une agression. Elle a un fort impact sur le système perceptif et met en jeu la vision, l'odorat et la sensorialité avec la perception de la chaleur du corps de l'autre, sa respiration, son rythme cardiaque ou encore son souffle.

- Forme proche : le contact entre les deux individus est imminent voire présent. On observe cette distance lors d'actes affectifs très intimes, d'actes sexuels mais également de combats. A cette distance, la vision peut être brouillée, elle n'est que morcelée. Les autres sens tels que l'olfaction ou la perception de la chaleur se dégagent du corps de l'autre sont fortement engagés dans la perception de l'autre. La voix en revanche ne joue pas un rôle majeur et d'autres processus de communication se mettent en place comme le dialogue tonique par exemple.
- Forme lointaine (15 à 40 cm) : c'est la distance du secret, des relations familiales et amoureuses. Le contact est toujours présent au niveau des mains notamment, mais son aspect sexuel est moins souligné. La pénétration de cette bulle par un étranger peut susciter de la gêne. La voix peut être employée mais se rapprochera plutôt d'un murmure.

2- La distance personnelle :

Elle peut être représentée par une bulle entourant un individu créant ainsi une zone sans contact.

- Forme proche (45-75 cm) : à cette distance, la vision est très nette et l'œil peut percevoir le visage de manière très détaillée.
- Forme lointaine (75-125 cm) : cette distance sépare deux individus d'un éloignement de la taille de leur bras : ils peuvent établir un contact avec ces derniers en les tendant. C'est donc la « limite de l'emprise physique » (E.T. Hall, 1994, p151). C'est la distance des conversations personnelles qui se font généralement à voix modérée. On ne perçoit pas la chaleur du corps de l'autre ni son odeur sauf si l'individu met du parfum créant ainsi une sorte de bulle olfactive.

3- La distance sociale :

C'est la distance des relations qui n'ont pas de connotations amicales ou intimes. Le contact n'est plus possible, à moins de réaliser un déplacement, et le visage est visible de manière beaucoup moins détaillée. L'intensité de la voix est normale.

- Forme proche (1,20 m-2,10 m) : la taille de la tête est correctement perçue et on peut voir l'intégralité du corps d'un individu. C'est la distance des concertations et des discussions professionnelles. A cette distance, le positionnement que l'on prend dans l'espace peut avoir une signification : par exemple une personne debout regardant une personne assise peut donner la sensation de domination.
- Forme lointaine (2,10 m-3,60 m) : cette distance est celle des relations professionnelles avec un aspect plus formel. La hiérarchie entre en jeu dans le placement des personnes dans l'espace. La perception du visage est beaucoup moins subtile. La voix est plus élevée. Cette distance est influencée par la culture et les différents codes sociaux.

4- La distance publique :

Elle implique des modifications sensorielles par rapport aux distances sociales et personnelles.

- Forme proche (3,6 m- 7,5 m) : dès 3,6 m, si la personne se sent menacée, elle peut avoir recours à des comportements de fuite ou de défense. On note une élaboration plus importante au niveau du langage avec une modification de la grammaire et de la syntaxe. La voix, quant à elle, est plus forte bien qu'elle ne parvienne pas à sa capacité maximale. Dès 4,8 m, on constate une perte de volume du corps : ses formes ne sont plus perceptibles. On ne peut également plus déterminer la couleur des yeux d'un individu. La tête paraît plus petite.
- Forme lointaine (7,5 m et plus) : les personnalités importantes telles que des politiques créent consciemment ou inconsciemment une distance de 9 m entre eux et les autres sujets : cette distance ne pourra être franchie que si le sujet y est invité. Les acteurs peuvent également entrer dans cette catégorie. Dans leur jeu, ils vont avoir tendance à augmenter le volume de leur voix, adopter une élocution plus lente et accentuer l'articulation des mots. Ils intensifient également ce qui touche à la communication non verbale comme leurs gestes, leurs expressions ou encore leur attitude.

D) Regard

Jacques Corraze (2001), agrégé de philosophie, docteur en médecine, docteur en lettres et sciences humaines illustre à travers de nombreuses études pourquoi le regard fait également partie des communications non-verbales. Il explique tout d'abord que l'orientation des yeux vers une personne témoigne d'une recherche d'informations. Le fait de fixer quelqu'un dans les yeux manifeste un désir de captiver son attention. Cela va augmenter la vigilance de la personne regardée.

Il propose deux significations affectives pour le regard :

- Le regard comme signal d'agression ou de dominance : il constate que lorsque quelqu'un d'inconnu nous fixe sans raison apparente, cela peut déclencher une gêne, un sentiment de honte qui va amener à l'évitement du regard. En effet, cela peut avoir un côté intrusif et mettre mal à l'aise. En fonction des circonstances, cela peut aussi générer de l'agressivité en réponse à cette intrusion par le regard. Il souligne également que la hiérarchie de dominance suit la fréquence de rupture du regard ; en effet plus la personne est située bas dans la hiérarchie, plus elle va avoir tendance à rompre l'échange visuel avec une personne située plus haut qu'elle dans cette même hiérarchie.
- Le regard comme signal d'attraction affective : J. Corraze observe que pendant les apprentissages, le regard peut avoir un effet de renforcement positif s'il est bienveillant. Dès le plus jeune âge, le nourrisson balaye le visage du parent pour chercher ses yeux. La mère, elle-aussi, va souvent chercher le contact visuel avec son bébé pour avoir un sentiment de proximité plus important. Le contact visuel renseigne sur le degré d'intimité qui unit deux personnes notamment dans le cadre de la sexualité. En effet, en s'appuyant sur des études, Corraze explique que lorsqu'on témoignait un intérêt particulier à une personne ou que celle-ci nous attirait, on pouvait observer une dilatation plus importante de la pupille.

2) Ethologie Equine

Le cheval est un mammifère herbivore de la famille des équidés. Il est nomade et non territorial : les ressources alimentaires pouvant s'épuiser, il doit donc se déplacer pour trouver nourriture et eau. En général, on compte un hectare par cheval pour qu'il puisse subsister sans complément. Le cheval est un animal grégaire et social qui vit en troupeau : il a besoin de l'autre pour vivre. La hiérarchie de ces troupes fonctionne avec un animal dominant et des animaux leaders. L'étalon est le principal leader, il n'a pas besoin de prouver qu'il est dominant dans son groupe et est incontestablement hors hiérarchie. C'est le reproducteur du harem, il a une fonction de surveillance du groupe et alerte de la présence d'un prédateur : il apporte la sécurité au harem. Il a également un rôle de rassembleur avec notamment le comportement de herding où il se tient, avec le nez bas et la queue haute, en extension d'encolure et passe derrière les juments pour les regrouper. Un harem est en général constitué de 10 membres ou moins. Dans ce harem, il existe des leaders qui sont des chevaux connaissant le territoire et qui savent emmener le troupeau : il peut y avoir un leader pour les points d'eau, pour la nourriture, pour les coins d'ombre par exemple.

Le cheval est une proie : il utilise comme principal moyen de défense face à un prédateur la fuite : il est programmé pour galoper. S'il se sent en danger et coincé, il peut également utiliser la ruade ou les coups de sabots. Quand ils ont l'habitude de vivre ensemble, on retrouve en général peu d'attaques entre les chevaux, mais si la hiérarchie n'est pas respectée, les plus faibles peuvent se faire attaquer. On peut également retrouver des attaques dans le cas de chevaux vivant en box et dont la hiérarchie n'est pas installée.

A) Le cheval, être sensori-moteur

a. **Systeme nerveux**

Paul D. Mac Lean, médecin et neurobiologiste américain, en s'inspirant de l'évolution du cerveau chez les animaux, décrit la structuration du système nerveux central humain avec 3 niveaux : le cerveau reptilien, le système limbique et le néocortex. J.C Barrey (2000), éthologue français, s'inspire de ses travaux pour présenter les structures nerveuses du cheval sous forme de trois cerveaux.

- Le cerveau primitif, reptilien : c'est la structure la plus ancienne dans l'organisation cérébrale du cheval. Elle comporte le bulbe olfactif, le corps strié ainsi que le thalamus

qui vont récolter les messages sensitivo-sensoriels, mis à part l'odorat. Le cerveau reptilien est également constitué de l'hypothalamus qui gère les comportements primitifs et vitaux tels que se nourrir, dormir ou encore fuir un danger. Il gouverne également les premiers comportements de relation tels que la reconnaissance d'un congénère ou l'affirmation de soi.

- Le cerveau moyen, système limbique : rattaché à l'hypothalamus et aux voies sensitivo-sensorielles montant vers le néocortex, il permet la mémoire à long terme, les apprentissages ainsi que les émotions et affects en lien avec les fonctions du cerveau reptilien. Il fait apparaître les caractères parentaux, sociaux ainsi que le jeu. Il comprend également les circuits de récompense et de punition rattachés à la région amygdalienne et en lien avec l'hippocampe. Ce dernier compare les informations passées et présentes favorisant ainsi les apprentissages et organisant les comportements.
- Le cerveau supérieur, néocortex : Il comprend six couches de cellules. Les trois premières sont très peu développées chez le cheval : ce sont les aires associatives permettant la pensée logique chez l'Homme. La quatrième couche est chargée des représentations sensorielles quant à la cinquième, elle gouverne la coordination et la motricité volontaire. Ces couches sont très présentes chez le cheval ce qui fait de lui un être sensorimoteur. Enfin, la sixième couche assure une gestualité adéquate.

La communication entre ces trois cerveaux favorise des comportements adaptés. Ainsi les circuits entre le cerveau reptilien et le système limbique permettent d'amener une tonalité affective aux comportements vitaux du cerveau reptilien ce qui orientera les choix et la manière d'agir. Le néocortex, lui, contrôlera la décision finale.

b. Sensorialité

La sensorialité du cheval empreinte les mêmes sens que l'Homme mais, sur certains points, est plus développée. Elle permet à l'animal de collecter des informations provenant de l'environnement pour, par exemple, détecter la présence de prédateurs, de nourriture ou d'autres membres du troupeau. Ces fonctions sensorielles produisent de manière importante de l'excitation endogène pour amener la recherche de situations favorables à certains comportements.

- Le tact : Le cheval possède des récepteurs de pression particulièrement au niveau du sabot pour permettre une adaptation aux différents sols. Les vibrisses ainsi que les poils

présents sur son nez lui permettent de trier et différencier ses aliments et, à l'aide de l'odorat, de le prévenir en cas de plantes toxiques pour lui. Il présente également une sensibilité à la chaleur, au froid et à la douleur. Le toucher assure donc en partie la survie et les besoins du cheval.

- Le goût : les chevaux discernent le sucré (qu'ils apprécient particulièrement), l'amer, l'acide et le salé. Ce sens leur permet également d'éviter d'ingérer des aliments non comestibles.
- L'olfaction : c'est le sens le plus développé chez le cheval. Il joue un rôle à la fois d'alerte et d'identification. Il peut emprunter deux voies neurologiques distinctes :
 - L'épithélium olfactif : situé dans le plafond de la cavité nasale, il va permettre la perception des odeurs du monde extérieur (aliments, prédateurs, autres espèces,..)
 - L'organe de Jacobson : situé sur le plancher de la cavité nasale, il va analyser l'air ambiant et va fixer les odeurs pour les analyser notamment grâce au "flehmen" (mouvement de retroussement de la lèvre supérieure). Le cheval capte ainsi les phéromones de ses congénères : il peut savoir s'il s'agit d'un mâle ou d'une femelle, d'un jeune ou d'un adulte, l'état actuel du cheval... Cela va donc influencer sa manière de se comporter. L'olfaction a donc un rôle, à proximité ou à distance dans la communication.

Le cheval ne pouvant pas voir ce qui se situe sous son bout du nez, il se fie également à l'odeur des plantes pour savoir ce qu'il mange.

- L'audition : le cheval perçoit les sons sur un intervalle de 20 Hertz jusqu'à 2500 Hertz (ultrason que l'Homme ne peut percevoir). Ses oreilles sont très mobiles et peuvent pivoter dans la direction de l'origine du son de manière indépendante l'une de l'autre. L'ouïe est donc un sens d'alerte pour le cheval.
- La vision : le cheval va souvent sentir ce qu'il voit afin d'associer la vision aux autres sens. Ses yeux de forme ovoïde lui permettent de voir de près avec plutôt le bas de l'œil tout en gardant un œil sur l'horizon avec le haut de son œil. Du fait de sa vision binoculaire latérale, il perçoit le relief dans une petite zone de sa vision et, pour le compenser, va bouger sa tête, son cristallin ne pouvant accommoder. Il discerne d'ailleurs beaucoup mieux les objets en mouvement que les objets fixes.

Toutes ces informations extéroceptives couplées aux informations intéroceptives (viscérales, émotives,...) vont permettre au cheval d'avoir une sensibilité globale nommée cénesthésie ouvrant la voie de la communication avec son cavalier.

c. Espace

L'espace du cheval est très différent de celui de l'Homme. En effet, le cheval prend conscience de son espace à travers son activité perceptive et motrice : il doit vivre l'espace avec son corps, en se déplaçant pour en connaître les limites. Il doit agir pour structurer son espace. Son fonctionnement est égocentrique : le cheval situe les objets par rapport à la position de son propre corps dans l'espace. N'ayant pas accès à l'imaginaire, il n'a donc pas de capacités d'anticipation sur des choses qu'il n'a pas déjà ressenties dans son propre corps et ne peut se représenter l'espace. En agissant dans cet espace, il va pouvoir définir une représentation du monde extérieur en la construisant de proche en proche.

J.C Barrey (2000) propose 4 types d'espace chez le cheval :

- Espace proche : cet espace met en jeu le toucher et l'odorat. La sensorialité est la manière la plus efficace d'entrer en contact avec l'extérieur pour le poulain. La réception de ces informations sensorimotrices va lui permettre de délimiter la surface de son corps et ainsi de différencier le Moi et le Non-Moi. Pour éviter de se blesser, le poulain développe autour de lui une zone de protection qui épouse sa forme nommée espace dynamique virtuel. Cette bulle dynamique varie en fonction du caractère du cheval (par exemple un cheval qui mord beaucoup a souvent un espace dynamique virtuel étendu à l'avant).
- Espace interindividuel : cet espace est favorable aux relations : il implique plusieurs individus ayant un motif pour entrer en relation. Les sens qui prédominent sont le toucher ainsi que l'olfaction : la distance séparant les deux individus doit permettre le contact entre ces derniers. Un autre moyen d'entrer en relation est l'odorat par le biais d'un pont olfactif reliant les deux individus par un dialogue tactile indirect. La distance séparant les deux chevaux peut varier en fonction de l'intérêt qui est porté à l'entrée en relation. Cet espace peut se mêler à l'espace dynamique virtuel lorsque les deux chevaux entrent en contact direct notamment.
- Espace social : lorsque les espaces dynamiques virtuels sont assez éloignés pour ne plus être en contact, on ne parle plus d'espace interindividuel mais d'espace social. Alors que la communication se faisait majoritairement via le toucher et l'odorat pour l'espace

interindividuel, on retrouve dans l'espace social une dominance audiovisuelle : les chevaux font en sorte de toujours pouvoir se voir les uns les autres. Si l'un d'entre eux n'est plus visible, cela génère des comportements d'appel tels que le hennissement et peut provoquer une certaine anxiété. La répartition de l'espace dans le troupeau se fait de manière à ce que les bulles de chacun s'imbriquent entre elles dans le respect de la hiérarchie : la modification d'une des bulles entraîne une réorganisation de l'espace du troupeau. La distance entre les chevaux et la taille de la bulle d'un même individu peut varier en fonction du milieu. Par exemple, dans un champ avec des herbes hautes, le troupeau va plutôt être rapproché afin que chacun puisse voir les autres membres malgré les broussailles. En revanche, dans une grande plaine, les chevaux vont plutôt avoir tendance à s'espacer.

- Espace étranger : il représente l'espace en dehors du troupeau et comprend les dangers extérieurs. Dans un lieu nouveau, le cheval va enregistrer très rapidement les informations provenant du monde extérieur en s'y déplaçant.

B) La communication chez le cheval

Pour communiquer entre eux, les chevaux utilisent beaucoup leurs différents sens.

La communication visuelle, très importante, repose sur les changements de postures, d'attitudes corporelles. En effet, le positionnement des oreilles, des nasaux, de la queue, ainsi que la tonicité illustrent l'état émotionnel du cheval. Par exemple, des oreilles très mobiles ou droites tournées vers l'arrière (mouvements combinés avec des mouvements identiques des yeux) témoignent d'une certaine inquiétude de la part du cheval : cette attitude est souvent accompagnée par la queue qui se contracte et le rein qui se tend. En revanche, un ébrouement, associé à une position face à face, oreilles en avant, encolure horizontale et tête dans le prolongement, est plutôt une position d'exploration favorisant l'établissement d'un contact. Dans le cadre hiérarchique du troupeau, l'individu dominant émet des signaux de menaces discrets, essentiellement posturaux, qui suffisent à affirmer sa place sans passage à l'acte. La capacité de lecture de ces signaux corporels est très fine. L'exemple qui l'illustre très bien est le cheval Clever Hans. Ce cheval allemand était capable, devant un public époustoufflé, de réaliser des opérations mathématiques simples en tapant du pied le bon résultat de l'opération qui lui était énoncée. Des scientifiques se sont rendus compte qu'en retirant le public il en était cependant incapable. Ils ont donc supposé que Clever arrivait à percevoir si précisément

l'attitude des spectateurs que le moindre changement postural, la moindre contraction ou décontraction lui permettait de savoir lorsqu'il était arrivé au bon résultat et il s'arrêtait alors de taper du pied.

La communication tactile se fait beaucoup via le « grooming » consistant en une séance de pansage mutuel entre deux chevaux. Cette pratique est très fréquente et permet, en plus de se faire gratter le dos, de renforcer les liens sociaux entre les chevaux et de réduire le stress. Les chevaux ayant un lien particulier vont également établir d'autres types de contact tels que le chanfrein contre la croupe ou le flanc de l'autre, la tête sur la croupe... Ces comportements amicaux se font dans le respect de la hiérarchie. Le toucher fait également lien entre les chevaux lors de jeux ou de combats (morsures, ruades,...).

La communication sonore est surtout utilisée lorsque les chevaux sont à distance et peut se décomposer en 7 types d'émissions sonores :

- Le hennissement : il est propre à chaque cheval. Ses variations dans son intensité, son amplitude, sa tonalité témoignent de comportements différents : par exemple des hennissements graves, courts, répétés peuvent manifester de la peur tandis que des hennissements aigus, courts, souvent uniques peuvent traduire de la joie.
- L'appel de contact : il correspond à un frémissement des naseaux sourd et modulé en gardant la bouche fermée.
- Le couinement : il correspond aux situations de danger et de combat. Il est réalisé la bouche fermée avec les commissures des lèvres retroussées et produit un bruit aigu et bref.
- Le ronflement : infrasonore court et répété, il peut témoigner d'inquiétude individuelle transmise aux autres chevaux et cavaliers. Il ressemble au bruit du ronflement humain.
- L'ébrouement : il permet l'évacuation importante d'air via les naseaux suite à une irritation ou encore lors de la reprise d'activité.
- Le souffle : il correspond à une expulsion d'air importante brève par les naseaux et traduit un signal d'alerte lorsqu'il est associé à une posture de vigilance.
- Le gémissement : il peut témoigner de douleurs ou de difficultés respiratoires

La communication olfactive est celle qui est majoritairement utilisée chez le cheval. Elle permet notamment la reconnaissance des congénères par l'odeur grâce au rituel naso-nasal par exemple : un cheval va tendre son encolure et son bout du nez pour inviter son congénère à faire de même et établir ainsi un pont olfactif entre eux ; ils vont pouvoir se sentir longuement et partager un espace commun. Le flehmen va également être une manière de percevoir l'état émotionnel de l'autre grâce aux phéromones produites par le corps : par exemple, l'étalon pourra déterminer si une jument est en chaleur. L'odeur est également un moyen de témoigner de sa présence.

Les émotions sont également très communicatives ; le cheval a la faculté de percevoir les états émotionnels de l'autre : c'est ce qu'on appelle l'isoesthésie. On peut le constater par exemple lorsqu'un cheval prend peur, les autres chevaux manifestent immédiatement une inquiétude. A l'inverse, le calme olympien d'un cheval d'école se transmet au poulain qui l'accompagne. Un tel synchronisme suppose une forme de communication.

3) Cheval et psychomotricité

A) Historique du lien entre le cheval et l'Homme

Les chevaux accompagnent l'Homme depuis des millénaires : on retrouve des traces de ces derniers dans les grottes préhistoriques. Ils vont être domestiqués en 4800 av JC tout d'abord pour leur viande. Puis l'Homme va prendre conscience des capacités physiques du cheval, sa force, son agilité, sa rapidité et va l'utiliser pour ses déplacements ou encore comme moyen de traction ou pour porter des charges. L'homme gagne ainsi en mobilité notamment avec l'arrivée de la roue en 2000 av JC et la création des chars. Le cheval devient alors le véhicule de la conquête de la terre par l'homme et favorise la multiplication des échanges culturels et commerciaux.

Le cheval va alors accompagner l'homme dans ses diverses activités : dans le travail de la terre et l'agriculture, dans les guerres (la cavalerie), comme moyen de transport (l'attelage) mais également pour la chasse. La mécanisation et l'arrivée du moteur à combustion vont bousculer la place du cheval dans notre quotidien. On le retrouve aujourd'hui plutôt dans les domaines du loisir avec les courses, les promenades, le spectacle, le sport ou encore le bien-être. Le cheval est également utilisé à des fins alimentaires. L'élevage pour la consommation de viande équine va permettre la sauvegarde de certaines races comme notamment les chevaux de traits qui ne sont plus utilisés dans le travail de la terre.

Depuis quelques années, une autre approche du cheval est apparue, plus dans le respect de celui-ci. Le commerce de chevaux a laissé place à une liaison sentimentale avec eux, pleine de tendresse. On retrouve notamment des cavaliers privilégiant la relation à l'animal à la compétition, une pédagogie d'enseignement plus ludique ou encore des propriétaires à la recherche d'un compagnon. L'usage du cheval s'ouvre à de nouveaux horizons, comme venir en aide aux humains en difficulté et devient également un outil thérapeutique.

B) Thérapie avec le cheval

Le terme général de médiation équine ainsi que sa définition, qui ne fait d'ailleurs pas l'unanimité, est choisi par la Fédération Française d'Équitation (FFE) et le Syndicat Interprofessionnel des Praticiens de la Médiation Équine (SIPME) en 2019 seulement.

Les vertus thérapeutiques que peut avoir le cheval sont appréciées depuis l'Antiquité. En effet, en Grèce, le cheval représentait un symbole de noblesse et de force physique. La monte à cheval était alors conseillée pour se maintenir en bonne santé mais également pour aider l'évolution de certaines maladies. Xénophon, historien et philosophe grec, disciple de Socrate au Vème siècle avant JC, disait : « *Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps, mais aussi pour l'esprit et pour le cœur* » Hippocrate mentionnait également ces qualités en recommandant la pratique aux personnes ne présentant pas de risques éventuels à cette dernière. En faisant pratiquer la monte à des blessés de guerre, il put constater qu'elle permettait d'éviter une perte du tonus musculaire.

Mise de côté pendant le Moyen-Âge, cette technique refait surface durant la Renaissance dans un ouvrage de Girolamo Mercuriale « *De l'importance de l'équitation dans la médecine ancienne et moderne* ». Dans son Encyclopédie, Diderot évoque les multiples bénéfices de l'équitation assurant qu'elle peut avoir un rôle de prévention voire de guérison pour certaines maladies. En effet, il note qu'« *à chaque époque on a reconnu que les exercices corporels étaient le moyen le plus sûr et le plus efficace de maintenir en bon état une santé chancelante...mais si les exercices présentent en général tous ces avantages, c'est bien l'équitation qui occupe la première place. Par son entremise, non seulement on peut soigner un grand nombre de maladies, mais on peut aussi les prévenir avant qu'elles ne se déclarent* ».

Elsa Bodiker, kinésithérapeute norvégienne, est l'une des premières à proposer une rééducation par l'équitation. Cette pratique devient notamment connue du grand public en 1952 avec le cas de Liz Hartel, une patiente atteinte de paralysie après avoir contracté la poliomyélite (maladie virale qui atteint le système nerveux provoquant des séquelles irréversibles au niveau moteur et locomoteur). Dans le cadre de sa prise en charge, Liz Hartel a pu bénéficier de cette nouvelle forme de rééducation et décrocha par la suite une médaille d'argent en dressage aux Jeux Olympiques d'Helsinki de 1952. C'est ainsi que naît tout d'abord l'hippothérapie, plus axée sur des soins pour des troubles moteurs en utilisant le côté biomécanique du cheval.

L'utilisation du cheval dans les soins va peu à peu se développer en Europe et arrive en France avec la création en 1968 du Comité d'Etude et d'Action pour la Rééducation par l'Équitation par M. Hubert Lallery, kinésithérapeute et Mme Renée de Lubersac, psychomotricienne et monitrice d'équitation. Ils écrivent ensemble le livre "Rééducation par l'équitation" (1973). Elle crée ensuite en 1969 l'Association Nationale De Rééducation par l'Équitation (A.N.D.R.E.) En 1986, suite à des groupes de réflexion à l'initiative de Mme de Lubersac, la Fédération Nationale des Thérapies Avec le Cheval (FENTAC) est créée : elle rassemble les différents professionnels de formation diverses (paramédicales et médico-sociales). La rééducation par l'équitation est alors redéfinie et une nouvelle appellation est choisie : Thérapie avec le cheval.

La thérapie avec le cheval est une thérapie psychocorporelle où la médiation entre le thérapeute et le patient est assurée par le cheval. Elle peut se faire avec tous types de population. Elle permet aux patients d'expérimenter des vécus psycho-corporels, tonico-émotionnels et relationnels. Le patient peut ainsi voir l'impact qu'ont ses comportements, ses postures sur le cheval, animal vivant, être à l'écoute des réactions du cheval et s'ajuster à ce dernier. Elle peut passer tant par le travail à pied que par la monte à cheval.

II. Partie clinique

1) Présentation du lieu de stage

En 1956, Janine Lévy, kinésithérapeute, crée la première consultation de dépistage et de traitement précoce pour bébé en situation de handicap. A cette époque, rien n'était proposé pour la prise en charge, le dépistage et le traitement des enfants de moins de 6 ans en situation de handicap et la Sécurité Sociale ne prenait rien en charge. Soutenue par l'association « Entraide Universitaire », Janine Lévy et ses collaborateurs prennent en charge ces enfants de manière officieuse. En 1971, les Centre Médico-Psycho-Pédagogique sont créés et reconnus par la Sécurité Sociale. Ils inspireront en 1976 la loi à l'origine de la création des CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) :

Le décret n°76-389 du 15 avril 1976 crée une annexe bis au décret du 9 mars 1956.

Article 1^{er} :

« Les centres d'action médico-sociale ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

Ces centres exercent aussi, soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant.

Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnels d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, en tant que de besoin, d'autres techniciens. »

Aujourd'hui, il existe 360 CAMSP dans toute la France. Ils ont pour objet le dépistage et la rééducation des enfants de la naissance à leur 6 ans, ainsi que la prévention notamment pour les enfants prématurés. Les soins comprennent également l'accompagnement des familles dans l'éveil et la socialisation de leurs enfants. Le CAMSP peut être un centre de ressources pour certaines familles et professionnels : ils peuvent y trouver des réponses à leurs éventuelles questions, une évaluation ou une réorientation vers un lieu plus adapté peuvent également leur être proposées.

Le CAMSP est financé par dotation globale par la Sécurité Sociale (80%) et par le Conseil Départemental (20%). Il est sous contrôle de l'ARS (Agence Régionale de santé).

CAMSP des Tulipes :

C'est un CAMSP polyvalent qui possède un projet d'établissement commun à deux autres CAMSP du département. Il est prévu pour accueillir 80 enfants âgés de 0 à 6 ans présentant un retard de développement, des difficultés de comportement ou un handicap (moteur, mental ou sensoriel).

Le chef de service de la structure reçoit toutes les demandes d'admission au CAMSP. Les parents font la demande du premier rendez-vous lors d'un entretien téléphonique qui permet de savoir si l'établissement répond aux besoins de l'enfant, auquel cas un premier entretien est proposé, à la suite de la Commission d'Admission. Le chef de service ainsi qu'un médecin référent accueillent l'enfant avec sa famille. Cette consultation permet de préciser l'indication et les modalités d'un suivi au CAMSP ou d'orienter l'enfant vers une structure plus adaptée à son âge et ses difficultés. Les enfants peuvent être adressés au CAMSP par les hôpitaux de la région notamment en ce qui concerne les enfants nés prématurément. Il s'agit de recevoir ponctuellement les enfants et leur famille afin d'assurer un acte de suivi et de prévention. Ces consultations permettent l'élaboration du projet de soins. Deux types d'accompagnement sont possibles :

- Des consultations espacées, associées ou non à des soins extérieurs ou ponctuels au CAMSP, s'inscrivant dans le cadre de la prévention et du dépistage précoce.
- Un suivi régulier, en accord avec la caisse de la Sécurité Sociale de l'enfant. L'ensemble des soins s'effectuent alors au CAMSP et parfois en collaboration avec des services extérieurs ou des professionnels libéraux.

Le CAMSP des Tulipes est composé d'une équipe pluridisciplinaire avec :

- Des intervenants médicaux : pédopsychiatre, médecin de rééducation fonctionnelle et médecin généraliste,
- Des intervenants paramédicaux : deux orthophonistes, une puéricultrice, trois psychomotriciens, une kinésithérapeute,
- Une assistante de service social,
- Deux psychologues,
- Une éducatrice de jeunes enfants.
- Des secrétaires médico-sociales
- Une chef de service et un directeur médical
- Un agent d'entretien
- Une directrice pour les 3 CAMSP

La structure propose un suivi individualisé pour chaque enfant. Le projet thérapeutique se définit au cours des premiers entretiens. Un temps d'évaluation est également nécessaire pour mettre en place le projet individualisé du patient. Les priorités de soins pour l'enfant et l'accompagnement de sa famille sont réfléchies en équipe : il est défini par quels spécialistes il sera suivi, à quelle fréquence, s'il bénéficie plutôt d'une prise en charge individuelle ou en groupe. Cet emploi du temps est défini en accord avec la famille, en collaboration avec l'environnement de l'enfant (halte-garderie, école, crèche) et en prenant en compte les autres prises en charge (en libéral par exemple). Toutefois, il reste modulable, le projet de soin étant réévalué et ajusté en fonction des évolutions et besoins de l'enfant, notamment lors d'une réunion de synthèse ayant lieu une fois par an.

Le CAMSP s'organise en différentes salles : des salles réservées aux soignants avec une salle de réunion ainsi qu'une cuisine, espace de repos et de restauration. La structure est également composée d'une salle de psychomotricité, une salle de kinésithérapie, une salle de balnéothérapie, une salle d'orthophonie, deux salles de consultation médicale, un jardin d'enfants, le bureau de l'assistante sociale ainsi que le bureau des psychologues, le bureau du chef de service ainsi qu'un secrétariat.

La prise en charge au CAMSP se fait jusqu'aux 6 ans de l'enfant. L'orientation après le CAMSP est réfléchi de façon anticipée avec la famille et l'équipe soignante. Différentes possibilités se présentent alors :

- L'arrêt des soins : le médecin référent peut décider de l'arrêt des soins s'il estime que l'enfant n'a plus besoin de suivi. Parfois la prise en charge peut se poursuivre en libéral
- La continuité des soins en consultation au-delà de 6 ans : si l'enfant présente des difficultés psychiques ou psycho-affectives nécessitant une suite des soins, des CMP (Centre Médico-Psychologique) ou des CMPP (Centre Médico-Psychopédagogique) peuvent prendre le relais.
- Un Service de Soins Spécialisé à Domicile (SESSAD) : ce service effectue un suivi sur les lieux de vie de l'enfant
- Un établissement : des institutions telles que des IME (Institut Médico Educatif), des ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique) ou encore des hôpitaux de jours peuvent accueillir l'enfant à temps partiel ou complet avec un projet plus global et éducatif.

Les familles seront accompagnées lors de cette orientation par le médecin référent de l'enfant ainsi que l'assistante sociale du centre.

Les soins se déroulent dans les locaux du CAMSP en cure ambulatoire. La puéricultrice ainsi que l'assistante sociale peuvent se déplacer à domicile en cas de besoin. Dans certains cas, les séances peuvent se dérouler à l'extérieur comme dans un centre équestre ou une piscine municipale.

2) Présentation du groupe « poney »

Le groupe poney est un groupe fermé composé de trois enfants : trois petites filles de trois, quatre et cinq ans. Ce groupe est encadré par deux professionnelles du CAMSP, une psychomotricienne et une psychologue, une stagiaire psychomotricienne ainsi que le moniteur du centre équestre ; les parents ne sont pas présents pendant la séance. Ce groupe a été créé à l'origine car la médiation par le cheval a la faculté de mettre en jeu à la fois la question du corps et de la relation à l'autre.

Le centre équestre dans lequel le groupe se déroule est un grand domaine de 40 hectares d'espaces naturels composés de bois et de prés. Il présente de nombreuses installations telles qu'une grande carrière couverte aux larges ouvertures donnant à la fois sur les bois et les prés, de grandes écuries où les poneys nous attendent à l'attache et où se fait le temps de préparation, une sellerie à l'intérieur des écuries comportant tout le matériel comme les selles, les tapis, les rênes et les brosses. Il y a également de nombreux sentiers équestres traversant le domaine et pouvant être empruntés lors de promenades.

La prise en charge commence par un temps de transport du CAMSP jusqu'au centre équestre, temps dédié à l'échange avec nous et entre les enfants.

En arrivant au centre équestre, chaque enfant va saluer son poney qui se trouve attaché dans l'écurie et peut ensuite le préparer pour la séance, le brosser et le seller accompagné d'un adulte. Les enfants retrouvent le même poney chaque semaine. L'objectif de ce temps de préparation est l'autonomie de l'enfant dans les actes et la prise d'initiative mais également la création de la relation avec l'animal. Ce temps est également l'occasion de découvertes polysensorielles, de prendre le temps de caresser l'animal, de sentir, toucher, voir, découvrir l'environnement du poney (la paille, les crottins, les autres animaux qui l'entourent). Cela permet aussi une revalorisation et individualisation de l'enfant à qui le poney est « confié », en sachant qu'il sera accompagné d'un adulte dans cette prise en soin.

Une fois ce temps de préparation fini, les enfants amènent leur poney dans le manège où ils peuvent monter à cheval : cela n'est pas une obligation, ils peuvent cependant rester à pied s'ils le désirent. La séance peut alors se faire dans le manège avec différents ateliers tels que des slaloms, des exercices de maniabilité ou encore de préhension. Des temps de groupe avec un échauffement corporel sont également proposés : à l'arrêt, l'enfant doit toucher les différentes

parties de son corps (tête, ventre, dos, pieds, oreilles, ...) aidé par un adulte s'il a des difficultés, puis les parties du corps de son poney (oreilles, ventre, crinière, croupe, queue, ...). Durant ces différents exercices, les axes de travail qui peuvent être travaillés sont l'ajustement tonique postural ainsi que l'équilibre sur le poney mais également l'intégration des repères spatiaux temporels : le lieu, l'ordre des activités, le corps du poney, ou encore son propre corps par rapport à celui du poney. Enfin, l'enfant peut réaliser différents exercices suscitant un ajustement postural tels que se coucher sur l'encolure, se coucher sur le dos du poney ou encore faire le tour de la selle de son poney. Cela peut permettre à l'enfant un temps régressif et de détente avec la sensation de portage du poney ou encore de bercement. Il peut également être proposé aux enfants de partir en promenade dans la forêt ou dans les champs, l'occasion pour eux de découvrir leur poney dans un autre environnement : les différents sens sont alors en éveil que ce soit par les différentes odeurs de la nature, les différents bruits qu'ils peuvent entendre (animaux, voitures, bruits des pas sur les feuilles) ou encore les différents éléments de la nature qu'ils peuvent voir.

Après le retour aux écuries, les enfants s'occupent de leur poney avant de leur dire au revoir et de retourner au CAMSP.

3) Cas clinique de Rania

A) Eléments biographiques et parcours de soins

a. **Présentation**

Rania est une petite fille qui a eu 4 ans en mars 2022. Elle présente un retard de langage important la rendant par moment difficilement intelligible dans la communication verbale. Elle fait néanmoins des progrès sur ce plan-là. C'est une petite fille avec de long cheveux noirs bouclés et épais et de grands yeux clairs avec de longs cils. C'est une enfant avec un visage très expressif. Lors de notre première rencontre je remarque une petite fille très active et dans un mouvement perpétuel. Elle peut parfois paraître peu en relation et prête difficilement attention à l'autre lorsqu'elle est concentrée sur quelque chose. Les moments d'instabilité motrice, d'agitation, de dispersion restent fréquents. Elle présente une bonne motricité globale bien qu'il persiste une précipitation et parfois des mises en danger.

b. **Parcours de soins**

A 6 mois, le premier épisode convulsif survient : il est décrit par son père comme étant survenu pendant son sommeil avec une crispation des mains, les poings serrés et des mouvements saccadés. Cet épisode dure moins d'une minute puis Rania se rendort. Suite à cet évènement, Rania est hospitalisée dans un centre hospitalier. Elle refait des épisodes convulsifs avec une perte de contact et des phases tonico-cloniques des quatre membres. Il lui est alors administré un traitement par Micropakine qui s'est montré efficace : elle n'a pas convulsé depuis. En revanche, son père signale au quotidien des absences de quelques secondes avec fixité du regard, absences également constatées lors des consultations. Quelques épisodes d'épistaxis (saignement de nez) ont également été constatés. Une épilepsie a été diagnostiquée. Il s'agit d'une maladie chronique caractérisée par la répétition de crises d'épilepsie qui sont dues à une activité paroxystique et rapide d'une population plus ou moins étendue de neurones. Dans le cas de Rania, cette épilepsie est une épilepsie idiopathique, c'est à dire indépendante de toutes lésions, d'origine génétique due à une mutation des gènes. Le dernier EEG (Electro-Encéphalogramme) réalisé en mai 2021 ne présente aucune anomalie épileptique. Un bilan systématique de l'audition a également été fait et il ne présente aucune anomalie. Le neuropédiatre évoque la présence d'un syndrome dyskinétique, syndrome entraînant une rigidité diffuse créant des mouvements involontaires qui parasitent la motricité volontaire

rendant ainsi l'exécution de mouvements difficile. Elle n'a cependant pas de syndrome pyramidal ni de syndrome cérébelleux.

Une demande de prise en charge en CAMSP est adressée par le neuropédiatre du Centre Hospitalier du département la suivant dans le cadre de son épilepsie pour accompagnement du développement psychomoteur. Lors de la première consultation au CAMSP, il a été proposé un suivi conjoint par la puéricultrice et la psychomotricienne. Suite à ce suivi et une discussion en équipe, Rania est désormais suivie en orthophonie individuellement une fois par semaine, en psychomotricité individuellement deux fois par mois et participe au groupe poney encadré par la psychomotricienne et la psychologue. Rania présente un strabisme intermittent en cours d'exploration : elle a des lunettes mais ne les porte pas quand elle vient au CAMSP, elle a des difficultés à les accepter.

c. Environnement

Rania est le premier enfant du couple. Une petite sœur est née en juillet 2020. Les parents sont cousins issus de germains : le grand-père paternel est le frère de la grand-mère maternelle. Son papa est né en France et sa maman est née en Algérie et est arrivée en France en 2017. A la maison, les deux langues, français et arabe, sont parlées. Rania est gardée par sa maman avec sa petite sœur. Elle voit régulièrement ses cousins du côté paternel.

Rania a fait son entrée en petite section de maternelle en septembre 2021 après avoir été en halte-garderie. Elle va à l'école tous les matins, accompagnée d'une AESH (Accompagnante des Elèves en Situation d'Handicap) 6h par semaine. D'après la maîtresse, Rania était très investie dans les activités en début d'année mais a perdu cette motivation. Il est difficile pour elle de faire une activité seule, elle se lasse très vite. Elle échange peu avec les autres élèves. Elle présente encore des difficultés à se repérer dans la classe et dans l'école. Lorsqu'elle est contrariée, elle peut se mettre à pleurer. Lors des regroupements "comptine", Rania fait les gestes avec les mains, tente de chanter mais reste bloquée par son retard de langage. En motricité, elle participe bien et procède par imitation des autres enfants.

La maîtresse en conclut que Rania n'arrive pas encore à trouver sa place d'élève dans la classe. Quelques apprentissages sont acquis mais ils restent encore fragiles.

B) Evaluation et observations psychomotrices

a. Anamnèse générale et psychomotrice

Le début de suivi de grossesse a été fait en Algérie et il s'est poursuivi en France à partir du 6ème mois. La grossesse s'est déroulée normalement, les échographies anténatales ne présentent aucune particularité. L'accouchement a été déclenché par rupture de la poche des eaux à 38 semaines d'aménorrhée. A la naissance, Rania pesait 2,650Kg, mesurait 46 cm et avait un score d'Apgar de 10/10 ce qui témoigne de bonnes capacités d'adaptation au milieu extérieur. Le retour à domicile se fait quatre jours après l'accouchement. La maman a allaité sa fille jusqu'au 20ème mois.

Concernant son développement neuromoteur, un retard a pu être constaté quant à certaines acquisitions : le sourire-réponse est acquis à deux mois et demi ; à quatre mois et demi, Rania tient sa tête et la soulève bien ainsi que ses épaules en décubitus dorsal. Elle peut attraper un objet qui lui est tendu. A onze mois, la tenue assise est encore instable (acquisition qui se fait vers 8 mois normalement), elle ne s'assoit pas seule et se déplace en roulant. A 18 mois, elle tient debout avec appui, peut faire quelques pas en étant tenue, s'assoit seule. Elle dit peu de mots mais pointe du doigt. Elle a bénéficié de dix séances de kinésithérapie à 21 mois. A 22 mois, la marche autonome est acquise ; on parle de retard dans l'acquisition de la marche lorsqu'elle se fait après 18 mois.

b. Bilan et observations psychomotrices

Lors de son arrivée au CAMSP en juillet 2021, un bilan d'accueil a été fait en présence d'une psychomotricienne et d'une puéricultrice.

Rania a pu montrer des aptitudes de mémorisation en acquérant des repères dans l'espace de la salle et en se rappelant des professionnels présents. Elle paraît plus intéressée par les différents objets de la salle que par les personnes mais laisse cependant entrer l'adulte dans son jeu. Elle possède des capacités d'imitation mais n'a pas encore accès au symbolisme. Elle peut pointer les éléments qu'elle souhaite avoir. Elle a tendance à s'enfermer dans des explorations assez répétitives et peut marquer sa frustration en se mettant les doigts dans le nez si on arrête son activité. Elle a tendance à jouer assez seule et l'attention conjointe est peu

présente. Elle réagit aux sollicitations de l'adulte avec un temps de latence. Ces différents éléments amènent à s'interroger sur ses capacités relationnelles et de compréhension. Elle est vigilante aux différentes actions de sa petite sœur mais a du mal à partager les jeux avec cette dernière et lui tire les jeux qu'elle a dans les mains.

Sur le plan du développement posturo moteur et locomoteur, elle a tenu sa tête à 4 mois, s'est assise à 11 mois et a acquis la marche à 22 mois ce qui témoigne d'un retard au niveau des acquisitions motrices. Dans ses déplacements, on peut noter une certaine agitation motrice ce qui contraste avec son attitude calme lorsqu'elle est assise et occupée à jouer. A table, elle est plus concentrée du fait de la contenance du dispositif. Elle présente une bonne organisation motrice avec cependant quelques précipitations. Elle peut monter l'escalier, courir, descendre le toboggan sur les fesses, enjambrer un obstacle de petite hauteur, sauter sur deux pieds sur place et en avant avec une faible impulsion. Elle sait faire du tricycle.

Sur le plan de la préhension et des coordinations bimanuelles et oculo-manuelles, elle utilise préférentiellement sa main gauche mais change encore de main. Le croisement de l'axe est effectué lorsque les cubes sont situés dans le champ opposé à la main d'action notamment. Elle est capable d'effectuer des encastresments simples et complexes en procédant par essais/erreurs. Elle peut faire une tour de cubes et enfiler des perles en bois. Rania présente de bonnes capacités de coordination bimanuelle notamment lors des transvasements et peut échanger le ballon de manière adressée en le faisant rouler par terre. Sa prise du crayon est palmaire. Elle fait des petites traces qu'elle superpose : elle peut faire une spirale ainsi que les rayons du soleil en imitation.

Sur le plan du schéma corporel, elle peut désigner les différentes parties de son corps en lien avec son âge en se regardant dans le miroir. Les yeux de la poupée l'intriguent et elle met ses doigts dedans.

Sur le plan de l'autonomie, elle participe activement à l'habillage/déshabillage : elle enlève seule ses chaussures, son manteau et remet son pantalon et sa couche. Le contrôle sphinctérien est acquis à la maison : elle demande à aller aux toilettes mais porte toujours des couches à l'école. Elle peut manger avec une fourchette seule. Elle présente encore des difficultés pour boire sans en renverser.

Sur le plan sensoriel, Rania peut être assez évitante pour ce qui est du contact avec les autres. Elle présente une sensibilité particulièrement importante au niveau de sa tête : les soins

à la maison tels que la coiffure ou le brossage de dents sont difficiles à gérer. Elle peut toucher le sable avec ses mains mais s'essuie régulièrement les mains. Elle porte peu les objets à sa bouche et réagit aux stimulations auditives. Au niveau visuel, elle a des lunettes qu'elle ne porte jamais.

Sur le plan du langage, elle peut dire quelques mots en arabe et en français, les deux langues sont parlées à la maison. Elle peut dire des mots isolés déformés mais appropriés à la situation.

En conclusion, Rania est une petite fille qui a pu montrer une évolution dans son développement en quelques mois particulièrement dans les activités constructives et cognitives. Suite à ces entretiens, l'équipe propose un bilan en orthophonie afin d'évaluer ses besoins. Un suivi en psychomotricité ponctuel permettra également de suivre son évolution et de soutenir son développement. C'est lors de ces dernières séances et devant les particularités relationnelles et sensorielles qui se confirment qu'est proposé le groupe poney et que les séances en psychomotricité deviennent bimensuelles.

Lorsque nous avons présenté le projet à ses parents, ils nous ont indiqué qu'elle se met en danger à l'extérieur et qu'elle n'a pas peur des chiens (ce qui présente un problème pour eux).

C) Suivi dans le cadre du groupe

Rania est arrivée plus tard dans le groupe (mi-novembre). Lors de sa séance d'essai, elle est allée directement au centre équestre avec sa maman et nous l'avons rejoint là-bas. Cela a été un moment difficile à gérer car elles sont arrivées trente minutes en avance. Le temps a été long pour Rania et elle s'est mise à courir dans le centre équestre notamment dans les prés des chevaux et dans les écuries. Il a donc été compliqué pour sa mère de la contenir en attendant que le groupe poney commence. Une fois le groupe débuté, nous avons pu constater une manière particulière chez Rania de rentrer en relation avec les animaux : en effet, elle met les mains dans la bouche de l'animal, chien comme cheval, met ses doigts dans les naseaux et les yeux des poneys. Elle est très intrusive avec les animaux et n'a pas l'air de saisir qu'elle peut leur faire mal. Nous avons attribué à Rania le poney Barny, un petit shetland alezan. Elle n'a pas l'air de lui porter une attention particulière et va de poneys en poneys sans vraiment saisir lequel lui est attribué. Lors du pansage, il faut que tout aille très vite car elle a tendance à se disperser et à courir partout. Une fois arrivée dans le manège, elle veut très vite monter à cheval : elle nous le fait comprendre en pointant la selle du doigt. A dos de poney, elle semble très à

l'aise voire trop : elle fait les différentes propositions du moniteur (toucher les oreilles du poney, la queue, faire le tour de la selle) sans manifester aucune peur ou appréhension.

Durant les séances qui suivent, les temps à pied sont assez difficiles à gérer. En arrivant, Rania se précipite sur le chien du centre équestre, le caresse en lui tirant les poils, met sa main dans sa bouche : malgré ce qu'on peut lui dire, elle n'a pas l'air de réaliser le danger. C'est assez similaire avec les poneys à qui elle tire les naseaux, peut arracher les poils : elle passe d'un poney à l'autre et ne prête pas d'attention particulière au sien. Elle ne semble pas être en relation avec Barny mais donne plus l'impression qu'elle le voit comme un objet qu'elle pourrait manipuler mais qui ne ressent rien. Il est très difficile pour elle de rester concentrée sur son poney et de s'en occuper : elle a tendance à se disperser et n'investit quasiment pas le temps de préparation. Il faut que ce temps soit rapide sans quoi elle peut s'enfuir sans s'inquiéter de savoir si on la suit ou pas. Elle peut être amenée à crier près des poneys si on l'empêche de faire ce qu'elle souhaite et a du mal à se contenir en leur présence. Dans le même temps, elle montre un intérêt pour le crottin des chevaux. Nous l'encourageons et l'accompagnons dans cet attrait en ramassant les crottins. Rania montre le besoin de maîtriser et faire seule. Cette activité demande par la suite d'être encadrée et limitée car cela devient envahissant pour Rania qui entreprend de nettoyer tous les crottins de l'écurie.

Par ailleurs, Rania montre une certaine agitation lors de la mise du casque et présente une sensibilité particulière au niveau de la tête : elle hurle lorsque nous approchons le casque de sa tête et au moment d'accrocher le casque au niveau de son cou. Le casque présentant des scratches à l'intérieur, nous avons d'abord pensé que ces cris étaient dus au fait que ses cheveux s'accrochaient à l'intérieur. Nous avons donc glissé un bonnet de bain en tissu sur ses cheveux afin de les protéger et d'éviter qu'ils s'accrochent ; cela a eu un effet apaisant pour Rania qui appréhende moins cette étape ; elle a d'ailleurs instauré un rituel au cours duquel elle apporte les casques aux autres enfants puis se dirige vers le moniteur pour qu'il le lui mette. En discutant avec sa mère, celle-ci nous a expliqué qu'à la maison, ils devaient être à deux pour laver et peigner la tête de Rania. Nous nous sommes posé la question quant à cette réaction : angoisse et/ou irritabilité ? Les séances suivantes ainsi que la discussion avec les parents vont nous orienter vers cette irritabilité, avec notamment une hypersensibilité au niveau de la tête.

A dos de poney, Rania est beaucoup plus calme. Elle sollicite très peu l'adulte mais se saisit bien des propositions qu'elle fait en général en imitation des autres enfants. Pour l'échauffement notamment, elle n'a pas l'air de comprendre les mouvements quand on lui

explique verbalement ou en lui montrant le mouvement en relation duelle mais lorsqu'on le fait en groupe, elle peut se servir des autres à cheval comme appui et reproduire les mouvements par imitation. Elle a très vite intégré la manière de faire avancer le poney et répète "tac-tac" pour accompagner et soutenir ses coups de talons. Elle comprend certains exercices concrets comme lancer le ballon dans le seau ou encore poser les tasses sur le piquet. En revanche, le slalom ou encore le jeu « un deux trois soleil » n'a pas l'air de faire sens pour elle. Elle présente de bonnes capacités de préhension et de coordinations oculo-manuelles qui sont notamment observées lorsqu'elle attrape les tasses pour les reposer sur l'autre piquet. Elle présente un bon maintien postural et de bonnes coordinations notamment lors de l'exercice de la toupie où il faut faire le tour de la selle sans tomber. Cela contraste avec le fait que par moment elle peut, sans raison apparente, totalement s'effondrer toniquement et se laisser tomber du poney sans chercher à se rattraper. Nous nous sommes alors demandé si elle cherchait la sensation de chute : plusieurs fois elle s'est laissé tomber jusqu'à la chute et, une fois par terre, est restée quelques instants totalement inerte entre les jambes du poney sans bouger, nous en reparlerons plus loin.

Dans certains moments, notamment de tristesse ou de frustration, Rania peut rechercher et demander le portage de l'adulte : c'est quelque chose qui peut la calmer.

Rania peut présenter comme des absences à dos de poney, des moments où on ne la sent plus attentive à la situation ; cela se manifeste notamment par un regard dans le vide, aucune réaction face aux sollicitations. Le maintien de l'attention peut parfois être difficile notamment quand il y a un distracteur extérieur tel qu'un cheval et sa cavalière de l'autre côté du manège ou encore des bruits comme des oiseaux, un avion qui passe qui semble la happer ; il peut être difficile de récupérer l'attention de Rania dans ces moments.

Rania a une relation particulière avec les deux autres filles du groupe : elle cherche l'interaction avec elles en leur donnant la main, leur apportant les casques mais ne prend pas en compte ce qu'elles peuvent lui renvoyer comme le fait qu'elles ne puissent pas en avoir envie, c'est quelque chose qu'elle a l'air d'avoir du mal à saisir. Cela rappelle sa manière d'interagir avec les animaux avec qui elle recherche le contact sans prendre en compte leur ressenti. Elle ne manifeste pas d'empathie particulière vis-à-vis de l'autre. Elle a cependant remis un certain dynamisme dans le groupe et a permis de créer un lien entre elles trois.

Rania commence à se repérer dans l'espace et dans le temps du groupe. Elle va chercher les casques pour marquer le départ pour le manège et guide ensuite son poney à ce dernier. Une

fois rentrée, elle va chercher d'elle-même le tabouret pour monter sur Barny. Elle a cependant encore des difficultés avec le temps de fin de séance lorsque nous nous retrouvons dans les écuries pour desseller son poney. Elle a tendance à s'éparpiller sans trop s'occuper de ce dernier. Nous avons remarqué, qu'une fois le casque enlevé, il est plus facile pour elle de se recentrer, cela marque la fin du groupe pour elle. Elle suit ensuite les autres pour retourner à la voiture et marquer la fin de la séance.

4) Cas clinique de Baia

A) Eléments biographiques et parcours de soins

a. **Présentation**

Baia est une petite fille qui a eu 5 ans en mars 2022. C'est une ancienne grande prématurée née à 29 semaines d'aménorrhée. C'est une petite fille avec des cheveux noirs crépus souvent tressés en chignon parfois décoré de perles. Elle a des yeux foncés et ronds. Elle est assez fine et se tient dans une posture très rigide. Lors de notre première rencontre, je découvre une petite fille peu expressive et assez en retrait pouvant se montrer passive et qui prend peu d'initiative. Elle parle peu et paraît très timide et réservée. Il est parfois compliqué de savoir si elle n'a pas compris une question ou si elle ne répond pas de peur de se tromper : elle a alors tendance à répondre : « je ne sais pas. »

Elle présente une inhibition psychomotrice. L'inhibition est un processus physiologique caractérisé par le ralentissement ou l'arrêt temporaire d'une fonction (motrice, cognitive, physiologique, comportementale). Féline et Lépine définissent, en 1982, l'inhibition psychomotrice comme étant « *l'impossibilité active et temporaire de la réalisation prévisible, attendue et instrumentalement possible des actions physiologiques, mentales, verbales et motrices par lesquelles un sujet, pour s'adapter à une situation relationnelle et environnementale donnée, va chercher à résoudre ses tensions internes et à réaliser ses potentialités* ». Lorsqu'elle est présente de manière excessive, elle peut devenir pathologique. Elle peut se manifester à différents niveaux :

- Au niveau cognitif : l'inhibition psychomotrice peut se traduire par des capacités cognitives entravées, un déficit de l'attention comme mécanisme de défense contre l'anxiété, ce qui peut majorer les difficultés scolaires éventuelles. Chez Baia, la question de la compréhension s'est souvent posée pouvant laisser penser à un déficit cognitif.
- Au niveau affectif : On retrouve chez Baia un appauvrissement des mimiques, des réactions tonico-émotionnelles majorées (raideurs musculaires, faible intensité de la voix). On peut également retrouver une faible estime de soi ou/et une insécurité affective. Elle peut se montrer passive et prend peu d'initiatives.
- Au niveau de la communication : cela se manifeste chez Baia avec une réduction de la production verbale, une pauvreté des contacts interpersonnels (s'exprime peu si on ne la sollicite pas) ou encore un manque d'initiative.

- Au niveau moteur : la motricité peut être entravée à différents stades (initiation, exécution...). On peut retrouver une attitude empruntée et rigide, avec une lenteur de mouvement et une faiblesse dans la production motrice. On retrouve ces différents signes cliniques chez Baia : des réactions de prestance, réactions qui correspondent à l'expression posturale, mimique ou gestuelle de la gêne.

b. Parcours de soins

Suite à sa naissance prématurée, Baia a été hospitalisée pendant un mois et demi. Elle est sortie de l'hôpital avec la mise en place d'une hospitalisation à domicile, une puéricultrice qui passait deux fois par semaine. Elle a pu bénéficier de 20 séances de psychomotricité dans le cadre du réseau de la région. Baia a eu une sonde gastrique peu de temps et a accepté le biberon assez facilement. Elle a en revanche mis plus de temps à tolérer les morceaux dans son alimentation.

Elle a été adressée au CAMSP par la pédiatre de la néonatalogie devant un retard de développement et un retard de langage. Son suivi au CAMSP débute peu avant ses 3 ans en février 2020. L'année 2020-2021, elle a pu participer à un groupe d'expressivité corporelle animé par la psychomotricienne ainsi que la kinésithérapeute. Après une année de prise en charge en orthophonie individuelle, Baia participe désormais à un groupe nommé « les mots pour le dire » proposé par l'orthophoniste ainsi que l'éducatrice de jeunes enfants. Elle a également pu bénéficier d'un suivi individuel mensuel en psychomotricité avant de passer cette année à un suivi hebdomadaire. Elle fait également partie du groupe poney, groupe animé par sa psychomotricienne et une psychologue dans le cadre duquel je peux la suivre.

c. Environnement

Madame a fait plusieurs fausses couches avant cette grossesse. Elle se dit d'ailleurs toujours assez inquiète quant à la naissance prématurée de Baia et à son retard de développement bien qu'elle soit plus rassurée depuis sa prise en charge au CAMSP. C'est une maman très investie dans le suivi de sa fille et très observatrice sur l'évolution de Baia : elle nous rapporte de nombreux éléments qu'elle a pu observer et nous questionne quant aux comparaisons qu'elle peut faire avec les autres enfants du même âge. Elle cherche à la stimuler en prenant au pied de la lettre tous les commentaires que l'on peut faire suite aux séances : nous l'avons questionnée pour savoir si Baia amenait de l'imaginaire dans ses jeux à la maison, elle a alors acheté plusieurs figurines pour « travailler » sur cet axe-là à la maison. Le père intervient peu dans le suivi de sa fille au CAMSP : la maman nous rapporte qu'il n'ose pas

venir. Elle nous indique que Baia prend plus la parole à la maison, qu'elle peut parfois même s'opposer à elle. Elle peut partir jouer seule quand elles vont à la maison de quartier par exemple.

Baia est actuellement en moyenne section de maternelle. Elle rentre dans les apprentissages. Elle montre une grande motivation pour écrire son prénom mais manque encore de recrutement tonique pour tenir correctement son crayon. Elle commence à oser prendre la parole et à essayer d'exprimer ses pensées. Cependant, Baia donne l'impression qu'elle répond en fonction ce qu'elle pense qu'on a envie d'entendre d'elle plutôt que donner sa propre pensée. Sa maîtresse a également constaté que lorsqu'elle regardait Baia lors de parcours moteur notamment, cela l'inhibait. Baia a vu une psychologue scolaire qui a relevé un manque de confiance en elle : elle ne voit cependant pas la nécessité d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS) qui viendrait davantage inhiber Baia.

B) Evaluation et observations psychomotrices

a. Anamnèse générale et psychomotrice

Baia est née prématurément à 29 semaines d'aménorrhée. On considère qu'une naissance est prématurée lorsqu'elle survient avant 37 semaines d'aménorrhée. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a défini différents types de prématurités :

- La prématurité moyenne : elle survient entre le début de la 33ème et la fin de la 36ème semaine d'aménorrhée. La vie et l'intégrité neurologique de l'enfant ne sont pas menacées à condition qu'une prise en charge médicale adéquate soit mise en place.
- La grande prématurité : elle survient entre la 28ème et la fin de la 32ème semaine d'aménorrhée. Une prise en charge en soins intensifs ou en réanimation est souvent appliquée.
- La très grande prématurité : elle survient avant la 28ème semaine d'aménorrhée. Une prise en charge importante en réanimation s'impose. Il existe un enjeu vital, et le risque de séquelles neurologiques est élevé.

Baia est donc née avec une grande prématurité. L'accouchement a eu lieu dans un contexte de prééclampsie sévère. La prééclampsie est une maladie de la grossesse due à une hypertension artérielle et à la présence de protéines dans les urines. Elle est causée par un dysfonctionnement du placenta. Elle peut conduire au décès de la mère et de l'enfant. La

maman a eu une césarienne en urgence et a été transférée en réanimation, avant de retourner en maternité. Une IRM cérébrale a été effectuée et aucune anomalie n'a été constatée.

Concernant son développement psychomoteur, Baia a présenté un retard dans les acquisitions motrices comme le quatre-pattes, le retournement, la position assise ainsi que la marche qu'elle n'a acquise qu'à 21 mois. Lors de sa consultation d'entrée au CAMSP, un peu avant ses 3 ans, on constate une difficulté à monter et descendre les escaliers. Elle n'envoie ni ne rattrape le ballon mais le donne en main propre à la personne avec qui elle joue. Elle montre également une hypertonie axiale. Un retard de langage est évoqué : elle peut dire plusieurs mots qu'elle peut associer entre eux. Elle comprend cependant les questions. C'est une petite fille bien intégrée avec les autres enfants à la garderie.

b. Bilan et observations psychomotrices

Dans le cadre de son suivi en psychomotricité, une synthèse sur son évolution durant l'année 2020-2021 a pu être réalisée en juillet 2021 après un an de suivi

Baia est une petite fille qui se présente assez réservée parlant peu et avec une voix peu audible. Elle cherche souvent l'approbation de l'adulte et peut inhiber ses actions dès qu'il y a une demande particulière. Elle peut cependant montrer ses aptitudes lorsqu'elle est mise en confiance. Depuis le début de son suivi, elle se permet davantage de prise de parole, elle peut partager des éléments de son quotidien. Elle se montre plus active, commençant à exprimer ses désirs et refus. Elle reconnaît son prénom écrit et peut le recopier avec un modèle.

Sur le plan du développement posturo-moteur et locomoteur, Baia présente une bonne organisation motrice avec cependant peu d'initiative. Elle montre peu de force motrice dans ses actions avec une mobilisation tonique assez faible : par exemple, elle engage très peu son corps dans des exercices de repousser, jeter, lancer. Le saut sur place, en déplacement et d'une hauteur est acquis tout comme l'équilibre bipodal. Elle a cependant une appréhension face à la hauteur, chose qu'elle peut verbaliser en demandant la présence d'un adulte auprès d'elle. Elle est capable de tenir un instant en équilibre unipodal et peut se déplacer en pas chassés. Elle possède un bon contrôle moteur et postural notamment lors de la descente de plan incliné.

Sur le plan de la préhension et des coordinations bimanuelles et oculo-manuelles, elle se sert plutôt de sa main droite et a acquis la pince pouce index. Elle peut lancer un ballon avec ses deux mains mais n'est pas encore capable de le rattraper. Elle peut exécuter une tour de 8

cubes, dévisser et revisser un bouchon. Elle peut enfiler les perles sur un fil et réaliser un puzzle de 4 pièces sans essais/erreurs.

Sur le plan du graphisme, on retrouve un tracé peu appuyé impacté par le manque de recrutement tonique. Il y a cependant une bonne prise de l'outil scripteur et une bonne coordination avec la main controlatérale qui stabilise la feuille. Elle fait des ronds fermés ce qui peut témoigner d'une intégration des notions de dedans et dehors, des obliques et peut reconnaître certaines lettres de son prénom. Elle reconnaît son prénom écrit et peut le recopier avec un modèle. Baia prend du plaisir dans la tâche graphique et peut commenter et décrire son dessin sur un mode concret et imaginaire. Elle a accès à l'imitation et au symbolisme dans le jeu. Elle peut comprendre les règles de jeux tels que le Memory.

Sur le plan du schéma corporel, Baia connaît les différentes parties de son corps liées à son âge. Baia a une représentation du bonhomme immature, encore au stade du bonhomme têtard. La reproduction de gestes des bras et des mains est possible pour elle. Certaines textures telles que la peinture ou les craies grasses suscitent chez elles une réaction.

Sur le plan du repérage spatio-temporel, Baia rencontre des difficultés à disposer des images par ordre chronologique et n'y met pas de sens. Les notions temporelles avant/après sont encore fragiles. Concernant les notions spatiales, elle peut nommer et situer « dedans », « dehors », « dessus », mais n'a pas encore acquis les notions de « dessous/devant/derrière », « à côté ». Elle a de bonnes capacités d'organisation et de structuration spatiale notamment dans la construction de parcours.

Sur le plan de l'autonomie, Baia mange seule mais sa mère témoigne d'une certaine lenteur. Elle est propre mais sa mère lui met encore des couches par moment pour « ne pas déranger en cas d'accident ». En séance, elle peut mettre et enlever seule ses chaussures et chaussettes.

En conclusion, Baia montre une évolution quant à l'affirmation de soi. Elle reste assez fragile sur le plan de l'aisance motrice impactée par une certaine rigidité et des difficultés de recrutement tonique. Des difficultés persistent également sur l'intégration du temps et de l'espace. Le groupe « poney » lui est alors proposé avec comme objectif de faire un travail psychocorporel par le biais de la médiation équine. L'idée de ce travail est que le fait de prendre soin de l'animal pourrait favoriser une prise de confiance en mettant en jeu son corps.

C) Suivi dans le cadre du groupe

Baia a commencé à participer au groupe poney en septembre 2021. Elle avait déjà eu une expérience antérieure à poney : elle avait pu faire une promenade avec sa maman pendant des vacances. Un essai a pu être réalisé lors de la première séance en présence de sa mère. Elle a pu y faire la rencontre de Chipie, le poney dont elle s'occupera toute l'année. Elle s'est montrée assez intimidée, sur la retenue par rapport au poney : elle a tout de même pu le toucher du bout des doigts en restant assez éloignée de sa tête qui l'effraie. En montant sur le poney, elle se tient assez figée et présente assez peu de mobilité au niveau du tronc de par sa rigidité : elle n'est pas très à l'aise ni rassurée sur le dos de Chipie que ce soit à l'arrêt ou lorsqu'elle est en mouvement. Elle est tenue par une accompagnante et n'a pas encore de rênes pour diriger son poney. Cependant, elle apprécie de découvrir qu'elle peut demander à son poney d'avancer en lui donnant des coups de talons : elle réitère l'expérience plusieurs fois et semble faire le lien de cause à effet. Néanmoins, on observe un recrutement tonique très faible au niveau de ses membres inférieurs, elle met très peu de force dans ses mouvements et n'ose pas toucher le poney avec ses talons. On observe peu de coordination dans ce mouvement, les jambes bougent de manière dissociée. Elle met également très peu de force lorsqu'elle tient la brosse avec laquelle elle effleure à peine le poney, ou encore lorsqu'elle tient la longe pour amener le poney au manège : elle la tient du bout des doigts sans resserrer sa main dessus.

Les séances suivantes, Baia est toujours assez réservée tant sur le plan verbal que moteur. Elle a peur du chien du centre équestre, de monter et de descendre du poney : c'est cependant une peur qu'elle peut nommer. Lorsque le chien s'approche d'elle par exemple, elle va venir se réfugier près d'un adulte en disant « J'ai peur ». Elle peut également demander de l'aide à l'adulte qui l'accompagne pour monter et descendre. A dos de poney, on observe peu de mobilité au niveau axial, ses yeux en revanche bougent beaucoup mais la tête n'accompagne pas le mouvement. Lorsqu'elle n'est pas bien installée sur le poney, elle ne se réajuste pas corporellement d'elle-même, elle a besoin d'un étayage de l'adulte pour se rendre compte qu'elle est mal installée (ou bien n'ose-t-elle pas le faire ?). Elle présente une grande lenteur dans ses mouvements ainsi que dans ses réactions. Elle est assez passive et a du mal à exprimer ce dont elle a envie malgré un étayage verbal de l'adulte (proposition des différents ateliers). Cela nous renvoie l'impression de faire pour elle, il est difficile de percevoir où se situe son désir, est-ce qu'elle prend du plaisir dans cette activité ? Au sol, elle semble distraite par les différents éléments tels que les bruits de sirène, le vent, le froid, le sable dans lequel la marche est difficile.

Elle montre progressivement une certaine assurance à dos de poney, semble moins paralysée par la peur. Elle demande d'elle-même à monter sur le poney et se détend au fur et à mesure de la séance : ses mouvements semblent moins impactés par la rigidité qu'elle pouvait présenter auparavant. On observe cependant des comportements assez particuliers par moment : elle peut se figer totalement, semble ailleurs ; quand on lui pose une question simple, elle peut y réfléchir pendant de longues minutes jusqu'à oublier la question initiale. Il peut aussi lui arriver de commencer à raconter quelque chose et se perdre dans son récit.

Un temps de relaxation est parfois proposé durant lequel les enfants peuvent s'allonger un instant sur le poney en fermant les yeux. Baia a du mal à accéder à une détente musculaire et, tout en se couchant sur l'encolure de son poney, elle reste très tonique : elle ne laisse pas tomber ses bras le long du cou du poney et prend appui sur l'encolure du poney tout en se couchant. Elle ne ferme les yeux qu'un court instant et se relève très vite de manière assez brusque.

Baia n'est pas très active dans les séances : elle se laisse beaucoup guider et prend très peu d'initiative. Si elle n'est pas étayée par un adulte, elle reste inactive. Elle parle toujours avec une voix à très faible amplitude. Elle répond aux demandes mais donne l'impression qu'elle le fait pour répondre à une demande, parce qu'il le faut. Le fait qu'on attende quelque chose d'elle, une réponse par exemple, a l'air de la bloquer dans son fonctionnement, de l'inhiber. Il est donc difficile de savoir ce qu'elle désire, ce qu'elle veut ou pas. Elle observe beaucoup les autres et ce qui l'entoure : elle vérifie parfois sur d'autres enfants comment ils font pour être sûre de bien faire.

On constate tout de même une différence dans son comportement avant la séance et après la séance : en effet, il lui arrive, une fois qu'elle a fini de s'occuper du poney, de se mettre à courir en suivant une autre enfant, elle paraît beaucoup plus vive ce qui contraste avec l'enfant très inhibée, qui marche à tout petit pas, en début de séance.

Après les vacances de Noël, nous avons pu observer une évolution impressionnante dans le comportement de Baia. Baia est arrivée très souriante et s'est montrée beaucoup plus expressive qu'habituellement : alors qu'on entendait très peu sa voix dans la voiture pour aller au centre équestre, elle s'est mise à chanter avec une autre petite fille du groupe. Elle donne plus de voix même quand elle s'adresse à son poney et elle nous parle de sa vie, des choses qui lui sont arrivées à l'école par exemple, pendant le temps de préparation ce qui était rare avant.

Baia peut désormais se repérer dans le temps et dans l'espace de la séance. La succession des temps de préparation sont bien intégrés : quand on la questionne, elle peut dire dans quel ordre se succèdent les différentes actions (pansage, selle, bombe). Elle se situe également dans l'espace et peut conduire son poney dans le manège sans être guidée ou encore situer la sellerie et ranger la selle de Chipie au bon endroit.

Elle semble avoir moins peur du poney, ose plus le toucher notamment au niveau de la tête : elle s'amuse même à mettre sa main au niveau des naseaux pour sentir le souffle de Chipie, ce qui la fait d'ailleurs rire. A dos de poney, elle semble plus à l'aise notamment pour aller toucher les parties du corps du poney qui demande plus d'efforts comme les oreilles : elle parvient à se tendre jusqu'à les toucher. Elle est plus mobile et semble plus détendue. Ses mouvements de jambes pour faire avancer Chipie sont beaucoup plus énergiques et on sent une réelle intention dans son geste. Elle accepte l'introduction des rênes ; nous lui avons proposé afin qu'elle soit plus active car nous la sentions plus à l'aise à poney. Elle comprend le principe bien qu'elle ne mette pour l'instant pas assez de tonicité pour que le poney comprenne bien sa demande. On observe également un recrutement tonique beaucoup plus important aux niveaux des membres supérieurs lors du pansage du poney : elle peut appuyer, faire des mouvements plus rapides mais reste toujours centrée sur une zone et ne brosse pas ailleurs sauf si on lui en fait la remarque.

Elle peut exprimer ses différents ressentis à dos de poney : elle peut dire qu'elle apprécie, mais également qu'elle a peur ou ne veut pas adhérer à une proposition. Elle peut également aller chercher l'adulte quand elle a besoin d'aide et ne pas rester dans une situation où elle est en difficulté. Elle montre beaucoup plus d'affection et d'attention à l'égard de Chipie à qui elle fait plus de caresses : lors des temps de câlin allongé, elle peut rester plus longtemps et relâcher ses bras le long du corps du poney. Elle s'affirme également plus auprès des autres enfants ; elle dit non clairement quand elle ne veut pas donner la main, insiste pour ramasser les crottins seule.

III. Discussion

Dans cette partie je vais tenter de répondre à la problématique posée en début d'exposé en liant des éléments théoriques et cliniques : *Comment la thérapie psychomotrice avec le cheval peut soutenir le développement psychique de l'enfant ?*

Je tenterai alors de démontrer les apports de cette relation avec l'animal sur le plan psychomoteur puis sur le plan du développement psychique de l'enfant et de sa construction en tant qu'individu.

1) Un vécu psychocorporel

La relation avec le cheval est source de multiples expériences psychomotrices. Elle vient solliciter le patient sur les aspects psychocorporels suivants :

A) Tonus

Le tonus est mobilisé sur ses différents plans :

- Le tonus de fond est le lieu d'inscription des affects. Il offre une expressivité au mouvement du patient.
- Le tonus postural est nécessaire au maintien postural sollicité notamment à dos de poney
- Le tonus d'action est sollicité dans les différentes activités : un recrutement tonique est essentiel pour faire avancer le cheval, par exemple, car il faut que le cavalier donne des petits coups de talon.

Cette mobilisation tonique a pu se repérer chez Baia. En début d'année, le tonus d'action était très faible : le recrutement tonique au niveau de ses membres inférieurs était très peu présent, elle mettait peu d'intention dans ses mouvements notamment dans les coups de talon qui se montraient alors inefficaces, Chipie ne pouvant les percevoir, cela a amené Baia à mettre plus de tonicité dans ses mouvements. Au cours de l'année, nous avons pu voir une évolution dans son recrutement du tonus d'action qui s'est avéré plus important et plus adapté à la situation.

Un phénomène nous a beaucoup intrigué concernant Rania. Bien qu'elle se tienne bien à cheval avec un tonus postural tout à fait adapté, il peut arriver qu'elle s'effondre toniquement et se laisse tomber du poney. Nous nous sommes beaucoup interrogées sur cet événement qui pouvait se répéter plusieurs fois dans la séance ; cela pouvait arriver tant à

l'arrêt qu'en mouvement, ses chutes n'étant pas liées à une perte d'équilibre initiale. Nous nous sommes d'abord demandé si Rania recherchait cette sensation de chute pour ses stimulations vestibulaires. Il est cependant arrivé qu'elle tombe en se tenant d'abord à la selle puis en se laissant glisser jusqu'au sol sans essayer de se raccrocher et sans que nous puissions la rattraper comme nous avons l'habitude de le faire : une fois par terre, elle est restée inerte quelques instants sans manifester aucune émotion particulière ; il a fallu que nous allions la relever pour qu'elle se dégage des jambes du poney et qu'elle remonte ensuite comme s'il ne s'était rien passé. Cet événement nous a alors fait émettre l'hypothèse que ces chutes pouvaient être liées à des absences. Nous avons mis cela en lien avec le fait que cette petite fille avait fait plus jeune des crises d'épilepsie pour laquelle elle est toujours traitée. Cependant, elle ne fait à priori plus de crise selon le médecin. Nous nous sommes également demandé si elle ne cherchait pas à être rattrapée, portée par nous ; en effet, il pouvait également lui arriver, lors des temps à pied, de demander à ce que nous la portions dans nos bras. Ces chutes peuvent également être liées à une recherche de constante et de continuité psychocorporelle.

B) Dialogue tonique

Le dialogue tonique n'est pas seulement le premier mode de communication utilisé par l'Homme au cours de sa vie, c'est aussi celui le plus utilisé entre l'Homme et le cheval. Le cheval permet de retrouver ce dialogue initial : la communication avec ce dernier se fait via le mode tactile ainsi que les ajustements toniques, notamment posturaux. Il met également en jeu les fonctions d'équilibration, le système proprioceptif ainsi que vestibulaire.

Le cheval, de son côté, a la capacité de lire nos différents états toniques mais également émotionnels, les deux étant liés, aussi bien à pied qu'à cheval. On retrouve, dans l'équitation classique par exemple, des situations où le cavalier, stressé, a son tonus qui augmente ce qui a pour conséquence qu'il se crispe à cheval : le cheval peut alors, par réaction à cette élévation du tonus, dérober ou piler devant l'obstacle.

Lors des temps à pied, Rania peut avoir des mouvements brusques et soudains suscitant parfois des réactions chez son poney Barny comme un redressement soudain de l'encolure ou encore un sursaut. Baia, elle, peut se crispier subitement suite à un stimulus

extérieur qui la surprend : Chipie, qui était au pas, s'arrête alors. A l'inverse le poney peut également susciter une réaction tonico-émotionnelle chez l'enfant : le poney qui s'immobilise peut faire s'immobiliser l'enfant.

La relation via le portage requiert un ajustement tonico-postural. Cet ajustement met en jeu la proprioception qui est l'ensemble des capteurs sensoriels informant le cerveau de tous nos mouvements. Elle résulte de la coordination entre la sensibilité profonde et les signaux issus des flux sensoriels. Grâce à la fonction proprioceptive, le patient va pouvoir percevoir les différents changements posturaux du cheval pour s'y adapter au mieux, et inversement. Cela met notamment en jeu le concept d'isopraxie défini par Paul Mac-Léan (1990) comme le « *comportement dans lequel deux ou plusieurs individus s'engagent dans la même sorte d'activité, et, ainsi, communiquent* ». Si les mouvements du cavalier peuvent avoir une influence sur ceux du cheval, l'inverse est également vrai.

En début d'année, Baia pouvait être mal installée sur son poney mais elle ne se réajustait pas si on ne lui faisait pas remarquer. Cela nous a amené à nous questionner sur la conscience qu'elle avait de son corps. Plus tard dans l'année, nous avons fait une promenade sur un terrain vallonné. Lorsque nous nous engageons dans une descente, cela nécessitait un rééquilibrage de sa part pour avoir un ajustement postural optimal à la situation. A partir des différentes informations proprioceptives et vestibulaires qu'elle recevait, elle détectait un changement postural chez son poney et s'y ajustait en se penchant en arrière. Cela témoigne d'une capacité à percevoir les différents stimuli externes et internes. Ces éléments me font émettre l'hypothèse qu'elle a effectivement une certaine conscience corporelle. Ces difficultés d'ajustements posturaux à certains moments pourraient être liées à son inhibition: en effet, on peut retrouver une faible production motrice dans l'inhibition psychomotrice qui pourrait expliquer le fait qu'elle ne se réajuste pas. Cette attitude figée que peut avoir Baia se retrouve particulièrement lorsque Chipie est immobile : elle montre alors une difficulté à lâcher prise, comme si elle était en alerte. Les mouvements du poney pourrait-il contribuer par leur bercement à un relâchement de sa part et à une certaine forme de passivité ? On peut émettre l'hypothèse d'un défaut de régulation tonique chez Baia : il est encore difficile pour elle d'ajuster son tonus à la situation.

C) Sensorialité

Le cheval, compagnon thérapeutique, va favoriser l'exploration sensorielle en mobilisant les différents sens : les stimulations tactile, olfactive, visuelle sont nombreuses. Le système vestibulaire ainsi que la proprioception sont stimulés notamment lors des temps à cheval.

L'audition est stimulée par les divers bruits environnants. Dans les écuries, par exemple, on peut retrouver le bruit de sabots, de paille ou de hennissements. On entend également des bruits extérieurs comme le chant des oiseaux, les bruits de la nature ou des voitures. Certains bruits spécifiques peuvent parfois être envahissants et générer de l'angoisse chez le patient. Je pense notamment à l'alarme qui retentit tous les premiers mercredis du mois. Le groupe se déroulant le mercredi, nous l'entendions fréquemment. Cela entraînait une réaction particulière chez Baia qui se figeait en se mettant les mains sur les oreilles. Son expression faciale et sa posture traduisaient une peur importante. Dans ces moments-là, la présence proche et la voix du thérapeute sont essentielles. La voix peut permettre de mettre des mots sur les expériences de l'enfant qui nous est confié et elle peut faire enveloppe, enveloppe sécurisante contribuant au sentiment d'existence du patient. La réaction du poney dans ces moments, immobile ou en mouvement selon ce qui est nécessaire pour l'enfant, peut également contribuer à rassurer l'enfant que nous accompagnons.

La vision met en jeu le regard, regard entre cheval et patient mais également le regard du thérapeute sur la personne prise en charge. Les échanges de regards contribuent également à la réassurance et participent notamment au portage psychique du patient. Le regard du cheval qui a les yeux sur les côtés, comme toutes les proies, est connu pour être moins envahissant que celui des humains. Mais, pour Baia, le regard que Chipie peut porter sur elle, notamment durant les temps de préparation, est une source d'angoisse. Elle le verbalise notamment en disant « J'ai peur, Chipie me regarde » et s'écarte alors de la tête du poney. Elle nous demande d'ailleurs systématiquement, lorsqu'elle est à pied, que nous nous tenions près de la tête du poney, à ses côtés, comme un rempart. Cette difficulté avec la présence du regard de l'autre peut également se retrouver en séance de psychomotricité où elle peut être gênée quand la psychomotricienne l'observe durant ses activités. Le regard de l'autre a eu une place particulière durant le développement de Baia. Lorsque Baia était bébé, sa mère était très inquiète quant à sa santé et son développement du fait de sa prématurité. On peut supposer que cette inquiétude a pu être perçue par Baia notamment dans la manière

dont sa mère la regardait et la portait. Aujourd'hui bien qu'elle soit moins inquiète pour sa petite fille, sa maman lui porte toujours un regard assez particulier. En effet, elle observe et analyse tous les faits et gestes de sa fille donnant l'impression qu'en plus de son regard de mère elle a le regard de thérapeute comme si elle faisait partie de l'équipe de soins. La manière dont Baia a pu être regardée durant son développement et ce que cela a pu lui renvoyer laisse penser que cela a influencé le rapport qu'elle a aujourd'hui au regard.

Le toucher a une particularité : nul ne peut toucher sans être touché. Nous pouvons parler de réciprocité. Le patient est amené à rencontrer différentes matières : celles du matériel de pansage où différentes brosses sont employées telles que des brosses aux poils durs ou d'autres aux poils souples et doux ; celles de la bardette, petite selle en cuir et en feutre ; la paille qu'il faut retirer des crins lors du pansage ; mais aussi le poil du cheval. Différentes sensations peuvent être perçues au contact du cheval : la chaleur qui émane de son corps, la douceur de ses poils. A cheval, le petit cavalier perçoit le déplacement des masses musculaires. Il peut également sentir les mouvements internes de son cheval tels que la respiration en s'allongeant sur sa croupe par exemple.

Le contact avec les poils et crins du cheval peut provoquer le phénomène d'agrippement. L'agrippement est un réflexe archaïque présent chez le nouveau-né : lorsqu'un objet est mis en contact avec la paume de la main du bébé, celle-ci se referme dessus de manière ferme.

Le thérapeute peut avoir à accompagner son patient dans certains cas, en le touchant, s'il pose notamment une main sur sa cuisse ou derrière son dos, contact qui peut être sécurisant pour la personne prise en charge.

Cela me fait penser à Sacha, un jeune garçon de douze ans, présentant un trouble du spectre autistique rencontré dans le cadre d'une séance d'équitation adaptée. Sacha participe à cette activité depuis plusieurs années maintenant : au début il ne prêtait aucune attention au cheval à ses côtés dans le manège et passait les séances à jouer avec le sable. Puis progressivement, il s'est intéressé à cet animal qui le suivait dans le manège et a pu monter dessus. Lorsque je le rencontre pour la première fois, Sacha reprend l'équitation après les vacances d'été pendant lesquelles il n'est pas monté à cheval. La mise à cheval est très compliquée pour Sacha : il va sur le montoir puis en redescend à plusieurs reprises. La monitrice se place alors derrière lui contre son dos et moi de l'autre côté du cheval afin de le rassurer par notre présence et lui montrer qu'il ne risque pas de tomber. Sacha accepte

ainsi de monter. Cet appui dos a pu être un support pour lui pour se mettre à cheval. Une fois à cheval, bien que nous soyons toujours à l'arrêt, Sacha se met à manifester une peur de tomber et demande en criant à ce que l'on pose une main sur sa cuisse : il a ainsi la sensation d'être maintenu. Dès que l'une d'entre nous enlève sa main d'une de ses cuisses, cela génère chez Sacha une angoisse importante. Ce contact au niveau de la cuisse est donc un réel soutien pour lui et le rassure. Ainsi, Sacha a pu, dans un premier temps, réexpérimenter les sensations de la monte dans un cadre sécurisé et, progressivement, après plusieurs séances, il a pu se passer de cette main sur la cuisse. Les différents appuis offerts par les intervenants ont été un support pour lui.

Cependant, il faut rester prudent avec ce contact ; en effet, comme nous avons pu le constater avec Rania, certains patients peuvent présenter une hypersensibilité tactile ; un geste qui peut être réconfortant pour certains peut être inconfortable ou vécu comme envahissant pour d'autres.

L'odorat est stimulé par les nombreuses odeurs qui émanent de l'écurie : celle de la paille, du crottin, du cheval, de la nature. Cela peut également être l'odeur qui est restée sur les vêtements après une séance. Certaines émanations peuvent être dérangeantes et provoquer une réaction de dégoût chez le patient. En revanche, certains apprécient ces odeurs qui peuvent laisser une empreinte sur les vêtements ou sur les mains.

Le goût est en principe un sens qui n'est pas sollicité lors de séances de thérapie avec le cheval. En revanche, il peut arriver que certains patients, particulièrement des enfants psychotiques, mettent à la bouche la paille, les brosses ou la nourriture donnée aux chevaux. Chez ces enfants les notions de propreté et de saleté peuvent ne pas encore être acquises.

Lors d'un stage précédent en CATTP, j'ai pu accompagner des enfants avec des traits autistiques et psychotiques à un groupe de poney. Youssoupha est un garçon de 6 ans, il participe à ce groupe et présente des traits psychotiques. Lors des temps de préparation, il pouvait porter à sa bouche la nourriture du poney (granulé) ou la paille qui traînait par terre. Il pouvait également prendre contact avec le poney avec la bouche ouverte, sans le mordre pour autant. Il pouvait également toucher le crottin des chevaux. Il est alors du rôle du thérapeute d'accompagner l'enfant vers des comportements plus adaptés sur ce plan-là et de lui expliquer ce qu'il est possible de faire ou pas. La curiosité est à accompagner en prenant par exemple soin de ces crottins en les prenant avec une pelle et une fourche et en les vidant

dans un récipient mis à cet effet. Il est possible aussi de parler de la différence entre les animaux qui font là où ils sont et les hommes qui vont dans des endroits dédiés.

D) Espace

Comme expliqué par E.T Hall, l'espace joue un rôle dans les relations entre humains. Il est également impliqué dans la communication avec le cheval à travers les distances mises ou prises entre l'équidé et la personne à ses côtés. Cette distance adoptée peut être révélatrice des affects éprouvés par le cavalier à l'égard de sa monture. En effet, une distance plutôt importante entre une personne et son cheval lors de la tenue en longe peut témoigner d'une certaine peur à l'égard de l'animal. En revanche, une distance plus faible peut montrer une certaine confiance, tout comme lorsque le patient prend soin de sa monture en la brossant.

Par exemple, Baia a besoin d'une distance importante avec Chipie lorsqu'elle la tient en longe : elle tient cette dernière à son extrémité et ne peut s'approcher trop près de la tête de Chipie. Elle demande également à ce que quelqu'un se tienne entre elle et le poney afin de marquer une sorte de barrière entre leurs espaces respectifs. Baia a besoin d'une distance plus importante pour se sentir en sécurité lors des déplacements. Elle peut cependant se tenir plus près lors du temps de pansage où Chipie est attachée ; elle peut alors faire des caresses à sa ponette.

Certaines situations telles que le pansage peuvent induire une proximité importante entre les deux individus : cela implique notamment un contact et donc une pénétration dans la bulle de l'autre. En effet, le cheval comme l'humain possède une bulle dynamique, nommé espace proche par J.C Barrey, bulle qui l'entoure et délimite son espace. Une intrusion dans cet espace peut être vécue comme une agression.

Je pense notamment à une situation arrivée en stage. Camille, une petite fille de 5 ans présentant des difficultés sur le plan moteur, marchait en tenant son poney en longe pour le ramener aux écuries. Elle marchait devant lui et celui-ci l'a légèrement poussé avec le bout de son nez sans pour autant la faire tomber. Le poney est alors entré dans ce que E.T Hall qualifie comme étant la distance intime de Camille : dans cette bulle, une intrusion peut représenter une menace éventuelle pour l'intégrité de l'individu et constitue une agression. Camille a été très apeurée et s'est mise à pleurer. Cet événement l'ayant marqué, elle fait

désormais très attention à marcher à côté du poney pour pouvoir ainsi contrôler la distance qui la sépare de lui.

Cela fait également écho au comportement que peut avoir Rania avec les poneys. Elle met très peu de distance avec eux et peut pénétrer leur bulle sans prendre en compte leurs comportements. Cette entrée dans l'espace proche du cheval peut provoquer des réactions chez ce dernier qui peut vivre cela comme une agression. Cet ajustement à la bulle de l'autre renseigne sur la capacité ou non à entrer en relation, ce qui est encore difficile pour Rania.

2) Un vécu psycho-affectif

A) Théorie du développement et de la maturation de l'enfant selon Winnicott

Une grande partie de ce paragraphe est inspirée des réflexions de Brigitte Martin partagées lors d'un cours dispensé pendant la semaine de sensibilisation à la Thérapie avec le cheval dans le cadre de ma troisième année de formation.

a. L'intégration

Winnicott décrit le développement du Moi chez l'enfant avec notamment la notion d'intégration donnant à l'enfant un sentiment d'exister dans une continuité. La routine des soins va permettre au bébé de se baser sur des éléments stables et constants pour ressentir une continuité. Ceci est lié à la fonction de holding : les divers soins corporels vont stimuler la sensibilité, la proprioception et le système vestibulaire du nourrisson. Étayés par un dialogue tonique cohérent, ces stimulations vont activer une perception d'orientation dans l'espace : le maintien de la mère (physique et psychique) donne à l'enfant un sentiment d'être unifié ce qui permettra la sensation de bien-être lors du fonctionnement corporel. Cette intégration du corps permet le sentiment d'exister en tant qu'individu avec une peau séparant l'intérieur de l'extérieur.

« *Le cheval a une fonction de portage qui lui confère un statut libérateur des contraintes physiques et psychiques* ». (Renée de Lubersac) La monte à cheval va, tout comme le holding de la mère, offrir une stimulation proprioceptive, vestibulaire et sensorielle. Elle peut permettre, à travers son portage physique, une sensation d'unité corporelle. Comme au cours de la phase symbiotique où le nourrisson ne se différencie pas de sa mère, le patient peut d'abord avoir l'illusion qu'il ne fait qu'un avec le cheval. Il peut manifester un besoin de fusion qu'il faut laisser vivre mais encourager à dépasser pour accéder à la phase d'individuation. Le cheval ayant des besoins et des envies qui ne sont pas les mêmes que l'enfant, il contribue à lui procurer le sentiment d'être différent. L'enfant pourra ainsi s'incarner en tant qu'individu. Cela passe notamment par la reconnaissance d'une frontière corporelle.

Le portage psychique est assuré par le thérapeute à travers un étayage à différents niveaux. Celui-ci peut se faire par le regard soutenant le sentiment d'exister pour l'autre dans

une continuité. La voix, comme nous l'avons vu avec les épisodes d'alarme mensuelle, peut également servir d'enveloppe et contribuer à la réassurance. Enfin, le toucher peut être une étape vers l'indépendance physique. Ce portage effectué par le thérapeute peut être comparé à l'entourage des bras de la mère. Ainsi cet accompagnement du thérapeute pourra permettre au patient de ré-éprouver des expériences passées en lien avec le portage afin de favoriser une meilleure construction et structuration psychique.

« La régression représente l'espoir de l'individu que certains aspects de l'environnement (qui à l'origine échouèrent) puissent être revécus, l'environnement remplissant cette fois avec succès sa fonction, et favorisant la tendance innée de l'individu à se développer et à devenir mature » (Winnicott, 1965, p 98).

Rania a bien intégré les temps de la séance ; elle a compris que le temps de monte succède au pansage. Nous pouvons supposer que son faible investissement pour les soins au poney et le fait qu'elle veuille y passer le moins de temps possible s'explique par son désir de ressentir les sensations procurées par le portage. Une fois à cheval, l'agitation qu'elle peut présenter à pied est beaucoup moins présente. Ce contraste entre son attitude à pied et sur le poney peut laisser supposer que la sensation de contenance procurée par le portage sur le dos du poney ainsi que le rythme berçant et apaisant du pas, favorisant un sentiment permanent d'exister, ont pu lui permettre de ré-éprouver des expériences de holding lui offrant un ressenti plus global et sécurisant de son corps.

« Partout où l'on rencontre l'insécurité on voit apparaître la recherche d'une activité rythmée reconfortante se rapprochant du rythme des pulsations cardiaques. Le pas du cheval régulier et berceur répond à cet aspect ». (De Lubersac R., Lallery H., 1973)

b. La personnalisation

Winnicott évoque également la tendance à la personnalisation permettant à l'enfant de se sentir un individu, de construire son Moi et d'identifier ses sensations au niveau du tonus ou encore de la peau comme étant siennes ; cela permet de créer une harmonie psyché-soma. Les informations fournies par l'environnement vont permettre au Moi de se construire. Les échanges de l'enfant avec son milieu lui apportent des informations via notamment le toucher, l'audition, la vision et l'olfaction. L'élaboration progressive du schéma corporel va alors pouvoir se faire grâce aux expériences motrices, sensorielles et relationnelles. Si les soins ne sont pas suffisamment satisfaisants, le bébé ne pourra pas avoir une représentation distincte du dedans et du dehors. Les différents canaux sensoriels vont se différencier

progressivement. Grâce à ces processus, l'enfant va construire son tonus qui deviendra alors pour lui un moyen de communication. L'enfant en grandissant va acquérir différentes capacités motrices telles que la marche lui permettant de se détacher physiquement de sa mère : cela l'aide à construire son Moi et à s'individualiser par rapport à son premier objet (sa mère par exemple).

On peut émettre l'hypothèse suivante : le fait que l'enfant pris en charge s'occupe du cheval va favoriser cette tendance innée de personnalisation et soutenir ce sentiment d'identité. En prenant soin du cheval, le patient peut alors se différencier de lui et donc exister comme individu. Différentes situations relationnelles dont l'enfant qui nous est confié peut se saisir ou non sont proposées par le thérapeute. Dans un cadre fiable afin de limiter les débordements ou la survenue d'angoisse, le thérapeute a une fonction de pare excitation grâce à une empathie suffisamment bonne et une écoute certaine pour la personne qu'il aide.

Les éprouvés corporels doivent être contenus par le cadre mis en place à la fois sur le plan physique et psychique. Le thérapeute cherche à éviter toute intrusion extérieure afin d'accueillir ce qui s'éprouve et se vit pendant la séance dans un cadre sécurisant.

Comme la mère s'adapte aux demandes de son bébé, le thérapeute s'ajuste aux besoins du patient. Il va également décrypter les réactions tonico-émotionnelles tant de l'enfant que du cheval. Il est tenu d'appréhender les différentes expressions toniques et végétatives d'un état émotionnel de la personne accompagnée (pâleur, agitation...) mais aussi les signaux émis par le cheval.

En début d'année, lors des temps à pied avec le cheval, Rania pouvait se montrer très intrusive dans son approche avec l'animal : elle mettait ses doigts dans les yeux, lui tirait les naseaux, lui arrachait les poils. Cette attitude semble évoquer un manque de limites entre soi et l'autre, ici le poney. Cela démontre qu'elle ne considère pas le poney comme un être sensible.

Par ailleurs, nous avons constaté qu'elle montrait un intérêt particulier pour le crottin des chevaux et aimait leur donner à manger. Elle s'est également intéressée plus particulièrement à certaines parties du corps du poney comme par exemple les yeux dans lesquels elle pouvait mettre ses doigts ou encore par le sexe du poney qu'elle a pu nommer « zizi » en le montrant. Ces différents éléments peuvent laisser penser qu'elle s'interroge

autour du fonctionnement de son corps : en essayant de comprendre le corps du poney et son fonctionnement, elle peut peut-être se comparer à lui et constater les différences et similitudes entre elle et le cheval. Cela m'amène à m'interroger sur l'image du corps qu'elle peut avoir : quelle représentation d'elle-même a-t-elle ? Quelle conscience a-t-elle d'elle-même, elle dont l'enveloppe ne me semble pas solide ?

D'après Eric Pireyre (2021), l'enveloppe est la peau vue par l'esprit, c'est une représentation psychique de la peau. Chez le nouveau-né, cette peau est, dans un premier temps, immature : elle est fine et peu kératinisée, elle manque encore d'élasticité. Elle ne peut donc être une limite physique du corps. L'esprit ne peut alors investir la peau comme une enveloppe si physiquement cette limite n'est pas présente. Le bébé ne peut ressentir les limites de son corps, il ne perçoit pas la différence entre le dehors et le dedans. L'enfant peut entrer dans une sorte de fusion au monde : il n'y a pas de différenciation entre Moi et autrui ce qui peut conduire le nourrisson à fusionner avec tout ce qu'il rencontre, notamment la mère dans la phase symbiotique. Le fait qu'un autre être humain amène de la contenance permet de passer de peau à enveloppe. C'est dans la contenance physique et psychique que l'être humain se sent exister et que la peau va se transformer en enveloppe.

Chez certains patients, bien que la peau soit mature, ils vivent avec une enveloppe de bébé, c'est-à-dire qu'ils ne se différencient pas encore d'autrui. Le principe de subjectivité n'est pas encore acquis. Pour acquérir cette conscience de soi, il faut s'être approprié ses sensations et ses émotions, ses pensées et souvenirs.

Rania, dans son rapport à l'animal laisse penser qu'elle n'a pas encore acquis ce principe de subjectivité. Son enveloppe ne lui permet peut-être pas de ressentir de manière suffisante les limites de son corps et donc de se différencier du poney. Nous avons évoqué plus haut qu'elle avait un attrait particulier pour la monte à cheval, moment qu'elle recherche et durant lequel elle semble apaisée. On peut supposer qu'elle recherche cette situation car la contenance physique apportée par la sensation de portage du cheval ainsi que la contenance psychique du thérapeute lui permettent de mieux ressentir cette enveloppe et lui donne le sentiment d'exister en tant qu'individu.

Lors des dernières séances, Rania s'est montrée plus intéressée par le moment de pansage : elle y passe désormais plus de temps. J'ai aussi pu constater qu'elle avait un comportement plus adapté dans la relation avec le cheval et montrait moins de comportements intrusifs. On peut donc émettre l'hypothèse que progressivement, par le biais

de la relation avec le cheval et des soins qui lui sont procurés, elle se sent exister comme individu et se différencie du poney.

c. La présentation de l'objet

La présentation de l'objet (« object presenting ») est la manière de présenter l'objet et les activités lors des soins maternels. Elle soutient la relation à autrui et le sentiment d'individualité ainsi que le rapport à la réalité extérieure. Ce phénomène est en relation avec le plaisir donné par la satisfaction que procure l'objet à l'enfant en répondant à ses besoins. Cet objet, le biberon ou le sein de la mère par exemple, est présenté en même temps que l'enfant en éprouve le besoin. L'enfant a l'illusion d'une omnipotence, il a l'impression qu'il a la toute-puissance car la mère amène le biberon lorsqu'il a faim par exemple. La mère a pour rôle de désillusionner l'enfant en lui montrant que l'objet peut répondre à ses besoins mais qu'il n'est pas à l'origine de sa création ni de sa présence.

Dans le processus de développement de l'enfant, suite à cette désillusion, l'enfant va investir un objet transitionnel, objet permettant un premier décollage du petit et de sa mère : c'est la première possession non-moi de l'enfant, le premier objet qu'il possède et qu'il peut en partie distinguer de lui-même. L'enfant en prend possession : il a des droits sur cet objet aimé avec passion et mutilé avec haine. L'objet doit survivre à l'agressivité pure, à l'amour et à la haine. Il doit être capable de mouvement afin de montrer une animation ou une réalité qui lui est propre. Cet objet est caractéristique de l'aire transitionnelle, état de transition du jeune enfant qui va de l'état d'union avec sa mère à celui où il est en relation avec elle comme objet extérieur. L'objet transitionnel est voué au désinvestissement progressif mais ne perd pas sa signification.

Via la médiation avec le cheval, nous permettons au sujet d'avoir une expérience physique, relationnelle dans un climat sécurisant, il pourra ainsi retrouver une perception d'un corps unifié. Le cheval est présenté comme objet intermédiaire pouvant être lié à cette notion de plaisir. Les éléments amenés par le patient sont accueillis par le thérapeute, garant du cadre et de la sécurité de la personne prise en charge. Il constitue ainsi un médiateur entre le cheval et le patient. La rencontre avec le cheval représente également la rencontre avec l'altérité. L'enfant, avec l'équidé, va pouvoir créer, trouver une rencontre qui ait un sens pour lui. La présence d'un animal dans le dispositif thérapeutique introduit une médiation créative entre le

l'enfant et le thérapeute. En effet, à travers ses réactions naturelles, le cheval va pouvoir faire naître une réaction en retour chez le patient créant ainsi un échange et donc un début de relation.

Lors de mon stage en CATTP, j'ai pu rencontrer Yassine, un jeune garçon de 6 ans présentant des traits psychotiques. J'ai pu retrouver des caractéristiques des phénomènes transitionnels décrits par Winnicott dans sa relation avec son poney Noisette. En effet, il pouvait parler de Noisette comme étant "sa ponette", il voulait décider de qui pouvait l'approcher : il la considérait comme étant sa possession. Il pouvait arriver que Noisette soit un objet d'amour, comblée de câlins, de caresses. Certains jours, elle devenait l'objet maltraité : Yassine pouvait lui renvoyer beaucoup de haine en disant « Je ne l'aime pas », « Je ne veux pas m'occuper d'elle aujourd'hui », il pouvait même montrer une certaine agressivité à son égard en s'énervant contre elle, en la repoussant physiquement. L'impassibilité et la solidité de la ponette face à ces agressions était importante dans ces moments-là. En effet, tout comme le décrit Winnicott, il est important que cet objet résiste à ces décharges d'amour et de haine qu'il peut subir pour que l'enfant puisse se construire.

B) Théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit est l'aptitude à déduire et interpréter les états mentaux, les croyances, les désirs, les intentions ou les pensées d'autrui. Elle permet l'anticipation des comportements de l'autre à partir de ses expressions émotionnelles et son attitude. Elle est répertoriée dans la littérature sous différents termes comme la mentalisation, la lecture d'états mentaux, la prise de perspective, l'empathie ou encore la compréhension sociale. Elle est d'ailleurs essentielle au bon fonctionnement social du sujet. On peut constater chez Rania qu'elle n'est pas encore acquise. En effet, Rania ne prête pas attention à ce que les autres filles du groupe peuvent lui renvoyer concernant leur désir de lui tenir la main par exemple ; elle ne peut se mettre à leur place, ni leur prêter une intention différente de la sienne. Elle n'a pas l'air de présenter d'empathie à l'égard des personnes chez qui elle ne tient pas compte des envies ou refus comme des animaux à qui elle peut faire mal sans en prendre conscience malgré une verbalisation de notre part. Comme évoqué plus haut, on retrouve chez Rania un manque d'individuation. Elle ne peut donc acquérir cette capacité d'empathie, de se représenter les désirs de l'autre, si elle ne se sent pas exister comme un individu. La prise en charge avec le poney pourra permettre à Rania, dans un premier temps, de se sentir exister en tant que

personne. Une fois qu'elle aura intégré cette individuation, on peut supposer qu'elle pourra réaliser le fait que le poney face à elle est un être vivant et sensible, qu'il n'a pas les mêmes besoins ou envies qu'elle. Elle pourra alors intégrer la théorie de l'esprit et donc, exprimer de l'empathie.

Conclusion

L'élaboration de ce mémoire m'a permis de me questionner sur l'apport que pouvait avoir le cheval comme médiateur dans la thérapie psychomotrice auprès d'enfants.

A travers divers exemples cliniques, j'ai pu mettre en avant l'importance des communications non-verbales dans la relation entre le patient et le cheval grâce notamment au dialogue tonique. Le cheval possède cette caractéristique : il permet une communication autre que par le langage oral. Ceci est particulièrement intéressant car une relation peut se créer bien que l'enfant n'ait pas acquis le langage. La lecture des manifestations du cheval peut être un appui pour comprendre ce qui se joue pour le patient. Isabelle Claude a longuement étudié les comportements et réactions de ses chevaux. Elle explique dans son livre « *Le cheval, miroir de nos émotions* » que le cheval peut parfois traduire un état émotionnel du patient qu'elle-même ne pouvait percevoir. La relation entre patient et thérapeute peut alors être favorisée par l'introduction d'un tiers dans le dispositif thérapeutique.

Le cheval peut renvoyer le patient à différents imagos, des représentations psychiques inconscientes des premiers objets de l'enfant : il peut renvoyer à une image paternelle par sa force et sa puissance mais également à une image maternelle par son côté contenant, chaleureux et le portage qu'il peut offrir au sujet. En effet, à travers la relation avec le cheval, le patient peut revivre des expériences primitives telles que le holding. Cela peut favoriser une construction psychique qui a pu être retardée ou gênée par divers événements durant l'enfance. La thérapie avec le cheval comme médiateur vient solliciter la personne sur le plan corporel mais également émotionnel et relationnel.

Le cheval est également un espace de projection des expériences de l'enfant notamment à travers l'alimentation ou encore le pansage : c'est l'occasion pour l'enfant de constater les similitudes et différences qu'il peut avoir avec le fonctionnement corporel du cheval et ainsi de se sentir exister en tant qu'individu et se différencier du poney.

Cependant, le cheval seul ne procure pas de bienfaits thérapeutiques : l'élaboration d'un cadre contenant par le thérapeute est essentielle au bon fonctionnement du dispositif. Le psychomotricien va pouvoir accompagner le patient dans ses expériences et constituer un réel soutien sur le plan psychique.

Cette médiation ne peut cependant pas être proposée de manière systématique. Tout d'abord, la mise en place de cette activité requiert des moyens financiers (le coût d'un cours d'équitation est assez élevé), logistiques (nécessité d'avoir un moyen de transport pour se rendre au centre équestre) et humains importants (la présence de plusieurs professionnels pour une durée assez longue). Ces contraintes constituent souvent malheureusement un frein pour pouvoir proposer cette thérapie. De plus, il peut arriver que certains patients ne se saisissent pas de cette médiation : ils peuvent ne pas être réceptifs, ne pas réussir à vaincre leur peur ou présenter des résistances trop importantes. Cela peut conduire à des actes de violence qui mettent en danger à la fois la sécurité du cheval mais également du patient. La médiation est alors à éviter.

Ce mémoire m'a également permis d'élargir ma réflexion à d'autres populations que les enfants. Durant cette année, j'ai réalisé un second stage en service de psycho-traumatologie en intra-hospitalier. Pour mémoire, un psycho-traumatisme est l'ensemble des mécanismes de protection psychologique, neurobiologique et physiologique pouvant se mettre en place à la suite d'un évènement traumatique (le patient peut avoir subi ou été témoin de blessures graves, de violences sexuelles, de menace de mort ou avoir été confronté à la mort). J'ai constaté chez la plupart des personnes rencontrées une perception et une représentation du corps modifiées avec un sentiment de fragilité de l'unité corporelle (perméabilité des limites corporelles, surinvestissement / anesthésie de certaines parties du corps), une discontinuité dans le sentiment continu d'exister, une anxiété importante ou encore des troubles du tonus, avec souvent une hypertonie. On peut émettre l'hypothèse que l'utilisation du cheval comme médiateur dans le cadre d'une thérapie psychomotrice pourrait permettre chez ces patients adultes, comme pour l'enfant, d'acquérir ou retrouver la conscience de son corps et de ses limites, de réinvestir son corps sur le mode du plaisir, et de rendre plus continu le sentiment d'exister.

Bibliographie

- Ansorge, J. (2011). La médiation équine comme outil thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, n° 286(3), 52-55. <https://doi.org/10.3917/jdp.286.0052>
- Article de loi : C.S.P, art. 1 D. 76-389
- Barrey, J.-C. (2000). L'éthologie équine au service de la thérapie avec le cheval. Dans *Thérapies avec le cheval* (p. 35-101). F.E.N.T.A.C.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience* (trad. fr 1979 éd.). PUF.
- Carric, J. C. (1999). Le développement psychomoteur de l'enfant. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 117.
- Charvin, C. (1977). *Guide du cheval et de ses à -côtés*. Editions de la courtille.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17(2), 81-102.
<https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Claude, I. (2007). *Le cheval, miroir de nos émotions*. D.F.R.
- Corraze, J. (2001). *Les communications non-verbales*. Presses universitaires de France.
- Damasio, A. R. (2002). *Le Sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience (OJ. POCHE SCIENC) (French Edition)* (0 éd.). JACOB.
- De Ajuriaguerra, J. (1985). Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements. *Enfance*, 38(2), 265-277. <https://doi.org/10.3406/enfan.1985.2887>
- De Ajuriaguerra, J. (1988). Premières organisations des fonctionnements neuropsychologiques, résumé de cours de 1976–1977. *Bulletins de Psychologie*, 42(391).

- De Bernardo-Molard, A., Lippmann-Martin, B., Oreggia, C., & Jacquelin, I. (2000).
Thérapie avec le cheval et identité. Dans *Thérapies avec le cheval* (p. 163-200).
F.E.N.T.A.C.
- De Lubersac, R., & Lallery, H. (1973). *La rééducation par l'équitation*. Crepin-
Leblond.
- Diderot, D., & D'Alembert, J.-L. R. (1751–1772). *Encyclopédie ou Dictionnaire
raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Sociétés Typographiques.
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie (GRANDS
DICTIONNAIRES) (French Edition)* (1re éd éd.). Presses universitaires de France.
- Dugas, L. (1913). UN PARADOXE PSYCHOLOGIQUE : La théorie de James-
Lange. *Philosophique de La France et de l'Étranger*, 75, 289-296.
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B.
(2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge.
Revue de neuropsychologie, 3(1), 41-51. <https://doi.org/10.3917/rne.031.0041>
- *Ep.1 - La création des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)*. (2016, 26
octobre). [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Qql0h7-zHkQ>
- Fehr, B., & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype
perspective. *Journal of Experimental Psychology : General*, 113(3), 464-486.
<https://doi.org/10.1037/0096-3445.113.3.464>
- Féline A., Lépine J.-P., *Sémiologie des conduites d'inhibition*, Encyclopédie médico-
chirurgicale, Psychiatrie, 37114A10, Paris, 1982.
- Guillaumin, J. B., & le Sage, B. (1990). L'évaluation précoce du tonus : sa
contribution à la compréhension des discordances de l'interaction mère / bébé.
Evolutions Psychomotrices, 8, 19-25.
- Hall, E. T. (1966). *La dimension cachée*. Points Essais.

- Harvey, P. L. (1995). *Cyberespace et communautique*. Presses de l'Université Laval.
- Hubrecht, E. (2006). *Le cheval : Comportement et caractères*. Editions Atlas.
- Jover, M., Brill, B., Devouche, E., Fagard, J., & Lhote, M. (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. Dans J. Rivière (Éd.), *Le développement psychomoteur du jeune enfant* (p. 17-52). Solal.
- Lehmann, J. (2007). Holding et Handling. Dans *La clinique analytique de Winnicott : De la position dépressive aux états-limites* (p. 170-206). Erès.
- Lippmann-Martin, B. (2010). La thérapie avec le cheval. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 161, 50-58.
- Lippmann-Martin, B. (2017). Un cheval pour grandir. *L'école des parents, Sup. au N° 623*, 147-164. <https://doi.org/10.3917/epar.s623.0147>
- MacLean, P. D. (1990). *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions* (1990^e éd.). Springer.
- Mahler, M., & Dupont, J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-héron*, 213(2), 59. <https://doi.org/10.3917/cohe.213.0059>
- Martelot, C. (2015, septembre). *Dialogue corporel et ajustement relationnel : les communications non-verbales au cœur de la relation en thérapie psychomotrice avec le cheval* (Mémoire).
- Mellier, D. (2008). La question du « travail de contenance » dans la petite enfance. *Spirale*, n° 48(4), 19-31. <https://doi.org/10.3917/spi.048.0019>
- Mothe, E. (2015, mai). « Je peux me porter ? » *Portage et contenance en Thérapie Psychomotrice* (Mémoire).
- Neveux, C., Lansade, L., Vidament, M., & Roche, H. (2018, 1 mars). *La communication chez le cheval*. Equipédia. Consulté le 25 février 2022, à l'adresse

<https://equipedia.ifce.fr/sante-et-bien-etre-animal/bien-etre-et-comportement-animal/comportement-du-cheval/la-communication-chez-le-cheval>

- Pireyre, E. W. (2021). Chapitre 4. L'enveloppe : la peau dans l'image du corps. Dans *Clinique de l'image du corps* (p. 57-71). DUNOD.
- *Préclampsie : définition et causes*. (2020, 28 janvier). ameli.fr | Assuré. Consulté le 7 avril 2022, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/preeclampsie/definition-causes#:~:text=La%20pr%C3%A9clampsie%20est%20une,de%20risque%20sont%20en%20cause>.
- Robert-Ouvray, S. B. (1996). *L'enfant tonique et sa mère*. Hommes et perspectives.
- Taly, V., Pesneau, A., Nagara, E., Riou-Bourdon, M. V., Clouët-Coudreuse, M., & Amar, M. (2013). Le développement de la capacité à être seul chez un enfant observé. *La psychiatrie de l'enfant*, 56, 585-601. <https://doi.org/10.3917/psy.562.0585>
- *Vocabulaire de mâles*. (2014, 25 juillet). Émilie Gillet. Consulté le 24 février 2022, à l'adresse <http://emiliegillet.fr/vocabulaire-de-males/>
- Wallon, H. (1934). *Les Origines du caractère chez l'enfant, les préludes du sentiment de personnalité*. Boivin.
- Wills, D. M. (1979). « *The Ordinary Devoted Mother* » and *Her Blind Baby* (Vol. 34, Numéro 1). Informa UK Limited. <https://doi.org/10.1080/00797308.1979.11822999>
- Winnicott, D. W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. PAYOT.
- Winnicott, D. W. (1955). Régression et repli. *Revue française de psychanalyse*, 19(1-2), 323-330.
- Winnicott, D. W. (1957). *L'enfant et le monde extérieur, le développement des relations* (A. Stronck-Robert, Trad. ; édition en langue française 1972 éd.). Science de l'homme Payot.

- Winnicott, D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse : Vol. en langue française 1969* (J. Kalmanovitch, Trad.). Science de l'homme Payot.
- Winnicott, D. W. (1965). *La famille suffisamment bonne*. Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D. W. (1987–1988). *Le bébé et sa mère* (M. Michelin & L. Rosaz, Trad. ; en 1992 pour la traduction française éd.). Science de l'homme Payot.

Résumé

Ce mémoire traite de l'influence des communications non-verbales entre l'Homme et le cheval sur le développement psychique de l'enfant. Les communications non-verbales telles que le dialogue tonique ou encore le regard ont une place importante dans le développement du petit enfant. A travers notamment le holding, décrit par Winnicott, et la mise en place d'un cadre contenant, l'enfant va pouvoir progressivement se construire psychiquement. Cette communication originelle est toujours présente à l'âge adulte et joue un rôle dans les relations humaines. Par exemple, le rapport au corps et à l'espace est nuancé par les différentes distances relationnelles entre les personnes. Le cheval est un être sensori-moteur qui communique essentiellement par la voie infra-verbale. Le dialogue tonique est le principal moyen de communication entre l'Homme et le cheval. Pour ces qualités à la fois de contenance par le portage qu'il peut offrir mais également le dialogue primitif qu'il engendre, il est utilisé dans la thérapie psychomotrice comme médiateur. L'étude de cas cliniques d'enfants de différents âges et avec diverses pathologies, permet de montrer comment la thérapie psychomotrice par le cheval offre un vécu à la fois psychocorporel, en mobilisant le tonus, la sensorialité, le dialogue tonique ou encore les relations spatiales, mais également un vécu psychoaffectif à travers la relation qui se crée entre le cheval, le patient et le thérapeute ; ces vécus peuvent permettre la construction psychique de l'enfant.

Mots clés : communication non-verbale, médiation avec le cheval, psychomotricité, enfant, relation

Summary

This thesis discusses the influence of non-verbal communication between humans and horses on the psychological development of the child. Non-verbal communications such as tonic dialogue or gaze have an important place in the development of the small child. Through holding, described by Winnicott, and the establishment of a containing framework, the child will be able to progressively psychically construct themselves. This original communication is still present in adulthood and plays a role in human relationships. For example, the relationship to the body and to space is nuanced by the different relational distances between people. The horse is a sensory-motor being that communicates essentially through the infra-verbal channel. The tonic dialogue is the main form of communication between human and horse. For its qualities of containment through the carrying that it can offer but also the primitive dialogue that it generates, it is used in psychomotor therapy as a mediator. The study of clinical cases of children of different ages and with different pathologies, allows us to show how psychomotor therapy with the horse offers a psycho-corporal experience, by mobilizing the tonus, the sensoriality, the tonic dialogue or the spatial relations, but also a psycho-affective experience through the relationship that is created between the horse, the patient and the therapist; these experiences can allow the psychic construction of the child.

Key words: Non-verbal communications, mediation with the horse, psychomotricity, child, relationship.