



**HAL**  
open science

# La médiation équine en psychomotricité pour les enfants présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Margaux Gachignard

## ► To cite this version:

Margaux Gachignard. La médiation équine en psychomotricité pour les enfants présentant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Psychologie. 2023. dumas-04317673

**HAL Id: dumas-04317673**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04317673>**

Submitted on 1 Dec 2023

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

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

**UNIVERSITÉ de BORDEAUX**

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

**Institut de Formation en Psychomotricité**

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**LA MÉDIATION ÉQUINE EN PSYCHOMOTRICITÉ POUR LES ENFANTS  
PRÉSENTANT UN TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU  
SANS HYPERACTIVITÉ**

**GACHIGNARD Margaux**  
**Née le 10 mai 2001 à Bordeaux**

Nom de la directrice de Mémoire: BOSC Emma

Juin 2023

**UNIVERSITÉ de BORDEAUX**

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

**Institut de Formation en Psychomotricité**

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**LA MÉDIATION ÉQUINE EN PSYCHOMOTRICITÉ POUR LES ENFANTS  
PRÉSENTANT UN TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU  
SANS HYPERACTIVITÉ**

**GACHIGNARD Margaux  
Née le 10 mai 2001 à Bordeaux**

Nom de la directrice de Mémoire: BOSC Emma

Juin 2023

“Le cheval est un bon maître,  
non seulement pour le corps  
mais aussi pour l’esprit et pour le cœur.”

Xénophon (env. 430-355 avant J. -C.)  
(Claude & Oussedik, 2022)

## Remerciements

---

Je souhaiterais remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement:

- Ma directrice de mémoire et maître de stage, Emma Bosc, pour sa disponibilité, sa bienveillance, son accompagnement dans la construction de ma réflexion et pour l'ensemble des connaissances qu'elle a pu me transmettre.
- Mes différents maîtres de stage et notamment Pauline Gicquel, Virginie Sacré et Antoine Waquier, pour leurs nombreux conseils, le partage de leur pratique professionnelle et les pistes de réflexion qu'ils m'ont apportées.
- Les patients et les professionnels rencontrés durant ma formation, qui ont accepté ma présence, m'ont accordé leur confiance et m'ont amené vers des réflexions sur mon futur métier.
- Ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études.
- Les membres du jury pour le temps qu'ils ont consacré à la lecture de mon travail.

# Sommaire

---

Remerciements .....	3
Sommaire .....	4
Introduction .....	5
Chapitre 1 : Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) .....	7
1) Le TDAH, qu'est ce que c'est? .....	8
2) Historique .....	9
3) Description clinique .....	12
4) Le diagnostic .....	16
5) Etiologie .....	28
6) Thérapeutique .....	32
Chapitre 2 : Médiation équine, psychomotricité et TDAH .....	37
1) La médiation en psychomotricité .....	38
2) La médiation équine .....	41
3) Le TDAH en psychomotricité .....	44
4) L'utilisation de la médiation équine en psychomotricité pour le TDAH.....	61
5) Les limites de la médiation équine .....	70
Chapitre 3 : Illustration clinique .....	72
1) Qui est Anaïs? .....	73
2) Le projet d'accompagnement .....	77
3) La prise en charge .....	79
Conclusion .....	88
Bibliographie .....	90
Table des matières .....	94

## Introduction

---

Étant passionnée et pratiquant l'équitation depuis mon plus jeune âge, je me suis beaucoup questionnée sur l'utilisation du cheval en thérapie psychomotrice durant mes deux premières années d'étude. En effet, pour moi, le cheval pouvait avoir de nombreux bienfaits dans des contextes de soin ou dans la vie quotidienne des individus mais je ne savais pas vraiment comment ni par quels moyens. Ceci m'a donc conduite à réaliser cette année un stage expérimental aux côtés d'une psychomotricienne diplômée depuis 2 ans. Le but était de me permettre de découvrir les apports et les modalités d'intervention du psychomotricien dans la médiation équine.

Ce stage se déroule au sein d'un centre équestre, deux après-midis par semaine. Les patients reçus sont âgés de trois à soixante ans. Sur mon temps de présence dans la structure nous recevons principalement des patients âgés de trois à dix-huit ans présentant différentes pathologies telles que le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), l'autisme Asperger, le syndrome de Mowat Wilson, l'anxiété sociale ou encore la dépression.

L'année dernière j'ai effectué mon stage dans un cabinet libéral où nous avons reçu plusieurs patients présentant un TDAH qui ont attiré mon attention. En effet, c'est un trouble dont on parle de plus en plus, ce qui a motivé mon envie d'en apprendre davantage sur ce sujet. Dans ces situations, j'ai souvent eu l'impression que les parents ou l'entourage se sentaient démunis face à ce trouble, et qu'ils étaient en demande de moyens pour les aider.

Cette année, lors du premier jour de mon stage, mon attention s'est portée sur une jeune fille nommée Anaïs. Elle présente un Trouble du Déficit de l'Attention sans Hyperactivité. Ce suivi m'a donc permis de faire des liens entre la psychomotricité et deux notions que j'avais envie de découvrir plus précisément, la médiation équine et le TDAH.

Tous ces questionnements et réflexions m'ont permis de dégager la problématique suivante:

**En quoi la médiation équine, en psychomotricité, peut-elle jouer un rôle bénéfique auprès des enfants présentant un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité?**

Pour pouvoir y répondre, ma première partie sera consacrée à la description du TDAH et notamment son historique, sa description clinique, son diagnostic, son étiologie et sa thérapeutique. Puis, dans une seconde partie, j'aborderai les liens unissant la médiation équine, la psychomotricité ainsi que le TDAH en définissant le terme de médiation et plus précisément de médiation équine. Je décrirai également le TDAH d'un point de vue psychomoteur, l'utilisation de la médiation équine en psychomotricité pour le TDAH, ainsi que les limites de cette médiation. Enfin, je terminerai ce mémoire avec une illustration clinique.

**Chapitre 1:**

**Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité**

## **1) Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, qu'est-ce que c'est ?**

Le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) est un trouble du neurodéveloppement fréquent qui se manifeste par des niveaux élevés d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité inappropriés (Inserm). Il entraîne un handicap dans la vie de tous les jours.

### **1.1) L'origine du sigle**

Le sigle TDAH qui signifie Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans hyperactivité est d'usage récent, en effet il s'agit de la traduction de l'anglais ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) qui est apparue officiellement dans le DSM-IV ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) en 1994.

### **1.2) La Différence entre l'hyperactivité et le TDAH**

Dans le langage commun, nous parlons d'enfants hyperactifs. Or, dans les classifications françaises et internationales en vigueur, nous ne retrouvons pas cette dénomination d'hyperactivité. Le terme médical est celui du Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. Il ne s'agit pas seulement d'une nuance technique. En effet, dans le terme TDAH le déficit de l'attention est mis en avant et est central dans le trouble. En revanche, les symptômes d'hyperactivité sont facultatifs, il est possible d'avoir ce trouble sans présenter d'hyperactivité. Nous pouvons donc dire que la distinction entre l'hyperactivité telle qu'employée dans le langage commun et le TDAH est essentielle.

Aujourd'hui dans la plupart des cas, le terme d'enfant hyperactif renvoie à l'image d'un enfant incapable de se canaliser, très agité voir incontrôlable. Cependant, la réalité clinique est bien différente, les enfants présentant un TDAH sont généralement gênés par leur difficulté à maintenir leur attention de façon prolongée mais ne présentent pas toujours une instabilité motrice.

L'hyperactivité est un problème majeur dans notre société, en effet cela fait peur. Il y a la crainte d'être débordé par un enfant, particulièrement en collectivité et cela pousse à l'isolement. Le terme d'hyperactivité nuit généralement à l'image sociale de l'enfant et sa famille.

Depuis la quatrième édition du DSM de 1994, il est devenu consensuel d'employer le signe de TDAH. Malgré tout, le terme d'hyperactivité reste le plus employé dans la société.

### **1.3) Quelques chiffres**

Le TDAH est un des troubles les plus fréquents en psychiatrie de l'enfant, il concerne 3,5 à 5,6% des enfants d'âge scolaire d'après la Haute Autorité de Santé. Si l'on imagine des classes scolaires d'une trentaine d'enfants, cela représente un à deux enfants présentant un TDAH dans chaque classe.

Ce n'est pas une maladie rare, en effet chaque enfant est amené à côtoyer des camarades de classe avec un TDAH, au même titre que chaque parent connaît dans son entourage des parents d'enfants TDAH.

Parmi les enfants ayant un TDAH, 10% d'entre eux reçoivent un traitement médicamenteux spécifique. Ce pourcentage a fortement augmenté ces dernières années mais reste bien en dessous des moyennes européennes et nord-américaines. Le taux d'enfants bénéficiant d'un traitement médicamenteux va très probablement augmenter ces prochaines années et ainsi se rapprocher des normes occidentales. Ceci s'explique par une meilleure connaissance du trouble et ainsi un meilleur diagnostic et une prise en charge plus ciblée.

L'âge moyen du diagnostic par un spécialiste se situe à 9-10 ans.

## **2) Historique**

La première description de l'hyperactivité est une bande dessinée écrite par le docteur Heinrich Hoffmann, psychiatre allemand. En 1844, Dr Hoffman voulait offrir un livre à son fils mais aucun ne lui convenait. Il a alors décidé de créer lui-même une bande dessinée contenant de petits contes en vers. Ces derniers décrivent les défauts de certains enfants comme ceux de Pierre, qui refuse de se laisser peigner et de se laisser couper les ongles et ceux de Philippe-qui-gigote. Ces situations évoquent donc des symptômes pouvant être retrouvés dans le TDAH. Son livre fut cité par plusieurs auteurs, notamment par Freud dans son ouvrage *Introduction à la psychanalyse*, comme une illustration du mode de formation des différents symptômes qu'il décrit mais également par André Breton dans son *Dictionnaire abrégé du surréalisme* pour sa fantaisie.

Contrairement à l'aspect graphique du Dr Hoffman, depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la suite de la description de l'hyperactivité s'est effectuée sur un mode plus classique avec des termes assez proches de ceux que nous retenons aujourd'hui.

## **2.1) Description des symptômes**

En 1897, Désiré-Magloire Bourneville, neurologue français, a décrit l'instabilité chez l'enfant avec des termes assez précis "leur mobilité est exubérante, ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à l'autre, ils se font remarquer par l'indifférence aux observations, la désobéissance et l'indiscipline, ils sont susceptibles et irritables, ils sont contrariants et manifestent des penchants pour la destructivité par manque d'harmonie entre l'impulsivité et les inhibitions (...) si on veut les occuper, il faut varier leurs occupations, à peine ont-ils commencé à lire qu'ils veulent écrire." (Wahl, 2018)

En 1925, Henri Wallon rédige une thèse qu'il nomme *l'Enfant turbulent* et dans laquelle il expose ses perceptions des difficultés d'adaptation sociale des enfants instables "il veut imposer ses règles à ses camarades mais sans persévérance de sorte que, plutôt que de diriger les jeux, il les désorganise." (Wahl, 2018)

## **2.2) Evolution des conceptions**

En premier lieu, l'instabilité et la déficience intellectuelle étaient confondues. En 1897, Bourneville distingue l'idiotie absolue, l'idiotie profonde, l'imbécillité et l'imbécillité légère, classant, l'instabilité dans l'imbécillité légère. Cette association fut longtemps conservée, puis Vermeulen fit passer des épreuves psychométriques à ceux qu'il nommait les débiles dysharmoniques dont faisaient partie les instables. Ces épreuves ont permis de constater, chez les enfants instables, une diminution des capacités d'attention et de concentration mais des facilités pour les épreuves explorant la mémoire, le raisonnement, l'imagination et l'habileté.

Dans un second temps, la deuxième approche proposa une explication morale de l'instabilité. Pour George Still, les enfants instables souffrent de "dommages qui affectent les fonctions intellectuelles supérieures comme le contrôle moral." (Wahl, 2018)

Puis, s'est posé la question de la signification de l'instabilité. Paul Boncour énonce en 1912 que « l'excitabilité psychomotrice » peut être liée à de simples troubles digestifs. Ainsi le terme « instable » ne correspond pas à l'origine du trouble mais seulement à une désignation.

Still, en 1902, est le premier à tenter de donner une explication neurologique de l'hyperactivité. Pour lui, un grand nombre d'enfants instables souffrent de « grosses lésions cérébrales, de méningo-encéphalites ou de traumatismes crâniens. » (Wahl, 2018)

Cependant un certain nombre d'auteurs dont Wallon et Ajuriaguerra n'étaient pas en accord avec cette approche purement lésionnelle. En effet, ils n'excluent pas la possibilité d'un trouble moteur ou d'une pathogénie psychoaffective.

En 1968, aux Etats-Unis, on retrouve dans le DSM II, un diagnostic de « réaction hyperkinétique » qui associe agitation, distractibilité et manque d'attention. Ce diagnostic ne peut être retenu seulement s'il résulte d'une souffrance affective et doit être écarté si une lésion cérébrale est établie.

Le DSM II propose donc une stricte définition psychoaffective de l'hyperactivité tandis qu'en France d'autres cliniciens proposent une définition anatomo-clinique. Par exemple, Henri Wallon distingue quatre niveaux de turbulence qui sont cérébelleuse, mésodiencephalique, optostriée ou frontale. Ajuriaguerra, lui, oppose la forme caractérielle de l'instabilité à une forme subchoréique avec une prédominance des troubles moteurs.

### **2.3) Evolution de la dénomination**

Suite à la dénomination de « réaction hyperkinétique » dans le DSM-II, la terminologie du TDAH n'a cessé d'évoluer. En 1980, dans la troisième version du DSM on retrouve le terme de « trouble déficitaire de l'attention » puis dans le DSM-IV en 1996, le terme « trouble déficitaire » est remplacé par « Trouble Déficit ». L'appellation « trouble hyperkinétique » reste présente dans la dixième édition de la Classification Internationale des Troubles Mentaux (CIM-10). Cependant, la version provisoire de la CIM-11 préconise l'appellation de TDAH.

### **3) Description clinique**

Le TDAH se définit par une triade symptomatique, c'est-à-dire qu'il existe trois grands groupes de symptômes qui constituent le trouble. Il s'agit de l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité. Il n'est pas possible de décrire un profil type de l'enfant atteint de TDAH, en effet ce trouble se décline en plusieurs registres.

Nous pouvons décrire trois formes de TDAH:

- une forme mixte qui associe les trois grands symptômes
- une forme qui correspond à une inattention prédominante
- une forme dans laquelle nous retrouvons une hyperactivité et une impulsivité prédominantes.

#### **3.1) Les trois grands groupes de symptômes du TDAH**

##### **3.1.1) Le déficit de l'attention**

L'attention est un processus cognitif permettant de se concentrer sélectivement sur une cible ce qui sous-entend de pouvoir ignorer les autres sources de distractions.

Le développement de l'attention est essentiellement lié à la croissance lente et progressive de certaines zones du cerveau, notamment les régions frontales du cortex cérébral, de la naissance à l'âge adulte. Différents éléments vont participer à sa construction, notamment les interactions avec le milieu, le développement de l'intelligence, l'affinement des sens et la motivation.

Dans les travaux de recherche, nous retrouvons deux caractéristiques de l'attention qui sont fréquemment décrites : l'intensité correspondant à l'aspect quantitatif du mécanisme attentionnel comprenant l'état d'alerte, la vigilance et l'attention soutenue et la sélection représentant l'aspect qualitatif comprenant l'attention sélective ainsi que l'attention partagée.

De plus, il existe différents types d'attention:

- L'attention soutenue correspondant à la capacité de focaliser ses ressources attentionnelles sur une seule cible de façon durable. Il s'agit du premier type d'attention à se développer

durant l'enfance, permettant ainsi d'assurer progressivement une meilleure perception et une meilleure analyse des objets de l'environnement.

- L'attention sélective relative au maintien de l'attention sur une cible en présence de distracteurs. Cela permet la focalisation des ressources cognitives sur les informations pertinentes et l'inhibition des informations de l'environnement non pertinentes. Contrairement à l'attention soutenue, cette attention sélective se développe plus tardivement dans le développement de l'enfant. Son développement débute lorsque l'enfant choisit l'objet de son attention parmi d'autres ou encore lorsqu'il alterne entre plusieurs modalités sensorielles comme par exemple entre ce qu'il regarde et ce qu'il écoute.
- L'attention partagée ou divisée correspondant à la capacité de gérer deux ou plusieurs sources d'informations simultanément. Dans la plupart des cas, les tâches complexes nécessitent de porter son attention sur plusieurs composantes. Si nous prenons l'exemple de la lecture, il faut déchiffrer les mots et comprendre la sémantique. On peut également retrouver ce phénomène dans l'écriture qui implique la réalisation graphique associée à la correction orthographique tout en écoutant les consignes. L'attention partagée est le dernier type d'attention à se mettre en place. Au fur et à mesure des expériences, certaines tâches vont devenir automatiques, ce qui permettra par la suite de les combiner avec d'autres.

La neurophysiologie permet d'éclairer certaines questions concernant l'attention. Elle précise que les registres attentionnels correspondent à des localisations anatomiques distinctes et également à l'action de différents neurotransmetteurs. Ainsi, la sérotonine augmente l'attention aux stimuli nouveaux tandis que la dopamine privilégie l'information mémorisée et diminue donc la sensibilité à l'information nouvelle.

L'attention peut être mobilisée de deux façons. Tout d'abord, au travers de la nature du stimulus pouvant être un événement inattendu comme la chute d'un stylo pendant un temps d'écriture silencieux. Cela va attirer l'attention du reste de la classe, on parle alors d'attention sélective exogène. Celle-ci peut être contrôlée en aménageant notamment l'environnement pour éviter l'apparition de divers stimuli.

La deuxième façon concerne l'acte de la volonté. Ainsi, il est possible de porter volontairement son attention sur un stimulus parmi d'autres, même si celui-ci n'est pas le plus évident dans la situation. Par exemple, une personne peut écouter la voix d'une autre personne malgré un fond sonore très

broyant. Ceci correspond à l'attention sélective endogène, contrairement à la situation d'avant, ici nous allons chercher à la renforcer.

Pour considérer les processus attentionnels comme véritablement matures, il faut attendre la fin du développement des différentes structures cérébrales impliquées dans ce dernier. Dans la majorité des cas, cela se situe entre 10 et 12 ans. Il est important de préciser que la maturation cérébrale n'évolue pas au même rythme pour chacun, il est donc possible d'observer des différences au sein d'une même classe. Jusqu'à trois ans, il existe une phase d'instabilité psychomotrice comprenant l'agitation, l'inattention et la précipitation. Cette phase peut être plus ou moins prononcée en fonction du tempérament de l'enfant.

En fonction de l'âge, des durées sont définies durant lesquelles les enfants peuvent maintenir leur attention pour réaliser une tâche précise. Nous pouvons observer que ces durées s'agrandissent avec l'âge. Avant 3 ans, cette durée est comprise entre 3 et 10 minutes, ce temps d'attention est très court et variable d'un enfant à l'autre. Vers 3 ans, c'est le début des jeux avec une consigne et ainsi une durée d'attention comprise entre 10 et 15 minutes. Entre 3 et 6 ans, un enfant peut rester concentré au sein d'un groupe et commencer à travailler en autonomie entre 15 à 30 minutes. 30 minutes d'attention soutenue ne sont possibles que pour les enfants entre 6 et 8 ans. Enfin, entre 10 et 12 ans, un enfant est capable de maintenir son attention soutenue pendant 45 minutes, se rapprochant ainsi des possibilités de l'adulte.

### 3.1.2) L'hyperactivité

L'hyperactivité est une agitation physique se manifestant sans grand répit et perturbant l'ordonnancement de toute activité. Elle se traduit par une forme d'instabilité motrice avec un mouvement permanent pouvant être léger comme se tortiller les mains, ou plus important comme courir ou sauter. On peut également retrouver une difficulté à réguler le degré d'un mouvement avec par exemple la réalisation de gestes amples ou encore la prise de risques physiques. Il s'agit d'un trouble autant comportemental que corporel. Selon l'étude de Teicher en 1996, les enfants présentant de l'hyperactivité, en comparaison aux autres qui n'en présentent pas, remuent deux fois plus souvent la tête, trois fois plus souvent le corps, et couvrent quatre fois plus d'espace de jeux.

### 3.1.3) L'impulsivité

L'impulsivité se définit par un défaut de contrôle et une difficulté à retarder une réponse. Il existe deux formes d'impulsivité. Elle peut être motrice notamment chez le jeune enfant, où il peut par exemple, arracher un objet des mains d'un autre enfant ou encore prendre des affaires sans demander la permission ou cognitive et se traduire par le fait de couper la parole, parler sans lever le doigt ou encore faire un exercice sans avoir pris le temps de lire l'énoncé. Cette forme est la plus courante.

## **3.2) Le TDAH chez l'enfant**

Le TDAH peut se manifester de façon différente chez chaque enfant mais il est possible de retrouver des similitudes dans son expression.

### 3.2.1) A l'âge préscolaire

D'après le témoignage de plusieurs mères, elles ont pu affirmer que, dès la grossesse, en comparaison aux frères et sœurs, l'enfant bougeait beaucoup et donnait régulièrement des coups. Cette phase d'hypermobilité fœtale se confirme généralement à la naissance. Ce sont des enfants qui sont en mouvement permanent, qui pleurent beaucoup et qui s'endorment à des heures irrégulières suite à l'épuisement provoqué par les hurlements prolongés. Le sommeil étant de mauvaise qualité, ils se réveillent régulièrement la nuit spontanément ou en réponse à une légère stimulation auditive. Les parents évoquent que les enfants aiment prendre des risques au travers de leur inventivité.

Vers deux ans, l'opposition est très présente à laquelle peut s'ajouter de l'agressivité, de l'insatisfaction et de l'intolérance. Lors de l'entrée en maternelle, pour certains les contraintes de l'école ne sont pas appréciées tandis que pour d'autres l'école se passe très bien et les difficultés resurgissent le soir à la maison pouvant entraîner de la culpabilité chez certains parents. Les parents retrouvent souvent beaucoup d'annotations dans le carnet de correspondance. Concernant les relations sociales, ils veulent imposer leur règle du jeu et ainsi entraînent la fuite de leurs camarades ou attirent ceux aimant la bagarre.

### 3.2.2) A l'âge scolaire

A l'entrée au CP, l'agitation est généralement beaucoup moins tolérée, ce qui entraîne le placement au premier rang pour une meilleure surveillance ou au fond de la classe. Le quotidien de ces enfants est rythmé par les échecs et les conflits. Il est extrêmement difficile pour eux d'accepter le silence, le respect, l'attente, l'effort. Chez ces enfants nous retrouvons de la dispersion, de la rêverie, du griffonnage, de l'agitation ou encore du bavardage. La mémoire à long terme n'est pas impactée, en revanche la mémoire immédiate est entravée par le déficit attentionnel. Parfois ces comportements peuvent être perçus comme intentionnels ce qui peut conduire à des punitions puis au découragement de l'enfant.

## **4) Le diagnostic**

Il s'agit d'un diagnostic médical. Généralement le médecin qui pose le diagnostic est le pédopsychiatre, cependant le pédiatre ou le neuropédiatre peuvent également le faire, ceci dépend de l'organisation des soins dans le territoire. De plus, c'est un diagnostic multidisciplinaire.

### **4.1) Le diagnostic clinique du TDAH**

Le diagnostic du TDAH est un diagnostic clinique, pouvant être défini comme l'ensemble de ce que nous observons et apprenons des patients ou de leurs proches. Il s'appuie sur le recensement des manques et des excès. Par exemple, il est possible de décrire un manque d'attention et un excès de bavardage. Ces signes comportent une part de subjectivité, en effet il n'existe aucun critère objectif pour distinguer ce qui relève du normal et du pathologique. De plus, nous pouvons constater qu'il n'existe pas un signe pathognomonique dont la présence pourrait permettre de poser le diagnostic du TDAH. Au même titre, les symptômes du TDAH ne sont pas spécifiques. En effet, il est possible de retrouver des signes d'inattention lors de phases dépressives. Ce diagnostic doit donc être établi avec quelques précautions mettant en évidence l'importance de la diversité des sources et de la concordance des témoignages. Effectivement, il n'est pas possible de se référer à un seul témoignage ou à un seul milieu. Le médecin doit donc intégrer, dans son évaluation, les bilans qui auraient été éventuellement réalisés comme le bilan orthophonique, les tests psychologiques ou encore le bilan psychomoteur.

L'entretien, avec les parents et l'enfant, constitue une étape primordiale. Au travers de celui-ci il est possible d'explorer les différents aspects de la vie de l'enfant susceptibles d'expliquer ou de favoriser les symptômes du TDAH. Il reprend les éléments de l'histoire développementale de l'enfant et y intègre les aspects affectifs des différentes périodes sensibles.

Il permet de se renseigner sur le comportement de l'enfant en famille en questionnant plusieurs points : ses relations avec ses parents et ses frères et sœurs, son comportement lors du coucher, la nuit ou au réveil, sa réaction face aux contraintes et aux frustrations, sa capacité à se poser et à se concentrer, son respect des règles et des consignes, sa patience, ou la présence d'une agitation motrice. Ensuite, il permet de questionner l'état de santé somatique en demandant par exemple si l'enfant a des troubles visuels ou auditifs. Il aborde par la suite le développement pré, per et postnatal en demandant s'il y a des événements importants à évoquer comme une prématurité.

D'autres éléments de l'anamnèse sont également importants tels que la dynamique familiale avec notamment son cadre affectif comprenant la personnalité des parents mais aussi la qualité des affects, son cadre éducatif avec les interdits et les libertés mais aussi les priorités et la gestion des conflits. Enfin le cadre social en questionnant la profession des parents et le niveau de vie.

Au cours de cet entretien, il est essentiel de questionner sur le parcours et les résultats scolaires de l'enfant en évoquant chaque discipline et en recherchant des troubles spécifiques d'apprentissages.

L'observation de l'enfant lors de l'entretien apporte des éléments importants. En effet, il est possible d'observer une exploration bruyante de l'environnement, certains enfants pouvant poser beaucoup de questions et interrompre la conversation entre le professionnel et leurs parents. Il est important de garder à l'esprit que les symptômes du TDAH ne sont pas toujours visibles. En effet, la timidité de certains enfants peut prendre le dessus.

## 4.2) Les critères diagnostiques du TDAH

Les deux principaux questionnaires diagnostiques du TDAH sont proposés par le DSM-5 et la CIM-11.

Dans le DSM-5, nous retrouvons les critères diagnostiques du TDAH. Le critère d'inattention est présent lorsque six (ou plus) des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins six mois, et ont directement des conséquences négatives sur les activités sociales et académiques/professionnelles :

- souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou ses tâches domestiques (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes
- a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

Ensuite, un individu présente des signes d'hyperactivité et d'impulsivité lorsque six (ou plus) des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité ont persisté au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant.

Concernant l'hyperactivité :

- remue souvent les mains et les pieds, ou se tortille sur son siège
- se lève en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- souvent court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adultes ou les adolescents, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)

- a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs
- est souvent « sur la brèche » ou agit comme s'il était monté sur ressort
- parle trop souvent

Concernant l'impulsivité :

- laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- souvent du mal à attendre son tour
- interrompt souvent les autres ou impose sa présence (fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

Il est important de noter qu'il faut adapter les exigences par rapport au développement de l'enfant, l'évaluation doit donc être adaptée à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant. Par exemple pour l'hyperactivité et l'impulsivité, il faut prendre en compte que les jeunes enfants ont des comportements moteurs beaucoup plus instables de façon physiologique et cette instabilité diminue progressivement au cours de la maturation. De plus, il existe une grande variabilité d'un enfant à l'autre et en particulier chez les plus petits.

D'autres critères sont également présents :

- certains des symptômes d'hyperactivité/impulsivité ou d'inattention étaient présents avant l'âge de douze ans
- certains des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité sont présents dans deux ou plus de deux types d'environnements différents (exemple : à la maison, l'école ou le travail ; avec des amis ou des relations ; dans d'autres activités)
- on doit clairement mettre en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel et de la qualité de vie
- les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par un prise de substance ou son arrêt).

Un des critères les plus importants dans le TDAH est celui du retentissement. En effet, presque tous les enfants présentent des symptômes du TDAH, quel enfant n'est jamais étourdi? Quel enfant écouterait toujours les consignes de ses parents ? Quel enfant ne couperait jamais la parole ? Si tous les symptômes sont bien tolérés, même s'ils sont nombreux, ils ne peuvent pas

constituer un trouble. La tolérance du milieu est également très importante, certains parents tolèrent plus ou moins le manque d'autonomie et d'organisation ou encore l'instabilité motrice, il en est de même chez les enseignants qui ont des styles pédagogiques et des tolérances variables. Le point essentiel pour l'évaluation est la souffrance de l'enfant.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'importance n'est pas tant la présence des symptômes, mais la façon dont ils sont vécus au quotidien.

### **4.3) Les différents examens**

#### 4.3.1) Le bilan psychométrique

Le bilan du TDAH comprend une évaluation des compétences qui devrait être réalisée de façon systématique. Elle ne permet pas de poser le diagnostic mais elle apporte des renseignements et permet ainsi de mieux comprendre le fonctionnement global de l'enfant. Les tests de quotient intellectuel sont adaptés à l'âge de l'enfant. La passation se fait avec une psychologue formée et le test le plus couramment utilisé est le WISC 5. Cela permet d'observer le comportement pendant la passation, comment il maintient son attention, sa fatigabilité ou encore son instabilité motrice. Les résultats des tests permettent de diagnostiquer une déficience intellectuelle ou un haut potentiel intellectuel et également de réparer ses points forts et ses points faibles pour l'aider à s'appuyer sur ses ressources. A la suite de ce bilan, le retour à l'enfant et sa famille est très important et l'objectivation des compétences est primordiale pour la réassurance.

#### 4.3.2) Les tests d'attention

L'exploration des capacités d'attention peut s'effectuer grâce à des batteries de tests neuropsychologiques. Il n'existe pas un seul test qui permettrait de poser le diagnostic. Certains enfants présentant un TDAH parviendront à réussir les tests. En effet, se retrouver dans une situation motivante et stimulante peut aider à mobiliser les ressources attentionnelles. Il n'est pas possible d'éliminer le diagnostic du TDAH face à des tests d'attention normaux.

Cependant, ces tests donnent des informations concernant la sévérité de la gêne attentionnelle. Ils peuvent également être utilisés pour constater l'évolution de l'enfant suite à une prise en charge qu'elle soit médicamenteuse ou non.

#### 4.3.3) Le bilan orthophonique

Le bilan orthophonique a une importance majeure dans l'évaluation du TDAH. En effet, les troubles des apprentissages sont très fréquents dans cette population. L'orthophoniste met en évidence un trouble du langage ou du langage écrit tel que la dyslexie ou la dysorthographe. En général, elle concerne 5 à 10% des enfants, or dans le TDAH elle touche jusqu'à 30% des enfants. Ses répercussions sont majoritaires au niveau scolaire avec une lenteur, un manque de précision et de compréhension en lecture.

#### 4.3.4) Le bilan psychomoteur

Selon Laurence Vaivre-Douret "Le bilan psychomoteur est un outil indispensable au psychomotricien, même si cette évaluation doit être adaptée en fonction des pathologies et de la population. Sa valeur clinique, sous l'angle neuro-psycho-physiologique, souvent peu exploitée, permet pourtant de formuler des hypothèses sur les principales fonctions psychomotrices (...) afin de les analyser une à une et d'en faire la synthèse. Ceci incite d'une part à essayer de comprendre l'origine du/des trouble(s) présenté(s) et d'autre part d'orienter le projet thérapeutique de façon plus adéquate." (Laurence Vaivre-Douret, 2015)

Une évaluation psychomotrice du TDAH est également possible. Celle-ci débutera par un entretien se déroulant en général avec les parents et l'enfant. Cet entretien reprend les éléments énoncés précédemment et aborde également d'autres éléments tels que les acquisitions psychomotrices, l'origine de la demande et les attentes des parents et de l'enfant de ce bilan. A la suite de cet entretien, le psychomotricien peut faire passer un bilan à l'enfant. La passation se déroule en général sur plusieurs séances. Tout au long de l'examen, il est important d'observer l'activité spontanée de l'enfant dans les activités ludiques ou dans les activités dirigées. Cela permettra d'évaluer l'engagement du corps dans l'action, l'attitude, la gestualité ainsi que le comportement qui accompagne comme l'instabilité, l'inhibition, l'opposition ou encore les réactions de prestance. Différents tests peuvent être proposés à l'enfant pour évaluer les fonctions psychomotrices qui peuvent être perturbées par le TDAH. Nous pouvons retrouver par exemple le M-ABC2 et le Charlop-Atwell pour la motricité, le Naville pour les capacités de planification de stratégie de déplacement dans l'espace ou encore le corkum pour l'attention visuelle soutenue, la statue de la NEPSY 2 pour l'inhibition et la persistance motrice ou le Laby 5-12 pour l'inhibition, l'auto-contrôle moteur et la planification. Le déroulement ne comporte pas d'ordre strict pour la

passation des épreuves, le psychomotricien s'adapte à la personnalité de l'enfant et à sa disponibilité au cours du bilan.

#### **4.4) Le diagnostic différentiel**

Une fois le recensement et le regroupement des symptômes effectués, il faut discerner les maladies présentant des symptômes analogues. Il s'agit du diagnostic différentiel.

En général, toute maladie peut entraîner une baisse d'attention et une agitation. Par exemple, les troubles du sommeil liés à une obstruction peuvent s'accompagner d'une somnolence la journée. Dans ce cas, il est possible de réaliser un bilan ORL et en particulier dans des situations de ronflement ou de surpoids

Nous pouvons également retrouver des signes d'agitation motrice dans l'hyperthyroïdie, et au contraire l'hypothyroïdie, elle, est plutôt associée à un ralentissement psychomoteur pouvant entraîner un déficit d'attention. Dans les formes partielles d'épilepsie, les absences peuvent faire penser au déficit attentionnel. En cas de doutes, il est parfois nécessaire de réaliser un électroencéphalogramme. Les tumeurs cérébrales, notamment frontales, peuvent entraîner une agitation avec une impulsivité et une désinhibition. Une consultation neurologique est préconisée en cas de céphalées et de vomissements.

Le déficit cognitif, lui, confronte à l'échec ce qui peut entraîner chez l'enfant une agitation et une inattention. Dans ce cas pour différencier le TDAH du déficit cognitif il sera réalisé un bilan psychologique comprenant la passation d'un test de quotient intellectuel.

L'ennui peut se manifester chez les enfants intellectuellement précoces comme l'énonce le DSM-5 : "l'inattention en classe peut aussi survenir quand les enfants avec un haut niveau d'intelligence évoluent dans un environnement académique insuffisamment stimulant pour eux."

D'autres troubles psychiatriques peuvent également faire penser au TDAH. Par exemple, l'anxiété peut s'accompagner d'agitation, la schizophrénie d'impulsivité et la dépression d'inattention. Au niveau affectif, la prise en compte de la dynamique familiale et du profil de l'enfant est essentielle. Si on reprend l'exemple de la dépression qui s'accompagne d'inattention mais également d'agitation, il est parfois difficile de faire la part des choses car la dépression est

aussi une conséquence du TDAH. Dans ces cas-là, la précision de la chronologie des symptômes et du contexte environnemental a une importance majeure.

#### **4.5) Les troubles comorbides**

Le TDAH est rarement isolé chez l'enfant, on appelle ces troubles associés les troubles comorbides ou comorbidités et ils sont présents chez la grande majorité des enfants. D'après les études, deux tiers des enfants présentant un TDAH auraient au moins un autre diagnostic pédopsychiatrique associé.

Les diagnostics fortement associés au TDAH sont :

- Le Trouble Oppositionnel avec Provocation dans plus de la moitié des cas
- Le Trouble des Conduites dans quinze à vingt pour-cent des cas chez l'adolescent
- Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur qui fait partie de la nouvelle catégorie diagnostique du DSM-5
- Le trouble anxieux, avec en particulier l'anxiété généralisée et l'anxiété de séparation, dans vingt pour-cent des cas
- Les troubles du sommeil
- Le trouble spécifique de l'acquisition des apprentissages avec la dyslexie ou la dyscalculie dans près de trente pour-cent des cas
- Le syndrome de Gilles de la Tourette
- Le trouble bipolaire
- Les troubles du spectre autistique peuvent s'associer au TDAH dans les nouvelles catégorisations du DSM-5 de 2013

##### 4.5.1) Les troubles du sommeil

Concernant les troubles du sommeil, les observations expérimentales ont montré que lorsque nous sommes en situation de privation de sommeil, des symptômes du TDAH peuvent apparaître tels qu'une baisse d'attention mais également une impulsivité et une instabilité motrice. Nous pouvons donc nous demander si le TDAH peut être secondaire à un trouble du sommeil.

En clinique, beaucoup d'anomalies du sommeil apparaissent chez les enfants présentant un TDAH. En effet, il est possible d'observer un retard de phase, c'est-à-dire des enfants qui

s'endorment tard et se réveillent tard. Il existe une association plus fréquente avec les parasomnies comme le somnambulisme, le bruxisme qui est le grincement des dents dans son sommeil, la somniloquie qui, elle, correspond au fait de parler en dormant et également les terreurs nocturnes. On retrouve une association plus fréquente avec le syndrome des jambes lourdes sans repos, c'est-à-dire des douleurs dans les jambes qui augmentent en fin de journée et la nuit. Enfin, d'un point de vue plus subjectif, les parents d'enfants présentant un TDAH décrivent des enfants qui bougent beaucoup durant leur sommeil. Nous pouvons donc dire qu'il existe des points communs cliniques et physiopathologiques entre le TDAH et les troubles du sommeil. Il paraît donc indispensable d'explorer le sommeil des enfants avec un TDAH par l'interrogatoire et par des consultations spécialisées si besoin.

#### 4.5.2) Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur défini par une alternance de phases maniaques et de dépression. Il est possible d'observer des symptômes communs dans le TDAH et dans le trouble bipolaire précoce. En effet, l'agitation psychomotrice et l'impulsivité se retrouvent dans les deux troubles. La logorrhée et l'inattention sont également des symptômes communs. Enfin, la dysrégulation émotionnelle avec des fluctuations thymiques rapides est aussi présente dans le TDAH. La présence de ce symptôme, en général, alerte les parents et fait évoquer un trouble de l'humeur.

Cependant, il existe des éléments pour différencier les deux troubles. Le trouble bipolaire est très rare avant l'adolescence. Dans le TDAH, les symptômes sont en général relativement stables tandis que dans le troubles bipolaire nous pouvons retrouver des fluctuations, avec des phases beaucoup plus prononcées et d'autres plus calmes que l'on qualifie d'asymptomatiques. Chez les jeunes bipolaires, nous retrouvons souvent des antécédents familiaux. Et enfin, nous retrouvons des épisodes thymiques plus marqués chez les jeunes présentant un trouble bipolaire avec des dépressions sévères ou encore des idées suicidaires.

#### 4.5.3) Le trouble oppositionnel avec provocation

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) concerne plus de la moitié des enfants avec un TDAH. Dans la plupart des cas, il est le motif principal de consultation en pédopsychiatrie. L'opposition fait partie du développement de l'enfant lorsqu'il apprend à s'individualiser vers l'âge de dix-huit mois, et peut continuer à se manifester durant la petite enfance. Les colères, au même titre, ne sont pas considérées comme pathologiques chez le jeune enfant jusqu'à l'âge de quatre ans. Cependant, chez certains enfants, une opposition très précoce peut s'observer et durer dans le temps de façon anormale. Lorsque cela prend des proportions importantes dans la vie familiale ou scolaire, il faut le considérer comme un trouble.

Les différents critères sont la présence de colères, la tendance à contester ce que disent les adultes, l'opposition aux consignes ou non obéissance, la tendance à embêter les autres, faire porter aux autres la responsabilité de ses propres erreurs, la susceptibilité excessive, être souvent fâché et rancunier et se venger.

Ce trouble est pesant pour les familles au quotidien et la prise en charge du TDAH doit également se centrer sur des techniques au quotidien pour gérer ces symptômes.

#### 4.5.4) Le trouble des conduites

Le trouble des conduites est caractérisé par un ensemble de comportements persistants dans lesquels sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales. Il apparaît généralement à l'adolescence. Dans ce trouble, nous pouvons retrouver des agressions envers les personnes et les animaux, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol ou encore la violation grave de règles établies. Ce trouble est plus fréquent chez les garçons et un début précoce est un facteur pronostic d'évolution défavorable.

#### 4.5.5) Le trouble dépressif

Fréquemment, les difficultés que rencontrent les enfants présentant un TDAH entraînent une souffrance et celle-ci peut engendrer des symptômes dépressifs qui peuvent évoluer vers un état dépressif majeur.

Dans cette situation, les symptômes à repérer en premier sont les idées d'auto-dépréciation chez les enfants qui se dévalorisent, répètent qu'ils sont nuls, qu'ils n'y arriveront pas, ce qui peut aller jusqu'à un refus d'essayer de nouvelles choses. Il faut également prêter attention aux changements de comportement, de goût ou d'intérêt comme par exemple la perte d'envie de participer à des activités scolaires ou la modification des relations sociales. Il peut y avoir des conséquences somatiques avec des modifications de sommeil ou d'appétit ce qui entraînerait potentiellement des insomnies et des pertes ou des prises de poids. Chez l'adulte il est possible d'observer un ralentissement psychomoteur dans la dépression tandis que chez l'enfant il s'agit plutôt d'une excitabilité et d'une agitation. Nous pouvons donc retrouver dans le TDAH une exacerbation des symptômes avec une hyperactivité plus forte et une inattention plus marquée. Enfin, les idées noires représentent des indicateurs de sévérité de l'épisode dépressif et elles peuvent évoluer vers des idées suicidaires qui nécessitent d'être évaluées, repérées et prises en charge très rapidement.

#### 4.5.6) Le trouble anxiété de séparation

Le trouble anxiété de séparation est une anxiété excessive concernant la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles l'enfant est attaché. Ce trouble entraîne une gêne au quotidien, ils sont déstabilisés par chaque nouvelle situation. Par exemple, il va être difficile d'aller dormir chez un copain, lorsque ces enfants sont séparés de leurs parents, ils vont sans cesse penser à les retrouver et vont avoir peur que quelque chose de grave leur arrive. Les symptômes varient avec l'âge. TDAH et anxiété de séparation sont des troubles qui peuvent s'aggraver réciproquement, en effet les enfants qui sont en difficulté pour se séparer de leurs parents peuvent se sentir mal à l'école parce que leurs parents leur manquent ou car ils se font du souci pour eux et ainsi leurs capacités attentionnelles seront altérées et ils ne seront pas totalement disponibles pour investir les apprentissages.

Dans le cas inverse, la scolarité peut se montrer difficile pour les enfants présentant un TDAH. Les difficultés rencontrées dans le travail ou le sentiment d'échec peuvent entraîner une insécurité chez l'enfant, qui, par la suite, souhaitera rester à la maison dans un environnement familial et protecteur.

Le refus scolaire anxieux est un trouble anxieux sévère qui nécessite donc une surveillance dans cette population à risque.

#### 4.5.7) Le trouble spécifique du langage écrit (dyslexie)

Le TDAH et la dyslexie sont très liés, trente pour-cent des enfants avec un TDAH présentent une dyslexie et un tiers des enfants souffrant de dyslexie présenterait un TDAH.

Le déficit de l'attention rend l'automatisation des apprentissages plus difficile. Par exemple, un enfant inattentif est moins disponible pour acquérir de nouvelles connaissances et pour mémoriser rendant l'automatisation de la lecture plus difficile.

De façon réciproque, la dyslexie rend la lecture coûteuse en terme attentionnel. Le déchiffrage n'étant pas automatique, l'enfant se retrouve en situation d'effort dès qu'il est confronté à la lecture. Ainsi une partie de ses ressources attentionnelles sont mobilisées et il est difficile pour lui de se concentrer à la fois sur la lecture elle-même et sur le sens.

Le TDAH et la dyslexie sont des troubles qui s'aggravent mutuellement, la rééducation orthophonique sera difficile pour un enfant dyslexique avec un TDAH, de même que la dyslexie aura tendance à surcharger les capacités attentionnelles déjà limitées chez les enfants présentant un TDAH. Pour que la prise en charge soit efficace, elle doit donc cibler conjointement ces deux troubles.

#### 4.5.8) Les troubles du spectre de l'autisme (TSA)

L'autisme est un trouble du neurodéveloppement qui se manifeste par une altération des relations sociales, une altération de la communication et des comportements ou intérêts restreints ou stéréotypés. Des liens peuvent être faits avec le TDAH. En effet, dans leurs moments d'inattention certains enfants semblent être dans leur monde comme coupés de l'extérieur. De plus, pour certains il peut exister des difficultés dans les relations sociales et des crises de colère.

L'association du TDAH et du TSA est récente, elle est apparue dans le DSM-5, auparavant le diagnostic d'autisme prédominait. Lorsqu'un enfant, avec un TDAH, présente des particularités telles que des intérêts spécifiques ou encore une difficulté dans l'ajustement social, le diagnostic devra être précisé afin de mieux cibler la prise en charge.

## **5) Etiologie**

Le TDAH est un trouble d'origine multifactorielle. Le rôle des différents facteurs impliqués est variable en fonction des enfants et des familles. Il existe des facteurs propres à l'enfant et des facteurs liés à son environnement.

La cause du TDAH dépendrait majoritairement de facteurs d'origine génétique, l'héritabilité du trouble est estimée à près de quatre-vingt pour-cent. D'autres facteurs de nature environnementale précoces sont mis en avant. Le tabagisme de la mère pendant la grossesse fait partie des facteurs de risque du TDAH chez l'enfant à naître, même si les hypothèses explicatives sont variables. Un enfant qui né avec un faible poids de naissance en cas de prématurité ou d'un retard de croissance intra-utérin a un risque plus important de développer un TDAH. Le stress au cours de la grossesse fait l'objet de nombreuses recherches mais il reste difficile à évaluer chez l'homme. Enfin, la qualité des relations précoces et la sécurité de l'attachement précoce du nouveau-né jouent un rôle dans la régulation des émotions et la focalisation de l'attention.

### **5.1) Les questions que l'on se pose aujourd'hui**

Nous entendons fréquemment que le TDAH est "une maladie à la mode" ou encore que "maintenant tous les enfants sont hyperactifs". Ceci laisse penser qu'il s'agirait d'un phénomène de société et ainsi que le TDAH serait la conséquence d'un nouveau mode de vie, notamment avec les écrans ou encore les séparations parentales. Cependant ceci ne semble pas être validé par des données objectives. En effet, le TDAH n'est pas apparu avec la télévision. Comme vu précédemment, les premiers cas d'enfants agités ont été décrits au XIXème siècle et le TDAH a été inclus dans les catégories psychiatriques en 1968. De plus, aucun argument n'a été trouvé pour dire que la prévalence du TDAH aurait augmenté lors des dernières décennies, auparavant il n'y avait pas de recensement rigoureux pour évaluer le taux d'enfants atteints par le trouble. En revanche, il y a eu une modification du repérage et du diagnostic du TDAH permis par une meilleure connaissance du trouble. Enfin, il est possible d'observer que le taux de TDAH est stable selon les

cultures ce qui permet de dire qu'il ne dépend pas du mode de vie. Il n'y aurait donc aucun argument pour dire qu'il y aurait moins d'enfants avec un TDAH dans les environnements de vie tournés vers la nature et isolés de la technologie.

#### 5.1.1) La séparation parentale

Le lien entre le TDAH et la séparation parentale est souvent utilisé pour expliquer les difficultés d'attention chez l'enfant. Aujourd'hui, les enfants sont de plus en plus nombreux à grandir avec des parents séparés, c'est donc une question de société. Ils sont ainsi exposés plus fréquemment à de nouveaux modèles familiaux. Il semble difficile d'établir une relation entre le TDAH et la séparation des parents mais plusieurs points peuvent être pris en compte. En pédopsychiatrie, il est difficile d'évaluer l'impact de la séparation elle-même. Ce qui a pu être mis en évidence est l'importance de l'absence de conflits intra familiaux pour la construction de l'enfant et la sécurité de son attachement. En revanche, il ne faut pas oublier que les conflits peuvent être présents dans les familles unies.

La séparation parentale est reconnue comme un événement de vie traumatique pour l'enfant à travers la perte des repères avec le changement de lieu de vie et d'école parfois. Ceci peut entraîner chez l'enfant des difficultés pour maintenir son extérieur et également pour investir ce qui l'entoure. Cependant ces symptômes sont transitoires et ne doivent pas être assimilés au TDAH car dans ce dernier, les symptômes sont présents de façon continue dans le développement de l'enfant. De plus, il a été mis en évidence que le TDAH est un facteur de risque de conflits au sein de la famille. Lors d'une étude dans laquelle des parents sont placés dans des situations de jeu avec des enfants, il a été mis en évidence que s'occuper d'un enfant avec un TDAH entraîne plus de conflits entre les adultes que de s'occuper d'un enfant sans TDAH. Ceci met en avant l'impact du TDAH sur la famille.

#### 5.1.2) L'utilisation des écrans

Dans notre société, avec les nouvelles technologies, les enfants passent systématiquement deux à trois heures par jour devant les écrans. Des recherches ont pu mettre en évidence que les images très rapides, à un rythme vif, avec des contenus variés et ludiques ont des répercussions sur le comportement des enfants et leur développement cognitif. Souvent, les enfants peuvent suivre plusieurs choses à la fois mais sans être vraiment attentif à aucune, c'est ce qu'on appelle le mode

multitâche. Il est donc possible que ceci ait un impact sur le développement et la mise en œuvre des capacités attentionnelles.

Cependant, selon les données actuelles nous ne retrouvons pas d'augmentation du taux de TDAH dans les sociétés où les nouvelles technologies sont les plus présentes. Par contre, il est possible de constater que les enfants présentant un TDAH vont être plus facilement attirés par les écrans et ainsi y consacrer plus de temps et d'intérêt. Des hypothèses ont été émises pour expliquer cela. La première concerne les phénomènes neurobiologiques. En effet, dans le TDAH la transmission dopaminergique est souvent perturbée, or les jeux vidéo stimulent les enfants et permettent ainsi une augmentation de cette transmission. Les enfants sont donc capables de déployer pleinement leur attention sur les jeux vidéo, ceci est souvent retrouvé dans le discours des parents. En effet, ils évoquent que les temps devant la console sont les seuls moments où l'enfant peut rester calme et ne pas bouger du tout. Nous pouvons également retrouver un renforcement psychologique, l'enfant se sent performant et attentif, et ainsi cette réussite est très valorisante. Tout ceci nécessite la vigilance des parents car le TDAH est un facteur de risque d'addiction aux écrans.

## **5.2) La génétique**

Le TDAH n'est pas une maladie génétique, en effet, les liens de causalité sont complexes et le TDAH n'est pas déterminé seulement par les gènes. Les données génétiques s'appuient sur des études d'adoption et des études de jumeaux. Dans les deux cas, nous retrouvons une vulnérabilité génétique spécifique pour le TDAH.

De plus, il est également mis en évidence que dans les familles où le TDAH est présent, il y a un risque plus important pour les autres membres de la famille de présenter un TDAH. Lorsqu'un enfant présente un TDAH, chaque parent a 25% de risque d'avoir présenté un TDAH dans l'enfance. Le risque est également augmenté au sein de la fratrie. Il est donc important d'étudier la répartition du trouble au sein des familles en interrogeant les différents types d'expression du TDAH. Il est possible de questionner des troubles des apprentissages chez un autre membre de la famille ou encore une impulsivité et des oublis fréquents chez l'un des deux parents.

La vulnérabilité génétique du TDAH est dite polygénique, c'est-à-dire que des milliers de gènes sont impliqués. Les recherches en génétique sont effectuées à partir des gènes dits

« candidats » qui sont des gènes codants pour des protéines qui ont un lien structurel avec le trouble. Ici, les protéines sont donc celles du métabolisme des neurotransmetteurs impliqués dans le trouble, c'est-à-dire celles qui permettent le transport ou la réception de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine. Parmi les gènes impliqués, nous retrouvons les gènes du récepteur de la dopamine DRD4 et DRD5, le gène du transporteur de la dopamine DAT et le gène du transporteur de la sérotonine 5 HTT.

### **5.3) Le rôle des neuromédiateurs**

Au sujet des neuromédiateurs, plusieurs hypothèses ont été émises.

La dopamine permet l'initiative et l'harmonisation de la motricité ainsi que l'éveil, l'attention et la mémorisation. Une hypo-activation corticale des circuits de la dopamine serait à l'origine des troubles de l'attention, tandis qu'une hyper-activation sous corticale engendrerait une agitation et une impulsivité. Concernant la noradrénaline, le déficit de la mémoire de travail serait entraîné par une hypoactivation corticale de cette dernière, tandis qu'une hyperactivation sous corticale entraînerait une excitabilité.

### **5.4) L'approche neuropsychologique**

La neuropsychologie propose une explication essentiellement cognitive des symptômes du TDAH. Plusieurs modèles sont étudiés dont celui qui postule un trouble des fonctions exécutives qui correspondent au vaste ensemble des opérations cognitives qui régissent la pensée et l'action dans ses différentes étapes. Nous pouvons notamment citer la motivation, l'anticipation, la planification ou encore l'inhibition.

Le modèle de Barkley évoque un déficit des processus d'inhibition à l'origine de la perturbation de quatre fonctions cognitives. Nous retrouvons la mémoire de travail qui est nécessaire à l'accomplissement de toute tâche dans la durée, la régulation des affects qui permet de ne pas donner la prédominance à l'émotion, l'intériorisation du langage ou la capacité de se parler à soi-même qui est également le préalable à la reconstitution et donc à l'analyse de toute situation. Lorsque nous voulons réaliser un geste par exemple, nous choisissons une action pendant que nous écartons toutes les autres. Ceci correspond au processus d'inhibition qui permet de s'adapter à un environnement fluctuant, de commencer une tâche, de l'interrompre, de la différer et de la préserver

des distracteurs. Ceci est difficile pour les enfants présentant un TDAH, ce qui les contraint à être dans l'agitation.

De plus, il a été mis en évidence que le syndrome dysexécutif du TDAH présente des similitudes avec celui observé chez les patients souffrant de lésions frontales. Chez l'enfant présentant un TDAH, ce sont ces mêmes régions frontales qui subissent une réduction de volume et un défaut d'activation. En 1920, Henri Wallon avait mis en évidence une similitude clinique entre l'hyperactivité et les accidentés souffrant de lésions frontales.

## **6) Thérapeutique**

La prise en charge est propre à chaque individu. En effet, elle est adaptée aux difficultés de l'enfant et également aux attentes de la famille. Elle peut être modifiée à tout moment en fonction de l'évolution de l'enfant, de son degré de gêne ou de souffrance.

Il est possible de mettre en place différentes mesures. Donner des informations sur le trouble à l'entourage est une étape essentielle pour permettre de mieux comprendre les difficultés et ainsi de s'y adapter. Lorsque la gêne de l'enfant est minime, cette étape peut se révéler suffisante. Des aménagements scolaires peuvent être proposés à l'enseignant en fonction du profil de l'enfant et de sa gêne en classe. Ceci suppose l'information de l'enseignant sur le trouble et une bonne communication. La guidance parentale a un rôle fondamental dans la prise en charge, elle permet à l'entourage d'adapter le quotidien aux difficultés de l'enfant. Elle peut s'effectuer en individuel ou en groupe avec par exemple le programme de Barkley. Il est possible d'effectuer une rééducation en orthophonie et/ou en psychomotricité pour les troubles repérés sur les bilans d'évaluation. Dans certains cas, il peut être mis en place un soutien de l'enfant en psychothérapie. Et enfin, il existe un traitement médicamenteux par Méthylphénidate qui peut être prescrit lorsque les mesures énoncées précédemment sont insuffisantes ou dans des formes avec des retentissements sévères.

## **6.1) Le programme de Barkley**

Russel Barkley est un spécialiste mondial du TDAH qui a développé des approches spécifiques de diagnostic et de prise en charge. Il s'est notamment intéressé aux approches éducatives et a donc développé des prises en charge en groupe destinées aux parents afin de les aider dans la gestion des symptômes de leur enfant. Ces groupes ont prouvé leur efficacité en termes d'amélioration des relations familiales et du bien-être de l'enfant.

Ce programme est dérivé des thérapies comportementales et cognitives. En effet, les bases théoriques utilisent le principe du conditionnement et accordent une importance au renforcement positif pour améliorer les comportements adaptés des enfants. C'est donc un système éducatif spécifique basé sur la valorisation.

Le programme comprend une dizaine de séances avec au moins six familles. Lors de chaque séance, un thème particulier est abordé et les parents mettent en place les stratégies proposées d'une séance à l'autre pour ensuite évaluer avec le groupe ce qui a fonctionné ou non et ainsi chercher des solutions. Le groupe permet d'échanger sur les vécus quotidiens ce qui augmente la motivation et l'efficacité des techniques proposées. Ceci aide à se sentir moins isolé car il est possible d'avancer au travers des expériences vécues par d'autres et en ayant le regard d'un professionnel.

## **6.2) La pharmacologie**

Le Méthylphénidate, plus connu sous son nom commercial Ritaline est le traitement autorisé en France pour traiter le TDAH depuis 1995. Trois formes de Méthylphénidate sont disponibles: Concerta, Quasym et Medikinet. Le Méthylphénidate est également retrouvé dans le traitement de certains troubles du sommeil comme la narcolepsie ou l'hypersomnie avec une action sur l'éveil et la vigilance. Il peut parfois être prescrit dans la dépression du sujet âgé. Il a été utilisé pour le TDAH en 1960 aux Etats-Unis.

Le méthylphénidate appartient à la famille des psychostimulants, il permet la stimulation du système nerveux central qui augmente la diffusion de dopamine et de noradrénaline dans la synapse. Le mode de prescription et la délivrance sont soumis à une surveillance particulière car cela fait partie des substances réglementées assimilées aux stupéfiants. Le fait de prescrire un stimulant à des enfants en mouvement permanent peut sembler absurde mais l'explication se trouve dans le modèle

neuropsychologique du trouble, le déficit de l'attention est central et est traité chimiquement. Cela rend les enfants plus attentifs et ainsi plus posés. Ce traitement a également une action sur les circuits neurologiques engagés dans la régulation de la motricité.

Nous pourrions qualifier ce traitement de palliatif car il pallie à un déficit. En effet, il est possible d'observer des améliorations sur les temps de l'effet pharmacologique mais lorsque la durée de vie se termine ces améliorations disparaissent.

Le traitement permet donc de compenser un déficit et de limiter les conséquences associées au niveau du comportement, des relations sociales ou encore du niveau scolaire. Ceci peut permettre à l'enfant de retrouver une meilleure estime de lui et ainsi augmenter la motivation.

#### 6.2.1) Les formes commerciales

Comme dit précédemment, il existe quatre formes commerciales, il s'agit de la même molécule. Les effets positifs ainsi que les effets secondaires sont globalement similaires. La différence se trouve dans la galénique. En effet, la présentation et la structuration du médicament modifient sa diffusion et sa durée d'action. Nous pouvons retrouver la Ritaline à libération immédiate qui est la plus ancienne et la première à avoir été commercialisée. Sa durée de vie est de quatre heures, plusieurs prises dans la journée sont nécessaires dont certaines sur le temps d'école ce qui requiert des aménagements spécifiques. La Ritaline à libération prolongée, elle, a une durée d'action de huit heures ce qui couvre une journée scolaire mais l'efficacité en soirée peut être diminuée. La Concerta a une durée d'action de douze heures, sa diffusion est lente et progressive, elle a donc une efficacité sur la journée ainsi que sur la soirée. En revanche, cela peut provoquer des insomnies d'endormissement. Et enfin, le Quasym et le Medikinet ont une durée d'action de dix heures avec un effet majoré en début de journée puis une diffusion lente. L'adaptation thérapeutique est propre à chaque enfant, il est possible de changer de formes lorsque par exemple certains effets secondaires apparaissent. En général, les formes prolongées sont favorisées.

### 6.2.2) Les effets positifs immédiats

Le méthylphénidate est un médicament d'action immédiate. Il permet principalement une augmentation des capacités attentionnelles, de la vigilance et du degré d'éveil de l'enfant. Il est possible d'observer les effets dès le premier jour du traitement. Lorsque l'enfant présente une activité motrice associée, sous traitement, cette dernière va diminuer voir disparaître. Dans la plupart des cas, les parents décrivent un changement radical de comportement avec une capacité à maintenir l'attention sur une activité, terminer ce qui est entrepris, écouter ce qui est demandé et exécuter les consignes du quotidien. Des changements sont également observés à l'école avec une amélioration du comportement et de la concentration en classe. Ceci peut entraîner une modification des activités ou des centres d'intérêt de l'enfant, il peut se diriger vers la lecture ou les jeux calmes ce qui n'était pas le cas avant. Une amélioration peut également se retrouver dans la communication, elle devient plus facile. En effet, les enfants sont plus attentifs, ils sont capables de s'exprimer posément, d'écouter et de réguler leurs réactions qui sont alors moins impulsives. Tout cela peut apaiser le climat familial et entraîner des interactions plus positives avec les parents et la fratrie.

### 6.2.3) La prescription

La prescription est très encadrée et surveillée. La première ordonnance peut être effectuée seulement par un médecin hospitalier tel qu'un spécialiste en psychiatrie, en pédiatrie ou encore en neurologie. Ce sont des ordonnances dites sécurisées ce qui implique des contraintes particulières pour la délivrance du traitement.

La durée de prescription varie en fonction des enfants et selon différents facteurs. Il faut porter attention à l'âge de l'enfant, si au moment de la prescription l'enfant est en CP avec de gros problèmes de comportement et des troubles des apprentissages associés, la prescription sera plutôt longue, en général durant tout le primaire. En revanche, chez un adolescent pour qui les symptômes ne posent pas de gros problèmes, la prescription sera plus courte. La sévérité du trouble est également à prendre en compte et peut être associée à l'âge de l'enfant. Si le retentissement est très marqué, le traitement est souvent prolongé. Enfin, l'adaptation de l'environnement permet de moduler la durée du traitement. Si la charge attentionnelle est adaptée, la motivation sera plus forte et le traitement n'aura plus d'utilité. L'indication doit être réévaluée fréquemment et en général le traitement est interrompu à la fin de l'adolescence.

#### 6.2.4) Les effets secondaires

Dans l'ensemble, il s'agit d'un traitement bien toléré, en revanche comme pour tout traitement, il existe des effets secondaires qu'il est important de connaître. Fréquemment, il est possible de retrouver des maux de ventre et des maux de tête. Ils apparaissent souvent lors de l'instauration du traitement et lors des changements de dosage puis s'estompent spontanément. L'insomnie d'endormissement est un effet classique qui s'améliore au fil des semaines ou qui nécessite un changement de dosage si cela persiste. Une perte d'appétit, surtout le midi, peut se manifester et être à l'origine d'une perte de poids qu'il faut surveiller. L'enfant peut se rééquilibrer en mangeant mieux le matin et le soir. Le traitement peut entraîner une apparition ou une aggravation des tics. Concernant les émotions, l'effet est souvent positif mais une augmentation de la sensibilité est possible ainsi qu'un émoi affectif. Il existe des effets secondaires plus rares tels que des hallucinations qui disparaissent à l'arrêt du traitement.

**Chapitre 2:**

**Médiation équine, psychomotricité et TDAH**

## 1)La médiation en psychomotricité

### 1.1) Qu'est ce qu'une médiation?

“La médiation est la technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle.” (Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité.)

Le terme de médiation sous-entend donc l'intervention d'un tiers, le médiateur, dans la résolution d'un conflit.

Afin de pouvoir parler de médiation et non pas de loisirs, de transmission de connaissances ou d'activités, plusieurs caractéristiques sont importantes à connaître :

- Selon C. Potel, “la médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. La médiation, corporelle ou autre, propose un espace “entre” et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe.” (Potel.C, Etre psychomotricien, 2019)

La médiation propose donc un **espace** entre le professionnel et le patient.

- Françoise Giromini précise que le choix du médiateur peut être influencé par différents paramètres comme le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit le travail thérapeutique, les pathologies, les demandes de soin ainsi que les aptitudes particulières des soignants. Elle énonce également que “le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour **favoriser la relation, l'échange et la communication** avec autrui. Il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir faire au titre d'un apprentissage.” (Giromini.F., La spécificité de la médiation en psychomotricité, 2017) Ainsi, en médiation équine, l'objectif n'est pas l'apprentissage de techniques d'équitation, mais plutôt un moyen voulant faciliter l'identification et la compréhension des émotions de l'autre.
- Les relations précoces représentent les premières conditions de la médiation. Ainsi Winnicott va parler de l'objet transitionnel qui évoque une transition dans les deux sens et donc la fonction réflexive de l'environnement. Les médiateurs ont une **fonction de miroir**, ils permettent la mise en forme de ce qui n'a pas de sens chez l'individu en passant par

l'expérience de la représentation. L'environnement fait également miroir, par exemple, la mère peut imiter l'émotion du bébé et ainsi lui renvoyer cette émotion en retour qui n'est donc plus la sienne. Si l'on prend la colère, quelque chose de cette colère est montré à l'enfant mais la mère n'est pas en colère, c'est imité et mimé. Il lui est restitué seulement un signe de sa colère lui permettant d'instaurer une différence entre sa colère et celle de sa mère.

Ainsi, la première fonction de la médiation est de réfléchir les sensations et les émotions exprimées par l'enfant sans les ressentir vraiment, en les représentant. Ceci nécessite un accordage entre les deux parties car ce qui est représenté n'est pas vécu et, par conséquent, il doit y avoir un ajustement réciproque entre ce qui est vécu et exprimé par l'un et ce qui est représenté et exprimé par l'autre. Cette construction évolue jusqu'à ce que l'enfant crée lui-même son propre environnement en utilisant des objets médiateurs.

## **1.2) Intérêt de médiatiser**

Dans son ouvrage intitulé *Etre psychomotricien* (2019), Catherine Potel énonce les différents objectifs d'une médiation:

- “Proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions
- Favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant
- Aider à la transformation des éprouvés en représentations”

Selon F. Joly, “le recours ainsi médiatisé à une expérience du corps se voudrait:

- Transformateur des souffrances (voire réparateur ou rééditeur de ratés historiques, de fragilités développementales) ;
- Soutien préférentiel du travail psychique et des processus de symbolisation et de subjectivation difficiles, voire impossibles , à appréhender dans des approches plus “classiques”, plus habituellement secondarisées et-ou langagières ;
- Ce recours peut enfin s'envisager comme facilitant des liens et rencontres (vers les autres et via son “corps-en-relation”), autant que des entraînements ou mises en exercice et en situation de la pensée, de la cognition ou de l'instrumentation corporelle ainsi (re)découvertes et (ré)investies avec une prime de plaisir dans une expérience adaptée.” (F. Joly, *Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective*, 2012)

La médiation favorise donc la rencontre entre le patient et le thérapeute en constituant un objet d'attention conjointe. L'objet médiateur vient jouer le rôle de tiers séparateur dans la relation duelle. Ainsi, il permet de mettre en forme ce qui ne peut l'être dans la relation directe au psychomotricien.

### **1.3) Le cadre thérapeutique**

Le cadre du psychomotricien qui utilise une médiation particulière est similaire à celui du psychomotricien en général. Les bases du cadre restent les mêmes bien qu'il puisse y avoir des spécificités du fait du médiateur.

Selon C. Potel, "le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée." Elle énonce également que, pour qu'il soit thérapeutique, le cadre nécessite des conditions particulières:

- Des conditions concrètes:
  - d'espace: "pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps."
  - de matériel: lors du choix des objets, la sensibilité du psychomotricien et son investissement sensoriel sont impliqués. Ce sont des "supports aux intégrations et à l'imaginaire."
  - de temps: elles comprennent la durée et la régularité des séances.
  - d'encadrement: il est possible pour le psychomotricien de travailler seul, en équipe, à deux, ou en coanimation.
  - de fonctionnement institutionnel: "un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir une place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée."
  - de choix de fonctionnement concernant le projet thérapeutique du patient et les médiations choisies.
- Des postulats théoriques correspondant aux concepts théoriques sur lesquels le psychomotricien peut s'appuyer dans sa pratique. (C. Potel, Etre psychomotricien, 2019)

## **2) La médiation équine**

### **2.1) Qu'est ce que la médiation équine?**

Selon la fondation Sommer, “la médiation animale est la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal dans les domaines éducatif, thérapeutique et social.” (Institut Français du Cheval et de l'Équitation)

D'après la Fédération Française d'Equitation (FFE) et le Syndicat Interprofessionnel de la Médiation Equine (SIPME), la médiation équine est “la recherche des effets positifs apportés par la présence du cheval ou par la pratique des activités équestres sur des personnes ayant des besoins particuliers, en présence d'un professionnel.” (Institut Français du Cheval et de l'Équitation)

#### **2.1.1) La médiation équine en psychomotricité**

Selon Roussillon, le cheval est “doté d'une consistance sensorielle à la portée des perceptions de l'enfant, et s'offre, comme cela est le propre des objets de médiation, pour jouer et mettre en forme ce qui ne peut l'être dans la relation directe au soignant.” (Roussillon, 2017)

Le cheval n'est pas thérapeutique en lui-même, c'est au psychomotricien d'aménager le cadre de la rencontre avec l'animal et de partager avec l'enfant ce qui découle de cette rencontre. Selon A. Lorin de Reure, “la thérapie avec l'animal peut offrir au patient une possibilité de réparation, de cicatrisation, de ré-accrochage à la réalité et au traumatisme qui n'a de valeur que s'il est psychiquement investi par l'entourage humain.” ( A. Lorin de Reure, 2016)

#### **2.1.2) La place du psychomotricien**

Le psychomotricien a un rôle de tiers dans la relation enfant-cheval. Il soutient l'enfant en entretenant sa confiance et sa motivation pour les activités et en favorisant la prise de plaisir. Il est garant des rituels auprès du cheval comme l'aller et le retour au pré ou encore la préparation au début de chaque séance. Il favorise la prise en compte de l'autre à chaque étape des activités. Le psychomotricien a un rôle dans la verbalisation des contraintes, humaines ou naturelles et dans la description des réactions du cheval et leurs causes. Il interdit à l'enfant de faire mal au cheval.

Il a donc une fonction de vecteur dans la relation enfant-cheval en formulant les émotions et les besoins du cheval avec l'enfant. Le cheval a donc une dimension d'être vivant singulier et sensible avec une vie psychique qui sont les conditions pour devenir un partenaire relationnel.

### 2.1.3) La place du cheval

Le cheval a une fonction de tiers dans la relation soignant-soigné. En effet, il facilite l'entrée en relation du psychomotricien et de l'enfant en contournant les éléments qui peuvent la perturber. Selon, V. Servais "L'animal permet au soignant d'introduire facilement de l'humour et de la souplesse dans les interactions parfois rigides et sérieuses." (V. Servais, 2007)

De plus, selon elle, il facilite les communications entre les étrangers "Les interactions sociales sont gouvernées par des règles et des rituels, sans quoi le contact serait menaçant. La présence d'un animal permet d'outrepasser la rigidité des rituels en provoquant une attention conjointe non menaçante." (V. Servais, 2007)

Dans les cas où la relation avec l'enfant est difficile, le psychomotricien peut parler au cheval en attendant que l'enfant se joigne à la conversation. Pour R. De Lubersac, le regard a une importance majeure dans la thérapie. Elle énonce que "en regardant alternativement le cheval et l'enfant, le soignant peut doser les regards qu'il adresse à ce dernier." ( R. De Lubersac et coll., 2000)

De plus, le cheval met le soignant dans une position à l'égard de l'enfant. En effet, le psychomotricien est considéré comme garant de la sécurité de l'enfant et comme une personne bienveillante et sensible. L'enfant peut percevoir la relation affective établie entre le cheval et l'adulte en observant la façon dont le psychomotricien s'adresse au cheval et la façon dont il en prend soin. Le soignant peut donc manifester des affects au travers de l'animal renforçant ainsi le lien que l'enfant établit avec lui.

## 2.2) Quelques définitions

L'utilisation du cheval dans le soin a évolué au fil des années entraînant différentes appellations dans lesquelles courants de pensées et apports théoriques influencent la pratique. Encore aujourd'hui, ces appellations peuvent être sources de débats entre les professionnels.

Le terme d'**équithérapie** est composé du latin "equus" signifiant "cheval" et du grec "therapeia" se traduisant comme "thérapie". Ce dernier est dérivé du verbe grec "therapeuein" signifiant "prendre soin de". Littéralement, "équithérapie" signifie "prendre soin du cheval" et par extension nous pouvons retenir le sens de "prendre soin de la personne avec le cheval". (Claude, I., & Oussedik, M. (2022). *Le cheval médiateur*)

Selon la Société Française d'Équithérapie, l'équithérapie est "un soin psychique médiatisé par le cheval et dispensé à une personne dans ses dimensions psychiques et corporelles". La première notion importante dans la définition de l'équithérapie est la notion de soin psychique. C'est un soin qui porte sur les aspects psychologiques de la personne comme les émotions, les relations, les sentiments, l'intelligence, la compréhension, la volonté, les désirs, la communication, le langage, les attitudes et les comportements. Des difficultés d'ordre psychique, telles que des angoisses, un manque de confiance en soi, des difficultés de communication ou encore des troubles du schéma corporel, peuvent être améliorées grâce à l'équithérapie. L'objectif est donc d'agir sur le fonctionnement psychique de la personne en utilisant des moyens d'ordre corporel avec les perceptions, les stimulations sensorielles, les gestes, la posture, le tonus mais également des moyens psychologiques comme les échanges verbaux, les émotions, les désirs et les relations.

D'après la fondation hippo, le terme **hippothérapie** est issu de la racine grecque "hippos" qui signifie cheval. L'hippothérapie est définie comme "une stratégie de réadaptation qui se base sur le mouvement tridimensionnel du cheval, lequel reproduit de façon très similaire le mouvement de marche de l'humain. Cette approche permet l'amélioration de plusieurs fonctions neuromotrices et de processus sensoriels."

La locomotion du cheval entraîne une mobilisation corporelle passive ou active de près de trois cents muscles chez le cavalier. (Claude, I., & Oussedik, M. (2022). *Le cheval médiateur*)

Il est important de différencier la médiation équine de l'équitation. Les pratiques de soin utilisant le cheval décrites ci-dessus, n'ont pas pour objectif la progression équestre ou l'apprentissage de techniques équestres.

L'équitation adaptée est une approche ayant pour but le développement des compétences équestres. Elle relève de l'enseignement de l'équitation pour des personnes en situation de handicap et elle est enseignée par des moniteurs d'équitation.

### **3) Le TDAH en psychomotricité**

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) “la prise en charge doit être globale et doit être adaptée aux types de symptômes de l'enfant, à la sévérité de leurs retentissements et au choix du patient et de ses parents.” De plus, cette prise en charge doit agir sur les symptômes, sur le retentissement fonctionnel du TDAH ainsi que sur les comorbidités qui y sont associées. Elle comprend une prise en charge non médicamenteuse qui peut être associée si besoin à une prise en charge médicamenteuse.

La HAS a donc défini plusieurs axes d'intervention:

- “une prise en charge des symptômes du TDAH ;
- une prise en charge des comorbidités ;
- une information et un soutien de l'enfant et de sa famille ;
- des conseils pour guider la famille et l'école dans l'approche éducative (en favorisant la mise en place d'aménagements pédagogiques appropriés).” (HAS, Décembre 2014)

Il est donc possible de constater que le psychomotricien, de par sa formation, ses connaissances sur le développement de l'enfant et l'importance qu'il porte à la considération du sujet dans sa globalité et notamment dans son environnement, est en mesure de répondre à la plupart de ces objectifs. Ainsi, il joue un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes présentant un TDAH, notamment dans l'émergence d'un développement psychomoteur harmonieux et l'adaptation de ces personnes à leur environnement.

D'après la HAS, le psychomotricien a “les compétences nécessaires pour participer à l'évaluation des troubles moteurs : ceux qui constituent les symptômes du TDAH (hyperactivité, impulsivité), ceux qui font partie des comorbidités (trouble de l'acquisition de la coordination et dysgraphie), ainsi que les troubles cognitifs associés au TDAH (fonctions attentionnelles, fonctions exécutives, aversion au délai). Il est en mesure d'apprécier l'évolution des manifestations symptomatiques et dispose d'un ensemble de tests étalonnés pour ce faire. Il joue un rôle central

dans la mise en œuvre des prises en charge rééducatives axées sur les fonctions motrices et/ou cognitives et la relaxation.” (HAS, décembre 2014)

### **3.1) Appréciation du TDAH en psychomotricité**

Selon Jean-Michel Albaret, “le trouble Déficit de l’Attention/Hyperactivité (TDA/H) constitue l’un des troubles psychomoteurs les plus répandus chez l’enfant, mais aussi le plus étudié. (...) Le place de la rééducation psychomotrice dans la prise en charge de l’enfant agité et distrait n’est pas nouvelle (Albaret & Corraze, 1991), et ne cesse d’évoluer avec les modèles théoriques qui rendent compte de cette symptomatologie.” (Albaret, J.-M., Marquet-Doléac, J., & Soppelsa, R, Psychomotricité et Trouble Déficit de l’Attention/Hyperactivité : Nouvelles perspectives dans l’approche de l’enfant agité et distrait, 2011)

#### 3.1.1) Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives représentent “l’ensemble des processus cognitifs qui permettent à l’individu de réguler intentionnellement sa pensée et ses actions dans l’atteinte d’un but précis” (Chevalier,2010 ; Miyake et coll. 2000). Elles sont associées aux aires préfrontales du cerveau et sont nécessaires pour effectuer des activités telles que la planification de tâches, l’organisation, l’élaboration de stratégies, pour être attentif et se rappeler des détails ainsi que pour gérer le temps et l’espace. Elles se développent de l’enfance à l’âge adulte.

De nombreuses études ont mis en évidence un déficit de certaines fonctions exécutives chez les personnes présentant un TDAH. Pour les formes avec une inattention prédominante, nous observons une lenteur dans l’exécution d’une tâche tandis que pour les formes avec une impulsivité ou une hyperactivité prédominante, il s’agit d’un déficit d’inhibition.

Le modèle de Thomas E. Brown (2005) indique un défaut d’activation et de maintien de six fonctions exécutives importantes: l’activation, le focus, l’effort, la régulation des émotions, la mémoire et l’action.

L’inconstance de la dopamine et de la noradrénaline au niveau du cortex frontal a des répercussions. En effet, ces neurotransmetteurs ont pour fonction de réguler les circuits de la récompense, du plaisir, de l’énergie et de la motivation. Leur présence irrégulière entraîne une

faiblesse de l'attention, du plaisir et de la motivation, en particulier pour les tâches ou les relations de la vie de tous les jours.

La dopamine est majoritairement affectée dans le TDAH, il y a une fluctuation entre une carence et un excès en dopamine entraînant la diversité des comportements associés au TDAH. Dans le cas d'une carence en dopamine, nous pouvons observer une diminution des capacités intellectuelles, de la concentration, de la capacité de synthèse et de la prise de décisions mais également un repli sur soi et de la dépression apathique. Tandis qu'un excès en dopamine entraîne une impulsivité, une dispersion de la pensée qui empêche de terminer les tâches, ainsi qu'une recherche excessive de la pensée pouvant générer des addictions ou des troubles obsessionnels-compulsifs.

Le cortex frontal permet de programmer, planifier, inhiber les comportements impulsifs ainsi qu'une bonne flexibilité mentale. Pour être attentif, il est donc nécessaire d'avoir une bonne transmission de la dopamine dans le cortex frontal ce qui n'est pas souvent le cas dans le TDAH.

Les fonctions exécutives sont regroupées en six familles:

- Activation : l'organisation, la structuration, la synthétisation, la priorisation, la décision et l'initiation d'une tâche en gérant le temps.
- Focus : maintien de l'effort et de la vitesse d'exécution ou basculement vers une tâche plus prioritaire.
- Effort : ne pas perdre l'intérêt dans la tâche et faire face aux difficultés dans un temps donné.
- Régulation des émotions: savoir moduler l'émotion pour ne pas s'emporter facilement et savoir gérer la frustration.
- Mémoire: capacité à conserver et rappeler l'information en mémoire durant une tâche ou conversation.
- Action: autorégulation des actions, ralentir, s'activer ou s'adapter selon les situations ou les personnes.

Dans le TDAH, chacune de ces six familles de fonctions exécutives peut poser un problème. Il est donc possible de retrouver:

- Des difficultés d'attention focalisée et divisée
- Une mauvaise gestion des informations stockées dans la mémoire à court terme
- Un mauvais contrôle des comportements, des paroles et des pensées inadaptées
- Des difficultés dans la formulation des objectifs, dans l'anticipation, dans l'élaboration de stratégies ainsi que dans la prise de décisions

- Des capacités de planification, d'organisation, de gestion des priorités et de gestion du temps altérées.

### 3.1.2) Estime de soi, confiance en soi, affirmation de soi

Le TDAH peut avoir des répercussions sur les trois domaines suivant:

- L'estime de soi correspondant au fait de savoir accepter ses forces et ses faiblesses
- La confiance en soi permettant de savoir que l'on dispose des ressources nécessaires pour faire face aux situations
- L'affirmation de soi pour l'expression des idées, des sentiments et des besoins pour s'épanouir avec les autres

Chez les personnes présentant un TDAH, les échecs entraînent très souvent un sentiment d'infériorité. De plus, ils se dévalorisent eux-mêmes très souvent et utilisent le regard ou l'approbation des autres pour compenser ce sentiment d'infériorité. Ces personnes là passent une grande majorité de leur temps à jouer des rôles pour plaire aux autres en utilisant des rôles différents selon les gens et les situations sans arriver à s'affirmer.

La dévalorisation permanente a de nombreuses conséquences comme le fait de ne jamais dire non ou d'être sujets à des injustices entraînant un sentiment de méfiance les conduisant à la solitude.

Dans le TDAH, malgré un intérêt pour tout ce qui traverse l'esprit, nous retrouvons souvent une dispersion puis une chute dans des périodes inactives durant lesquelles l'ennui et la frustration prédominent. Les pensées défilent très vite dans la tête et il n'y a pas de plaisir et de motivation dans les relations ou dans les activités de la vie quotidienne. Cela provoque l'ennui que les hyperactifs vont éviter en continuant à se disperser. Une intolérance à la frustration peut apparaître se manifestant en colère pour certains et en rumination interne et en déprime chronique pour d'autres.

Les personnes présentant un TDAH n'ont pas la capacité à maintenir leur motivation sur une longue période, ils perdent donc beaucoup d'énergie dans l'ennui avec une cognition mentale incessante ou avec une hyperactivité non productive qui procure des émotions négatives comme la peur du rejet, des critiques ou de l'humiliation.

Il est également possible d'observer une alternance entre une impatience exagérée et une passion extrême quand ils s'accrochent à quelque chose avec une hyper focalisation ou un plaisir

immédiat. En revanche, ils peuvent abandonner d'un coup ce qui les a captivés pendant longtemps même si c'est sur le point d'aboutir.

### 3.1.3) La distraction et l'inattention

L'inattention est un symptôme majeur de ce trouble. Nous retrouvons des personnes qui sont souvent dans leurs pensées, rarement concentrées sur la tâche en cours, qui perdent leurs objets et qui peuvent être maladroitement. Nous pouvons dire qu'ils sont plus malchanceux que la moyenne car l'inattention génère souvent des problèmes. Cela entraîne une inquiétude permanente et des aléas quotidiens dans la vie. Il est possible de retrouver chez ces personnes une hyper-focalisation sur ce qui les attire entraînant un isolement exagéré et une concentration exclusivement sur cette chose à l'exclusion de toutes les autres. Une même tâche peut donc être difficile à commencer à cause de la distraction mais elle peut ensuite être difficile à arrêter à cause de l'hyperfocalisation. Selon les spécialistes de l'attention, la distraction et l'hyperfocalisation sont les deux formes principales de non maîtrise de l'attention. L'attention normale étant celle qui permet d'avoir une attention partagée face à ce qui arrive à nos sens sans être perturbée par les pensées et les émotions, avec une notion de priorité et d'urgence. Ainsi, il s'agit d'une concentration durable sur des tâches routinières, sans hyperfocaliser ou papillonner vers des actions plus plaisantes ou addictives.

Le manque d'attention peut également entraîner de la procrastination pour les activités qui ne sont pas assez motivantes.. En effet, les tâches à effectuer sont souvent reportées à plus tard. Cela concerne les activités routinières comme les devoirs mais également celles qui devraient être prioritaires. Cela peut être lié à différentes formes de peurs ou d'anxiété, à l'évitement d'une émotion désagréable liée à la tâche ou encore à un perfectionnisme pouvant être lié à un manque de confiance en soi comme la peur de ne pas réussir ou de décevoir. Par exemple, chez les enfants présentant un TDAH, ils vont repousser la tâche quand on va leur demander de faire quelque chose de non motivant, ce qui va en plus renforcer le comportement d'opposition. Ils ont du mal à se fixer des rituels et des habitudes qui pourraient faciliter leur vie quotidienne ou au contraire certains développent des comportements obsessionnels. Ils peuvent également présenter des difficultés à établir des priorités entre les tâches selon leur importance ou leur urgence.

### 3.1.4) Gestion émotionnelle

Dans le TDAH, il est fréquemment observé une impulsivité émotionnelle et une expression des émotions excessive ou maladroite. Les émotions sont ressenties de manière intense avec des difficultés à les reconnaître ainsi qu'à les gérer, ce qui engendre des périodes de crise et de confusion émotionnelle. De plus, la faible tolérance à la frustration et l'impatience sont à l'origine des colères subites, des effondrements émotionnels, des crises de larmes ou d'autres situations extrêmes.

L'origine des émotions se trouve au centre du cerveau, dans une partie appelée cortex cingulaire antérieur dont le rôle est de réguler les émotions. Normalement, cette partie s'active lors d'une émotion intense et instaure une barrière entre les émotions et les actions spontanées. Cela permet à la personne de réfléchir aux conséquences de sa réaction à l'émotion vécue. Dans le cas d'un TDAH, il y a un sous développement de cette partie du cerveau et elle ne s'active pas au moment où les émotions sont déclenchées entraînant ainsi des comportements impulsifs en cas de colère ou de peur ayant parfois des conséquences importantes.

La colère est une des émotions les plus ressenties dans le TDAH. Elle peut survenir lors de la perception d'une injustice, d'un rejet ou d'une critique. Elle peut s'exprimer de différentes manières qu'il est important de reconnaître.

Il est possible de retrouver de l'irritabilité qui est le critère le plus facile à identifier. Des sentiments généralement négatifs comme des pensées négatives, des impatiences ou des ruminations peuvent entraîner des épisodes de crise de colère. La labilité émotionnelle est également présente chez les personnes présentant un TDAH, cela correspond au changement fréquent et rapide d'humeur. Dans le TDAH, l'humeur a tendance à changer fréquemment et rapidement au cours d'une même journée, nous pouvons observer le passage des rires aux larmes ou encore de la joie à la colère. De plus, nous pouvons retrouver une dysrégulation émotionnelle se caractérisant par une difficulté à moduler l'intensité de l'émotion ressentie avec la vraie importance que la situation prend dans la vie. Enfin, dans le TDAH il est possible d'observer une absence de reconnaissance des émotions d'autrui entraînant des difficultés dans les relations.

Certaines personnes présentant un TDAH peuvent souffrir d'hypersensibilité émotionnelle, c'est-à-dire qu'elles vont être particulièrement perturbées par les émotions et les humeurs des autres.

Ces personnes sont très vite émues, touchées et vivent elles-mêmes des émotions intenses et amplifiées et sont souvent définies comme des personnes susceptibles et fragiles.

### 3.1.5) Sensorialité

Une hypersensibilité sensorielle peut être retrouvée chez les personnes présentant un TDAH. Cela correspond à une sensibilité plus forte que la moyenne aux impressions et aux stimuli du monde extérieur. Nous pouvons donc observer une sensibilité extrême au monde qui nous entoure conduisant à une amplification des ressentis et de leurs conséquences. Cette hypersensibilité peut affecter la vie quotidienne.

Il existe 5 types d'hypersensibilité sensorielle:

- L'hypersensibilité visuelle rend les personnes sensibles au moindre détail souvent perçu avant la globalité. Par exemple, les lumières trop vives ou très fortes peuvent déranger.
- L'hypersensibilité gustative entraîne une sensibilité plus importante que la moyenne au goût et aux textures. Par exemple, cela peut concerner les enfants sélectifs avec la nourriture.
- L'hypersensibilité olfactive est en rapport avec le goût. Lorsqu'elle est présente, les odeurs trop fortes sont difficiles à supporter, ainsi l'odorat est plus sensible que la moyenne.
- L'hypersensibilité tactile fait référence aux personnes très sensibles au toucher et qui n'apprécient pas d'être touchées ou serrées trop fort. Par exemple, ce sont des enfants qui ne vont pas supporter l'eau dans les yeux ou une étiquette qui gratte sur un vêtement.
- L'hypersensibilité auditive entraîne une audition anormalement sensible. Des sons supportés par la majorité des gens peuvent paraître extrêmement bruyants. Il est également possible d'entendre plusieurs sons simultanément.

Plusieurs études ont tenté d'expliquer l'origine de l'hypersensibilité dans le TDAH. L'hypothèse d'un lien entre le traitement de l'information sensorielle et les fonctions exécutives a été mise en avant. En effet, le cerveau d'une personne présentant un TDAH peut avoir un fonctionnement exécutif plus faible, ce qui signifie que cette personne peut ne pas être très performante dans les activités mentales. Ces éléments peuvent donc affecter la façon dont une personne reçoit et traite les stimuli. Ainsi, nous pouvons dire qu'il existe une association entre le fonctionnement exécutif et le traitement sensoriel.

Cette hypersensibilité sensorielle peut être ressentie par la personne lorsqu'il se passe trop de choses dans son environnement, le cerveau ne peut donc pas filtrer et organiser les stimuli entrants. Cela peut entraîner des symptômes émotionnels et physiques tels que le stress et l'anxiété affectant les personnes de l'entourage.

Dans le cas du TDAH, il est également possible de retrouver une hypersensibilité mentale, également appelée synesthésie, désignant la capacité de certains individus d'associer plusieurs sens face à un même stimulus. Par exemple, chez certains enfants, lorsqu'ils entendent un son, ils voient en même temps une forme, une lettre ou une couleur. La plupart des gens pensent de manière verbale tandis que dans le TDAH, les pensées sont en images. Un penseur verbal génère deux mots par seconde alors qu'un penseur imaginatif génère trente deux images par seconde.

### 3.1.6) Structuration temporelle

La gestion du temps s'acquiert avec l'expérience et les apprentissages mais également avec l'évolution du cerveau et notamment les parties pré-frontales, siège des fonctions exécutives. Comme dit précédemment, les difficultés exécutives font partie des manifestations du TDAH, ainsi les personnes concernées par le TDAH peuvent présenter des difficultés à se repérer dans le temps.

Nous pouvons retrouver:

- Des difficultés à se repérer dans la journée, dans le mois ou encore dans l'année. Par exemple, il peut y avoir des difficultés à identifier si nous sommes le matin ou l'après-midi.
- Une perception altérée du temps avec une difficulté à identifier le temps passé et le temps qui passe.
- Des difficultés à se projeter dans le futur ou à tirer ses expériences du passé.

Cette mauvaise gestion du temps peut avoir des conséquences négatives sur le quotidien et sur l'autonomie. Ces personnes repoussent certaines tâches lorsqu'elles demandent un effort soutenu de concentration, elles pensent qu'elles ont le temps de réaliser les tâches comme par exemple les enfants qui disent avoir le temps de faire un devoir alors qu'il est à rendre pour le lendemain. Enfin, nous pouvons observer l'abandon d'une tâche trop longue due à une difficulté de persévérance et de gestion de la tâche sur le long terme avec une impression que la tâche ne se finira jamais.

### 3.1.7) Troubles perceptivo-moteurs

Les troubles perceptivo-moteurs sont nombreux dans le TDAH et se manifestent par un défaut de contrôle moteur lié aux faibles capacités d'inhibition ainsi que des maladresses, de la précipitation et un défaut de prises d'informations lié au trouble attentionnel. Un lien entre les difficultés de saut unipodal à quatre ans et une hyperactivité à sept ans a pu être mis en évidence par le National Collaborative Perinatal Project (Nichols & Chen, 1981). En 1988, Douglas met en avant des anomalies dans un certain nombre de tests perceptivo-moteurs.

Ils comprennent des difficultés d'exploration affectant l'action et la communication.

Jean Michel Albaret, Jérôme Marquet-Doléac et Régis Soppelsa ont énoncé dans un article que “s'agissant des fonctions d'exploration, les enfants TDA/H ont des troubles perceptifs dans différents domaines, qui sont pour partie à mettre en lien avec l'inattention qui limite l'extraction d'informations pertinentes dans le milieu :

- Perception visuelle (Mullane & Klein, 2008) ;
- Perception des couleurs, notamment des stimuli bleu et jaune (Banaschewski et al., 2006)
- Perception du temps (Toplak et al., 2006) ;
- Perception tactile (Ghanizadeh, 2008) ;
- Perception olfactive (Karsz et al., 2008).”

D'autres études ont montré que les enfants présentant un TDAH ont des troubles des mouvements intentionnels notamment pour la dextérité manuelle (Blondis, 1999 ; D'Agati, 2010) pouvant aller jusqu'à une comorbidité avec le Trouble de L'acquisition de la Coordination.

Jean Michel Albaret, dans son livre TDA/H - Trouble Déficit de l'attention/Hyperactivité énonce que “les troubles perceptivo-moteurs retrouvés dans le TDA/H concernent les différentes étapes de la mise en oeuvre d'un mouvement, de la préparation à l'exécution contrôlée, et portent principalement sur la motricité fine et l'écriture mais aussi sur le contrôle postural et l'équilibre.”

### 3.1.8) Points positifs et qualité : créatifs, intuitifs, curieux

En règle générale, dans le TDAH, nous pouvons retrouver diverses qualités. Tout d'abord, ce sont des personnes créatives. Nous pouvons supposer que le surplus de pensées génère des idées créatives. Lorsqu'elle est bien utilisée, cette imagination créative va être importante pour évoluer avec le trouble. La prise de conscience de cette créativité est nécessaire pour qu'elle puisse être épanouissante.

Il est également possible de retrouver de l'intuitivité. En effet, ce sont souvent des personnes qui vont vers le but de manière intuitive sans forcément tenir compte des étapes classiques. Cela permet de trouver des stratégies innovantes et performantes.

Enfin, les personnes présentant un TDAH sont généralement curieuses. Cette curiosité peut amener une ouverture d'esprit.

Ces qualités vont être très importantes à prendre en compte pour établir les axes de travail du psychomotricien.

## **3.2) Accompagnement psychomoteur du TDAH**

Les outils et les méthodes utilisés sont définis et adaptés en fonction des objectifs et des besoins de l'enfant et de sa famille. Il n'est pas possible de guérir d'un TDAH, l'accompagnement psychomoteur a donc pour but de réguler les symptômes et diminuer les impacts sur le relationnel et dans les apprentissages.

### 3.2.1) Structuration de la séance

Dans le suivi psychomoteur, la structuration de la séance a une importance majeure pour donner des repères temporels au patient et ainsi lui permettre une restructuration temporelle. De plus, les séances doivent se dérouler dans un environnement calme, stable, ordonné et sans trop de stimulations. En effet, nous avons vu que le TDAH confère à l'enfant une grande sensibilité à son environnement, rendant difficile l'encadrement de l'enfant dans un univers instable, désordonné et soumis à un grand nombre de stimulations.

Au cours des séances, il est également nécessaire d'établir des routines stables. Les routines peuvent être longues à implanter mais elles facilitent la gestion des activités quand elles sont bien ancrées. Par exemple, il est possible d'instaurer avec l'enfant un ordre de déroulement de chaque séance, nous pouvons par exemple lui proposer de choisir la première activité et nous choisissons la deuxième. Cela permet d'instaurer une rythmicité et également d'éviter les moments de frustration en lui laissant la possibilité de choisir une activité.

Dans le cas de Robin, il est indispensable de découper la séance en plusieurs temps. Tout d'abord, il dispose d'un temps de jeu seul, puis il choisit une activité dans laquelle nous pouvons tous participer y compris le poney et enfin la séance se termine par une activité choisie par la psychomotricienne ou par moi.

De plus, il est également important de proposer une alternance entre des activités sollicitant les processus cognitifs et d'autres à plus forte composante motrice.

Une attention particulière devra être portée à l'organisation. En effet, nous avons vu que le manque d'organisation est une manifestation fréquente du TDAH, rendant les tâches difficiles à accomplir et pouvant provoquer une colère insurmontable. Ainsi, l'enfant a besoin qu'on l'aide à s'organiser pour lui rendre la tâche plus accessible. Par exemple, il est possible de faire une liste des activités à réaliser au cours de la séance comprenant les rituels de début et de fin, les activités proposées par le professionnel ou par l'enfant et le rangement si nécessaire. Il est également possible d'attribuer une durée à chacune de ces activités, que l'on pourra matérialiser avec un chronomètre ou un time-timer permettant à l'enfant de structurer son temps, voir le temps qu'il reste et ainsi anticiper l'échéance. La durée des activités doit être clairement affichée.

Pour Valentine, nous avons pu établir une liste de tout ce que nous devons réaliser durant la séance. Elle a pu attribuer une durée à chaque étape tout en sachant que la séance dure une heure. Ceci peut être transposé chez elle pour les activités de la vie quotidienne et ainsi lui permettre une meilleure gestion du temps et également d'être plus autonome.

Au travers de la structuration de la séance, il peut donc s'effectuer un travail sur l'organisation, la planification ainsi que sur la gestion du temps.

### 3.2.2) Conscience de soi et gestion émotionnelle

Dans certains cas, les enfants ne se rendent pas toujours compte de leurs comportements inadéquats ou des effets de leurs actions. Ils sont bien souvent incapables d'identifier leur état émotionnel ou ce qu'il se passe dans leur corps.

Timéo est fréquemment en opposition avec sa maman, entraînant ainsi des comportements et des paroles inappropriés. Nous essayons donc d'évoquer ensemble les causes de ces oppositions, les émotions qui sont présentes dans ces moments et quels sont les effets de ces dernières sur son corps. Progressivement, cela lui permettra d'identifier ses comportements et une meilleure gestion émotionnelle.

Le psychomotricien a donc un rôle important à jouer dans le travail sur le ressenti corporel en centrant l'enfant sur ses sensations intérieures, ses appuis, ses états de tensions et de relâchement, et ses émotions.

Nous avons donc pu proposer à Timéo plusieurs activités les yeux fermés en l'incitant à nous décrire ses sensations intérieures.

### 3.2.3) Estime de soi

Dans le TDAH, les enfants présentent très souvent une faible estime de soi due aux difficultés qu'ils rencontrent depuis leur plus jeune âge. Ils sont conscients de leurs difficultés et vivent de nombreux échecs répétitifs.

Au cours de chaque séance, il faut savoir réagir devant les petites réussites de l'enfant, afin de renforcer sa confiance en lui. Il est important de déterminer ses points forts, de prendre conscience de ses qualités, d'énoncer ses domaines d'intérêts personnels et de les exploiter. Ceci aura un impact positif sur la motivation et donc sur l'investissement des activités.

L'estime de soi et la confiance en soi peuvent être favorisées en accordant de l'importance à l'activité qu'il réalise, en suscitant le plus possible d'occasions de valorisation et en limitant le nombre d'objectifs à atteindre en les augmentant graduellement pour que les défis restent réalisables.

Avec Emma, qui présente des difficultés pour porter des chaussures fermées, nous avons pu mettre en place un livret de réussite. Ce livret lui permet de coller une gommette à chaque fois qu'elle réussit à porter des chaussures fermées à la maison pendant un certain temps. Au fur et à mesure, nous avons augmenté cette durée. Emma peut exprimer sa fierté lorsque le nombre de gommettes augmente ce qui l'encourage à porter les chaussures.

#### 3.2.4) Contrôle de l'impulsivité

L'enfant impulsif prend rarement le temps de réfléchir, il est donc primordial de favoriser des temps de réflexion en l'aidant à développer une intériorité, une certaine capacité d'introspection. Nous pouvons l'amener par exemple à réfléchir sur le déroulement de sa journée de la veille en lui demandant notamment s'il est satisfait de ce qu'il a fait? De quoi est-il le plus fier? De quoi est-il le moins fier? Comment peut-il éviter une prochaine fois de revivre ce moment-là? Il est important d'amener l'enfant à réfléchir sur ses objectifs et l'aider à corriger ses erreurs en cherchant avec lui des stratégies pour éviter que les situations le mettant à mal se reproduisent.

#### 3.2.5) Soliloque

Dans le TDAH, nous pouvons retrouver un retard d'internalisation du soliloque. En effet, l'enfant parle beaucoup à voix haute avec une quantité de verbalisation plus élevée mais une qualité moindre. Ce sont des enfants qui parlent beaucoup pendant la tâche mais plus dans un but de description que de planification.

Le soliloque est une technique de contrôle interne, l'enfant se parle à lui-même. Cela permet de planifier une action, de guider un comportement et de terminer la tâche en cours. Il s'agit donc d'une fonction d'autorégulation intervenant sur l'inhibition comportementale avec pour but ultime de mener à bien une action.

### 3.2.6) Stimulation de la mémoire de travail

Le psychomotricien peut également solliciter la mémoire de travail afin de stimuler les capacités de concentration de l'enfant et remédier aux oublis fréquents. En effet, la mémoire de travail est une fonction cérébrale essentielle à la mémoire et à l'apprentissage à long terme. Selon Alan Baddeley, la mémoire de travail est "un système qui maintient temporairement et manipule les informations pendant la réalisation de tâches comme la compréhension, l'apprentissage et le raisonnement."

Chez les enfants, cette mémoire est utilisée pour de nombreuses tâches:

- l'apprentissage en faisant des liens entre les nouvelles informations et les connaissances actuelles.
- le suivi de consignes complexes
- le maintien de la focalisation et de la concentration sur une activité
- le développement des compétences de lecture et du vocabulaire
- l'acquisition des compétences en mathématiques.

Il existe différentes façons de stimuler la mémoire de travail. Tout d'abord, nous pouvons utiliser la visualisation. En effet, un certain nombre de personnes se souviennent davantage des images visuelles que des informations verbales ou écrites. En imaginant mentalement ce qui est requis pour une tâche spécifique, l'enfant va pouvoir traiter la séquence d'événements plus facilement. Pour cela, il est possible d'utiliser des pictogrammes ou des images ou encore du matériel sensoriel encourageant l'enfant à l'exploration et à la manipulation ce qui aide à la visualisation et donc à la mémoire.

L'utilisation de la lecture active est un autre moyen car lire nécessite de rappeler des informations stockées afin de comprendre le texte.

De nombreux jeux permettent d'améliorer les compétences de la mémoire visuelle. Cela aide également à la concentration en accordant une attention aux détails et en classant les informations.

Les nouvelles informations reçues sont organisées par le cerveau, ainsi il est nécessaire de former des associations et des connexions pour permettre un apprentissage facile et efficace. L'utilisation d'analogies familières simplifie le processus de mémorisation.

### 3.2.7) Renforcement de l'attention

Au cours du suivi psychomoteur, différents types d'attentions peuvent être favorisés: l'attention auditive, l'attention visuelle ou encore l'attention partagée.

L'attention partagée est une capacité qui se développe au cours de la maturation de l'enfant. Il est possible d'effectuer deux tâches à la fois si l'une d'entre elles nécessite peu de ressources cognitives ou est parfaitement automatisée. En revanche, cela est plus difficile lorsqu'il s'agit de deux tâches complexes, et impossible lorsqu'il s'agit de solliciter simultanément le même canal sensoriel.

La double tâche est particulièrement coûteuse pour un enfant porteur d'un TDAH. Ainsi, renforcer le partage de l'attention entre les modalités motrices, visuelles et auditives semble particulièrement justifié. A partir de neuf/dix ans, nous pouvons proposer des activités associant une tâche pouvant s'automatiser avec une autre nécessitant un contrôle attentionnel plus important comme par exemple la réalisation d'un parcours en mémorisant le nombre de fois où l'adulte tape dans ses mains durant l'exécution.

### 3.2.8) Autres domaines

Le psychomotricien a également une fonction dans la rééducation de ce qui fragilise le développement de l'enfant :

- l'écriture impliquant des capacités visuo-perceptives, motrices et cognitives est particulièrement coûteuse en termes de concentration et d'application. D'un point de vue psychomoteur, l'acte d'écrire est dépendant de l'harmonie entre le pouvoir faire correspondant à la maturation neuromotrice (perceptif, moteur et cognitif), le savoir-faire (intégration de la pédagogie) et le vouloir faire (intérêt, motivation).
- les praxies correspondant, selon Jean Piaget, à un système de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention. Ce sont des coordinations volontaires issues d'un apprentissage. Elles nécessitent la conceptualisation de la tâche au niveau mental, la planification puis l'exécution de la tâche.
- les coordinations évoquant la capacité de contrôler harmonieusement les mouvements du corps. Au sens strict, il s'agit de la possibilité d'exécuter au moins deux mouvements simultanément.

- la construction des repères dans l'espace

### 3.2.9) Accompagnement des parents

Le psychomotricien peut également accompagner les parents afin qu'ils trouvent des solutions au quotidien.

Tout d'abord, il est nécessaire d'expliquer le trouble aux parents ainsi que les différents symptômes qui peuvent y être associés. Cette explication peut permettre aux parents de reconnaître qu'ils ne sont pas responsables du trouble de leur enfant. En effet, les symptômes peuvent être perçus par les parents comme des désobéissances ce qui peut conduire à la dégradation du climat familial. Ces parents s'investissent davantage dans l'éducation de leur enfant, se perçoivent comme moins compétents, se dévalorisent dans leur rôle parental et s'attribuent l'échec des relations de leur enfant. Ainsi, les parents qui comprennent mieux le TDAH et ses conséquences ont des attentes plus réalistes face à leur enfant. De plus, la compréhension du trouble permet de mieux vivre avec les préjugés de l'entourage, qui dans certains cas, peuvent conduire à l'isolement de peur d'être à nouveau confrontés aux critiques et à l'incompréhension de l'entourage. Une fois bien informés, les parents pourront alors affronter les préjugés en rétablissant les faits et en expliquant les symptômes.

L'adaptation au trouble de l'enfant est très importante. Il faut les encourager à essayer de diminuer au maximum les critiques et les jugements envers l'enfant, en se rappelant que c'est son déficit d'attention qui l'empêche de répondre aux attentes sociales. La prise de conscience des besoins particuliers de leur enfant est également importante, pour cela il est possible de leur donner quelques conseils:

- Favoriser les consignes courtes, directes et concises, en évitant les négociations.
- Privilégier la formulation des demandes de manière positive.
- Valoriser les moments où il parvient à rester concentrer pour ne pas s'adresser à l'enfant seulement sur le registre de la réprimande.
- Renforcer les bons comportements avec des félicitations.
- Mettre en avant les efforts attentionnels pour les renforcer.
- Préparer l'enfant lorsqu'une consigne complexe va être énoncée.

Comme dit précédemment dans les axes de travail en psychomotricité, le maintien d'un environnement calme, stable, ordonné et sans trop de stimulations à la maison est nécessaire. Pour

cela, les moments et les sources de distraction pouvant affecter la capacité attentionnelle doivent être identifiés. Il peut être conseillé d'offrir un milieu calme dans lequel les changements et les dérangements sont réduits. Lorsque les changements sont inévitables, il est important de les prévoir et de préparer l'enfant à ce qui risque d'arriver. Au même titre, nous pouvons proposer aux parents d'établir des routines quotidiennes les plus stables possibles, avec des activités et des tâches prévisibles, à des moments et dans des lieux prédéterminés.

L'aide à l'organisation est également fondamentale avec par exemple les listes de tâches, les chronomètres ou bien avec la détermination de son espace physique avec le bureau placé à un endroit où il ne sera pas exposé aux distractions.

Pour diminuer l'impression de contrainte, il peut être conseillé de s'appuyer sur la curiosité et la motivation dans les demandes. Des temps libres, sans sollicitation, peuvent être aménagés dans l'emploi du temps pour permettre à l'enfant de se recentrer sur lui-même, tout comme des moments de pause entre deux activités coûteuses en concentration.

#### 3.2.10) Relation avec les enseignants

Le psychomotricien peut également être en lien avec l'enseignant afin d'échanger au sujet de l'évolution de l'enfant et de lui apporter des conseils pour optimiser les apprentissages.

Premièrement, il est possible de retrouver des aménagements au niveau environnemental dans le but de minimiser les distractions auditives et visuelles. Comme par exemple, le placement de l'élève dans un endroit éloigné de la porte et des fenêtres qui peuvent être sources de distractions ou encore ne laisser que le matériel nécessaire sur le bureau de l'enfant. Cela peut également être dans le but de favoriser la compréhension des consignes en modulant le ton et le rythme de la voix ou encore, en utilisant des consignes courtes avec un support visuel.

Ensuite, nous pouvons proposer des outils au niveau corporel, dans le but de favoriser une disponibilité à l'écoute prolongée comme la mise en place d'un coussin à picots sur la chaise de l'enfant ou ne pas toujours chercher à restreindre ses mouvements spontanés, nécessaires au maintien de sa vigilance.

Enfin, le psychomotricien peut donner des conseils au niveau organisationnel dans le but d'optimiser la qualité du travail en instaurant des routines, en écrivant les étapes d'un travail ou encore en récompensant les efforts comportementaux.

#### **4) L'utilisation de la médiation équine en psychomotricité pour le TDAH**

##### **4.1) Indications pour la méditation équine**

En général, les principales indications pour la médiation équine sont:

- Un manque de confiance en soi et une mauvaise estime de soi
- Des difficultés pour entrer en relation avec autrui
- Des difficultés pour éprouver des affects et les exprimer
- Des troubles de l'attachement
- Des peurs envahissantes, des phobies
- Des troubles de l'attention et de la concentration
- Des difficultés dans la représentation du corps
- Un rapport à la réalité et aux lois inadapté
- Des troubles cognitifs, du langage et des apprentissages

##### **4.2) Axes de travail du TDAH en médiation équine**

La médiation équine “ implique le corps sur les plans physiques et fonctionnels mais également en tant que lieu d'affects et de représentation” (Sirven, 2008)

###### **4.2.1) La sensorialité**

Cette médiation se déroule au sein d'un centre équestre associé à une ferme pédagogique plongeant le patient dans un univers sensoriel différent de celui de la plupart des quotidiens. Le premier élément que nous pouvons citer est l'odeur et en particulier celle du crottin, des autres animaux de la ferme ou encore du foin. L'olfaction étant un sens en lien étroit avec la mémoire émotionnelle, les différentes odeurs peuvent faire resurgir des émotions.

La dimension tactile est également très présente. Selon A. Demaret, chez les animaux, le toilettage avec leurs amis, alliés et parents a une fonction de réassurance et d'apaisement. De plus, il

a affirmé que le contact avec la fourrure d'un animal aurait chez les humains ce même effet apaisant, relaxant et rassurant. (Demaret, 1997)

V. Servais a énoncé que “toucher la fourrure d'un animal permet de satisfaire ce besoin ; l'apaisement concerne autant l'animal que l'humain qui font “système” : il y a contagion ou partage d'émotions.” ( Servais, 2007)

L'odeur du cheval, ses substances corporelles, le contact avec ses poils permet à l'enfant d'expérimenter une régression. La dimension affective est mise en jeu par la chaleur du cheval qui renvoie aux interactions précoces.

Au cœur de cette médiation, l'enfant est amené à venir prendre soin du cheval, en le touchant, le caressant, le grattant et ainsi engager son corps dans la relation. Au fil du temps, l'enfant va pouvoir accueillir, tolérer et s'approprier les effets émotionnels de la rencontre avec un autre être vivant.

Lors des temps de monte, de nombreuses stimulations vestibulo-proprioceptives sont apportées. En effet, les mouvements entraînés par le pas du cheval provoquent différentes sensations internes.

La stimulation proprioceptive intensifie les repères du corps et favorise une meilleure conscience corporelle. De plus, elle entraîne un état de calme et de bien-être favorisant la disponibilité et la concentration.

#### 4.2.2) La communication non verbale

La sensorialité peut amener à la mise en jeu de la communication non verbale. Aux côtés du cheval, l'enfant est pris dans un bain sensoriel tout comme le cheval qui est lui aussi plongé dans cet univers. En effet, le cheval est sensible à la voix, au regard, au toucher, à la posture, à la tonicité et au rythme. Il détecte les émotions de l'homme se traduisant par “des sensations proprioceptives, variations du rythme cardiaque, sons, odeurs, détections de phéromones.” (Lorin de Reure, 2016) Ainsi, malgré lui, l'enfant communique ses émotions au cheval que l'on peut qualifier de décrypteur du langage non verbal.

Le cheval peut percevoir de légers signaux, imperceptibles pour l'homme et avoir des réactions immédiates (Gossin, 1995). Même si l'enfant n'a pas pris conscience de ses émotions et ses intentions, le cheval lui renvoie en miroir en réagissant physiologiquement à son langage corporel. “Le cheval entretient l'illusion d'un partage affectif de ce qui lui est communiqué. Il semble doté d'une capacité de “communication émotionnelle”.” ( Lorin de Reure, 2016)

Chez les enfants présentant un TDAH, cette réactivité peut être utilisée comme support thérapeutique. Le psychomotricien décrit et donne du sens aux réactions du cheval renvoyant ce que l'enfant transmet de son état interne. Lorsque de l'agitation est présente, l'enfant peut observer chez le cheval les conséquences de son mouvement comme la peur ou un mouvement de retrait. A ce moment-là, le psychomotricien invite l'enfant à s'observer lui-même et l'aide ainsi à reconnaître ses émotions et la manière dont son corps les manifeste puis la manière dont autrui y réagit. Les chevaux renvoient ce qu'ils perçoivent en fonction de leur personnalité, ils ne vont donc pas renvoyer la même chose face à une même situation. Par exemple, face à de la colère certains peuvent renvoyer de l'agressivité tandis que d'autres seront plutôt indifférents.

Ensuite, le rôle du psychomotricien est de proposer à l'enfant un mode d'approche du cheval plus doux en le caressant ou en lui parlant doucement par exemple. Lorsqu'il s'adresse au cheval, le professionnel s'adresse indirectement à l'enfant en l'invitant ainsi, dans une dimension principalement non verbale, à moduler son langage corporel et donc ses émotions.

Ceci permet au psychomotricien de médiatiser la relation entre l'enfant et le cheval, dans ses verbalisations à l'attention de chacun d'entre eux et dans ses attitudes corporelles et non verbales que l'enfant peut reproduire intuitivement par imitation. Dans cette triangulation, nous faisons l'hypothèse que c'est la présence du cheval qui permet la communication corporelle et émotionnelle entre le psychomotricien et l'enfant.

Souvent, dans le TDAH, nous retrouvons des enfants pour qui il est difficile de rassurer un cheval apeuré, ce n'est pas facile de moduler l'intonation de leur voix ou de caresser pour apaiser. Les enfants ne sont pas encore en mesure de distancier, ils communiquent leur calme seulement par la voix ou la caresse. Ici nous retrouvons la transformation des éléments bêta en éléments alpha décrite par W.R. Bion avec l'accueil de l'angoisse de l'autre et le retour transformé, apaisé et symbolisé. ( W.R. Bion, 1962) Les éléments bêta correspondent à des éprouvés corporels et des éléments psychiques n'ayant pas de forme, ni de signification chez le bébé. En effet, il ne peut pas les identifier ni les penser. Les réponses maternelles permettant de trier, d'organiser, de mettre du sens et de répondre de manière adaptée à ces éléments bêta. Elles correspondent ainsi aux éléments alpha. La fonction alpha est donc une fonction de transformation : transformation des éléments bêta en éléments alpha et transformation du bébé qui passe d'un état d'angoisse et d'hypertonie à un état d'hypotonie de réplétion.

Cette transformation est le rôle du psychomotricien, de la personne qui prend soin de l'enfant mais c'est aussi une fonction que l'enfant devra développer tout au long de sa maturation.

Les patterns étant simplifiés chez l'animal, il est plus facile pour un enfant présentant un TDAH de donner une réponse appropriée aux comportements instinctifs du cheval. En effet, selon S.L. Smith, dans les échanges avec les animaux, la structuration spatiale et temporelle de l'interaction sociale est simplifiée.

Pour V. Servais, les conversations peuvent avoir une structuration temporelle et spatiale compliquée avec le maintien d'une organisation spatiale et temporelle, les tours de parole et une gestion de l'attention. Ceci peut mettre les enfants en difficultés pour prendre part à ces conversations. Or chez les animaux, ces échanges sont simplifiés "On peut être déficient sur le plan de l'organisation d'une conversation humaine et être capable de développer une interaction bien structurée avec un animal" (Servais, 2007)

De plus, V. Servais a également énoncé que la présence de l'animal favorise la diminution des parasites et la concentration "l'échange est moins saturé en éléments verbaux, comporte moins d'informations à traiter, prête moins à la distraction et à l'hyperactivité." (V. Servais, 2007)

Les enfants présentant un TDAH peuvent être en difficulté pour attribuer des pensées et des émotions à autrui. Or, le cheval disposant de besoins simplifiés par rapport à l'être humain paraît plus facilement compréhensible. Selon B. Cyrulnik, " les relations humaines sont difficiles : il faut apprendre la parole, il faut accepter les contresens, il faut accepter que l'autre soit une personne. C'est un travail difficile, une négociation constante, source de conflits et de crises. Ainsi, les enfants qui ont du mal à accéder au monde ambivalent des relations humaines ont beaucoup moins de mal à accéder au monde moins ambivalent des animaux." ( B.Cyrulnik, 1999)

L'enfant peut imaginer ce que le cheval ressent grâce à son silence. Le psychomotricien et l'enfant peuvent alors commenter les attitudes du cheval, ses postures et ses mouvements et ainsi les relier à des émotions, des pensées ou des besoins. L'enfant peut donc observer les effets de son comportement sur l'animal, ce qui constitue le lien social.

### 4.2.3) Le portage

Comme nous allons le voir, les expériences proposées à l'enfant au travers de la médiation équine permettent une réactualisation des enjeux du maternage et une remise en jeu des expériences précoces entre l'enfant et son environnement.

Le cheval étant un des rares animaux domestiqués pouvant porter et transporter un être humain, le portage est la spécificité de cette médiation par rapport aux autres médiations animales. Le portage est le fait que l'enfant se laisse porter, transporter par le cheval.

Les différentes fonctions psychomotrices mises en jeu lors de la monte à cheval en font un support au développement psychomoteur de l'enfant. Nous pouvons observer un ajustement de l'équilibre, du tonus, la structuration du schéma corporel et de l'espace ainsi que la structuration rythmique avec les différentes allures du cheval et les variations de vitesse. Lorsque le cheval est au pas, son mouvement emmène le bassin de l'enfant dans un mouvement hélicoïdal, entraînant ainsi toute la colonne vertébrale dans des oscillations régulières, de manière symétriques et rythmiques en quatre temps. Nous retrouvons également une sollicitation des muscles profonds et des organes intra-abdominaux.

Au travers de ce portage, l'enfant prend conscience de son corps grâce au dialogue tonico-postural avec le cheval décrit par Wallon.

De plus H. Montagner décrit un "accordage tonique, postural, émotionnel, affectif et rythmique entre le cheval et le cavalier, cela à partir des informations qu'ils recueillent mutuellement sur leurs ajustements corporels grâce à leurs récepteurs somesthésiques (...), leurs propriocepteurs (...) et leurs récepteurs vestibulaires (...). (H. Montagner, 1999)

Le portage permet à l'enfant de retrouver un sentiment d'unité, d'identité et de sécurité psychique. Selon B. Cyrulnik, lorsque l'enfant est sur le cheval "il peut régresser et retrouver une base de sécurité". Beaucoup d'auteurs ont associé le portage au concept de holding développé par D.Winnicott. En effet, selon lui lorsque l'enfant est porté dans les bras de manière sécurisée il peut développer un sentiment d'unité et de sécurité psychique (D.Winnicott, 1976).

Roussillon a réagi à cela en disant que " le bébé doit se sentir tenu, contenu et ramassé, par le "portage". Cette fonction de contenance est ce qui lui permet de se sentir "unifié" et rassemblé à

une époque où ses processus internes ne lui permettent pas d'assurer seul cette fonction, dans la mesure où ils ne sont pas encore intégrés." (Roussillon, 2018)

Plusieurs éléments participent à la fonction de contenance. Tout d'abord nous retrouvons le caractère sensoriel du portage avec la chaleur du cheval, son odeur, ses poils ainsi que le bruit des sabots. Puis, il y a également la rythmicité des mouvements du pas ainsi que la force et le poids du cheval qui donnent à l'enfant un sentiment d'appuis solides.

La construction d'une "peau psychique" permet à l'enfant de développer un sentiment d'identité, de localiser ses pensées et ses émotions est soutenue par l'expérience de la peau comme étant une enveloppe corporelle. ( E.Bick, 1998)

Les sensations corporelles et le bain sensoriel du portage viennent contribuer au développement d'une enveloppe psychique, en activant chez l'enfant la sensation d'une unité corporelle. Lorsque les enfants présentent une agitation ou une hypertonicité, cela peut avoir pour fonction de mettre en place "une seconde peau" lorsque la "première peau psychique" est défaillante. Ainsi, le mouvement et la contraction musculaire permettent à l'enfant de sentir ses limites corporelles.

Lorsque l'enfant est porté par le cheval, nous pouvons observer une diminution de l'agitation motrice. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les mouvements passifs du corps de l'enfant entraîné par les mouvements du cheval semblent se substituer à cette agitation.

De plus, un élément récemment découvert par l'association Horse Boy a participé à faire comprendre comment le portage peut être une source d'apaisement. Il a été montré que les mouvements du bassin entraînés par le mouvement du cheval favorisent la sécrétion d'ocytocine, hormone de l'attachement, de l'amour prédisposant à une exploration de l'environnement.

Deux études sur le portage (Wuang et coll., 2010 ; Schulz, 2012) ont mis en évidence une amélioration des compétences motrices et des fonctions sensori-discriminatives avec une intégration des flux visuels, vestibulaires et proprioceptifs et ainsi des bénéfices sur les plans émotionnel, relationnel et comportemental. Selon M. Schulz, "cette expérience sensori-motrice de réciprocité entre le cheval et l'enfant est mémorisée et constituerait les prémices de la communication non verbale et d'échange physique." (M.Schulz, 2012)

Ainsi, le portage permet une régulation du tonus, un apport sensoriel, une attention portée à l'environnement et une disponibilité pour les interactions avec l'adulte.

#### 4.2.4) Le pansage

Comme nous l'avons vu précédemment, le portage peut s'apparenter au concept de holding. Le pansage et la préparation du cheval, eux, peuvent se comparer au concept de handling correspondant à la manière dont le parent soigne et manipule le bébé. (D.Winnicott, 1976)  
Ainsi, lors du pansage, nous pouvons observer une remise en jeu du maternage premier ainsi que la favorisation de la capacité à prendre soin de soi.

Le pansage peut également permettre de faire une exploration du schéma corporel. En effet, la structure du corps du cheval est semblable à celle du corps humain. Puis, le processus d'identification s'articule avec un processus d'individuation "l'identité se construit dans un double mouvement de va-et-vient entre identification aux autres et distinction par rapport à eux." (Chefdhotel, 2009)

Enfin, nous pouvons évoquer le troisième concept de Winnicott qui est l'object presenting ou "présentation de l'objet". Il s'agit de la manière dont le parent fait progressivement découvrir le monde à l'enfant. (D.Winnicott, 2017)

Il est donc possible de faire un lien avec la manière dont le psychomotricien va présenter le cheval à l'enfant avec notamment le choix du cheval et l'exposition progressive de l'enfant aux réactions du cheval.

#### 4.2.5) Les représentations

Le sociologue C.R. Sanders a évoqué que la considération de l'animal comme une personne repose sur quatre conditions. Il est nécessaire de lui attribuer des processus de pensée, une personnalité, la réciprocité et une place dans la famille et dans le groupe. (C.R. Sanders, 1993)

Ces quatre conditions permettent de dire que le lien au cheval est "à la fois semblable et différent du lien avec d'autres êtres humains : semblable car ce sont les mêmes processus de construction de la personne ; différent car nous savons bien que les animaux ne sont pas vraiment comme les humains." (V. Servais, 2007)

Il existe donc une liberté dans l'interprétation du comportement animal. C'est ici que nous pouvons parler de "l'espace potentiel" de la médiation équine. (Winnicott, 2017). C'est-à-dire un espace de jeu dans lequel se déroule une expérience créatrice qui ouvre aux processus de différenciation, les enfants peuvent ainsi projeter leur propre problématique sur l'animal. Le rôle du psychomotricien,

dans cette situation, est de verbaliser les affects et donner du sens à ce qui peut être vécu comme angoissant.

Le cheval dispose de deux fonctions structurantes de l'enfant : la capacité créatrice et imaginaire ainsi que l'adaptation à la réalité. Monter à cheval peut donner à l'enfant une impression de toute puissance. En revanche, du fait de sa puissance et de sa réactivité, l'enfant doit s'adapter et travailler sur ses limites pour ne pas se mettre en danger ce qui peut être le cas certaines fois dans le TDAH.

A. Chefdhotel décrit deux phases, dans la première l'enfant ne fait qu'un avec l'animal, elle correspond à l'illusion primaire de Winnicott. La seconde est une phase de désillusion. Lors de la phase d'illusion, l'enfant a l'impression de contrôler son environnement et donc le cheval. Puis la désillusion doit survenir de façon progressive pour être structurante et acceptable. Le psychomotricien doit donc inclure progressivement l'enfant dans des situations qui le confrontent au principe de réalité. En effet, nous avons la possibilité d'influencer les réactions du cheval pour qu'il réponde positivement aux demandes de l'enfant. En revanche, nous pouvons également laisser le cheval ignorer la demande de l'enfant pendant un certain temps, permettant ainsi à l'enfant d'intégrer quelque chose d'une différenciation progressive. Le psychomotricien doit donc se saisir des opportunités offertes par le cheval pour accompagner progressivement l'enfant dans la dimension symbolique.

Pour guider son cheval, l'enfant doit pouvoir se maîtriser pour que le message adressé au cheval soit cohérent. Dans le cas du TDAH, l'agitation qui apparaît lorsque les émotions ne sont plus maîtrisables n'entraîne pas chez le cheval l'action attendue.

B. Cyrulnik a énoncé que l'animal n'interdit pas mais parfois empêche, amenant ainsi l'enfant à respecter certains rituels d'interaction. Le cheval étant à la fois imposant et doux, il impose des limites constantes et facilement identifiables par l'enfant.

#### 4.2.6) La restauration narcissique

Au fur et à mesure des séances, l'enfant peut repérer les différentes étapes de la préparation du cheval et ainsi les anticiper. Le psychomotricien invite donc l'enfant à penser le déroulement par lui-même. Ici, il est donc question de l'autonomie. Cette dernière comprend la capacité à réaliser certaines actions de la vie quotidienne mais aussi la capacité d'organiser les différentes actions et l'adaptation en cas de changements. Dès que nous en avons l'occasion, il est nécessaire d'offrir une part de responsabilité à l'enfant ainsi qu'un regard bienveillant et lui faire remarquer l'importance de ses actes auprès du cheval. Dans le cas du TDAH, il est très important d'accompagner les enfants dans l'expression de leur fierté pour permettre une restructuration de l'estime de soi. Le sentiment de responsabilité doit naître dans l'action et non dans la parole. Le passage par l'agir valorise l'enfant dans la réalité et il perçoit ainsi ses capacités à partir de son vécu plutôt que d'un constat rapporté par autrui.

Les enfants peuvent éprouver le plaisir de la reconnaissance par l'autre dans la rencontre avec le cheval. Ils peuvent être compris sans passer par les mots.

Nous pouvons également évoquer la présence du plaisir corporel avec la sollicitation de l'appareil musculo-squelettique entraînant la production d'ocytocine.

Dans le cas du TDAH, il est important de préciser qu'il n'y a pas de performance attendue au niveau équestre, que c'est un temps centré sur lui et sur son bien-être. L'objectif est que l'enfant se libère des exigences et des pressions auxquelles il est habituellement soumis notamment à l'école. Nous essayons de travailler avec la spontanéité de l'enfant dans sa relation avec le cheval. Il s'agit donc d'un plaisir conditionné par la rencontre avec le monde et avec l'autre plutôt qu'un plaisir tourné vers soi comme les jeux vidéos par exemple. Ce plaisir est vécu par l'enfant et par le psychomotricien, ce qui soutient leur relation et ainsi le travail thérapeutique.

## **5) Les limites de la médiation équine**

Une prise en charge en médiation équine dans le cadre d'un suivi en psychomotricité peut présenter quelques inconvénients qu'il est important de connaître.

### **5.1) Les contre-indications**

La pratique de la médiation équine nécessite de fournir un certificat médical de non-contre-indication à la mise à cheval. Elle peut être nécessaire pour sélectionner les activités bénéfiques au patient au sein de l'accompagnement thérapeutique.

Il existe peu de contre-indications car il ne s'agit pas de la pratique d'un sport mais de soins thérapeutiques. La médiation équine peut être contre-indiquée lorsque le terrain allergique est trop invalidant (foin, poils de chevaux ou tout autre élément présent dans la structure). La monte à cheval est contre-indiquée dans le cas de malformation de la moelle épinière, d'épilepsie non stabilisée, de luxation de hanche ou d'hémophilie. Enfin, certaines précautions doivent être prises dans le cas de l'épilepsie ou de séquelles chirurgicales.

### **5.2) Les inconvénients d'un travail en extérieur**

Au sein de mon stage, une partie de la séance se déroule en extérieur, lorsque nous allons chercher le poney dans le pré, et l'autre se déroule dans le manège qui est couvert mais dont les côtés ne sont pas complètement fermés. Ainsi, parfois, les aléas de la météo peuvent nous conduire à modifier l'organisation de la séance, en allant chercher le poney dans le pré avant que l'enfant arrive en cas de fortes pluies.

De plus, une tenue particulière est recommandée avec des vêtements qui peuvent être salis et des chaussures fermées. En hiver, une tenue imperméable est conseillée. Chez certains enfants, pour qui le regard des autres est difficilement acceptable, le port de bottes ainsi que l'acceptation de la saleté peuvent s'avérer compliqués.

Enfin, lors des temps froids, les enfants peuvent être vêtus de plusieurs couches de vêtements rendant difficile l'observation de la posture.

### **5.3) Les risques liés à l'utilisation d'un animal**

Le cheval est un animal impressionnant pesant environ 600 kilogrammes. Il est possible de retrouver des personnes qui ne parviennent pas à se saisir de cette médiation. Il peut, ainsi, survenir des résistances se manifestant par un rejet. Cela peut, par exemple, être dû à la perception du cheval comme un animal effrayant en raison de sa force et de son poids. Dans certains cas, nous allons pouvoir travailler ces résistances, mais dans d'autres, il faudra prendre la décision d'arrêter si la personne se met trop en danger ou si elle constitue un danger pour l'animal.

Le cheval étant un animal, nous ne pouvons pas toujours prévoir ses réactions. Ainsi, malgré toutes les mesures de sécurité mises en place, il ne faut pas oublier, malgré tout, qu'il existe un risque de chute, de morsures accidentelles ou de bousculades plus ou moins violentes.

### **5.4) Les limites dans le cadre du TDAH**

La médiation équine se déroulant dans un espace très vaste, très étendu et dans lequel nous sommes amenés à nous déplacer entre les différents lieux (le pré, le manège), peut s'avérer angoissante pour certains enfants présentant un TDAH. En effet, ce sont des enfants qui, dans la plupart des cas, ont besoin de contenance pour se sentir en sécurité. Ainsi, souvent, les premières séances de médiation équine peuvent être difficiles pour les enfants et le psychomotricien doit tout mettre en œuvre pour que l'enfant se sente en sécurité dans un espace inconnu et dont les limites sont difficilement percevables.

De plus, dans le TDAH, il est fréquent de retrouver des comportements à risque entraînés par la non perception des sources de danger. En effet, les enfants sont souvent en recherche de sensations et cela va se traduire, par exemple, par des enfants qui vont sauter du poney alors qu'il est en train de marcher. Ainsi, avec des enfants présentant un TDAH, il est nécessaire que le psychomotricien rappelle très régulièrement les règles de sécurité et qu'il prenne des précautions pour assurer leur sécurité en toutes circonstances. Dans la médiation équine, la question de la sécurité est présente en permanence mais elle peut être majorée dans certains cas, comme ici dans le TDAH.

**Chapitre 3:**

**Illustration clinique**

## **1) Qui est Anaïs?**

Comme dit précédemment, lors de mon stage, j'ai pu rencontrer une jeune fille nommée Anaïs. Le suivi d'Anaïs a débuté en novembre 2022. Les séances ont lieu une fois par semaine, le mercredi pendant une heure.

### **1.1) L'anamnèse**

Au moment de la rencontre, au mois de novembre, Anaïs était âgée de 12 ans et 8 mois. Elle vit avec ses deux parents et son petit frère.

La grossesse a généré du stress chez les parents car lors de l'amniosynthèse, les médecins ont suspecté une trisomie 21 qui n'a pas été confirmée par la suite.

Au niveau des acquisitions psychomotrices, avant un an, elle tentait de se redresser avec ses abdominaux. Elle a commencé à ramper vers un an, puis, de temps en temps, pour se déplacer elle utilisait la position du quatre pattes mais la jambe gauche se plaçait sous son corps et ne participait pas à la poussée. Dans la plupart des cas, elle ne se déplaçait pas, il y avait beaucoup d'agitation dans les bras mais les jambes restaient immobiles. Les premiers pas ont été réalisés à dix-sept mois.

Anaïs maîtrise le vélo, elle participe à des cours de natation pour apprendre à nager mais les parents évoquent des difficultés de coordination rendant l'acquisition de la nage difficile. On peut retrouver cette difficulté dans le jeu de ballon, en effet un manque de souplesse a été constaté avec les doigts très crispés.

Concernant la situation médicale d'Anaïs, un diagnostic de Trouble du Déficit de l'Attention sans Hyperactivité a été posé. Pour l'instant aucun traitement en lien avec ce trouble n'a été prescrit. Anaïs a été suivie en psychomotricité pendant 5 ans dans un cabinet libéral, c'est cette psychomotricienne qui l'a adressé vers la médiation équine. Le suivi en cabinet libéral s'est achevé lorsque celui en médiation équine a débuté. De plus, elle réalise des séances d'orthophonie une fois par semaine. Elle a effectué des séances de kinésiologie qui lui ont permis de travailler le réflexe parachute et également les stimulations tactiles et auditives.

Au sujet de la vie quotidienne, l'endormissement peut prendre du temps car il y a beaucoup d'excitation au moment du coucher.. Elle ne souhaite pas pratiquer de sport en dehors de l'école.

Au cours de l'entretien, les parents ont pu évoquer leurs différentes attentes. En effet, ils souhaiteraient qu'un travail sur la gestion des émotions soit effectué, car Anaïs garde beaucoup les choses pour elle, ils ont besoin d'insister pour qu'elle puisse extérioriser et elle s'effondre souvent en pleurs. Elle présente, au même titre, des difficultés dans la compréhension des émotions des autres. Pour eux, les différents aspects du tonus sont également un point important à aborder et qui pourrait l'aider notamment pour l'écriture. De plus, ils ont évoqué une mémoire de travail déficitaire, entraînant chez Anaïs un sentiment de décalage avec les autres enfants, et par conséquent une confiance en elle fragile.

Les parents ont pu remarquer une diminution de l'opposition lors de l'entrée en sixième, elle exprime une préférence pour le fonctionnement du collège car il y a plus d'autonomie.

## **1.2) Les bilans**

Différents bilans ont été réalisés et ont permis de poser le diagnostic.

### 1.2.1) Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a indiqué un trouble visuo-spatial avec des difficultés d'organisation et de représentation spatiale et corporelle, ce qui a des répercussions dans l'organisation de ses gestes simples ainsi que dans son rapport à l'espace de manière générale. Une fragilité motrice a été observée en lien avec ce qui vient d'être expliqué mais également en lien avec un trouble tonique. Anaïs présente une hypertonie de fond et une difficulté de gestion tonique dans l'action. Enfin, la présence d'une fragilité dans l'écriture a été repérée et peut s'expliquer par les difficultés d'organisation corporelle avec la tenue du stylo, les difficultés d'organisation spatiale et les difficultés de gestion tonique. Un suivi psychomoteur a donc été indiqué pour accompagner Anaïs vers un meilleur vécu corporel, une organisation plus optimale dans son corps et son espace ainsi que vers un tonus plus adapté et maîtrisé.

### 1.2.2) Le bilan neuropsychologique

Un bilan neuropsychologique a été effectué à la demande des parents et sur les indications de la psychomotricienne qui suspectait des éléments du Trouble du Déficit de l'attention sans Hyperactivité et/ou Haut Potentiel Intellectuel car Anaïs semblait souvent dans la lune mais écoutait néanmoins simultanément. Ce bilan a pu mettre en évidence des fonctions cognitives hétérogènes. Les tests de raisonnement logique sont bien réussis et le score du raisonnement visuo-spatial est au-dessus de la moyenne. Le vocabulaire est bien développé et la mémoire à long terme verbale semble efficiente. Un ralentissement a pu être observé dans la motricité fine et le graphisme. Le bilan intellectuel montre une faiblesse de mémoire à court terme et de travail, avec un oubli rapide des informations vues ou entendues. Il a également été retrouvé des décrochages attentionnels en situation d'attention partagée ou lors des tests d'impulsivité ou de résistance aux sources de distraction. En conclusion, ce bilan indique des troubles d'attention et de mémoire de travail.

### 1.2.3) Evaluation au Centre Référents Déficits de l'Attention/Hyperactivité

Enfin, une évaluation au Centre Référents Déficits de l'Attention/Hyperactivité (CREDAH) a été proposée à Anaïs. L'ensemble des données recueillies, l'observation clinique lors des consultations et les bilans neuropsychologiques ont permis de poser le diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec inattention prédominante sans comorbidité.

### **1.3) Les particularités sensorielles**

Un profil sensoriel de Dunn a été transmis aux parents d'Anaïs car lors de l'entretien ils ont pu évoquer une sensibilité au toucher et aux bruits.

Le profil sensoriel s'appuie sur la théorie de l'intégration sensorielle expliquant les comportements des individus par l'interprétation de leur capacité d'intégration des stimuli sensoriels.

Dans le cas d'Anaïs, ce profil sensoriel a plusieurs objectifs:

- Mesurer sa capacité de traitement de l'information sensorielle
- Une meilleure compréhension de ce qu'elle vit
- Une meilleure compréhension de ce qui peut faire obstacle à ses apprentissages

- Une mise en évidence de ses ressources sur lesquelles nous allons pouvoir nous appuyer lors du suivi
- Un aménagement de ce qui va lui être proposé en séances
- Un aménagement de l'environnement

En fonction des réponses données par les parents, il a été mis en évidence chez Anaïs:

- Des difficultés dans le traitement de l'information sensorielle liée à l'endurance et au tonus, se traduisant par des difficultés à maintenir une action et ainsi la présence de raideurs lorsqu'elle est en mouvement et une fatigabilité importante dans la conservation d'une position.
- Des fragilités dans le traitement de l'information multisensorielle correspondant à la capacité de l'enfant à répondre aux activités combinant plusieurs sens. Chez Anaïs, cela se manifeste par la présence de difficultés attentionnelles. Nous retrouvons un seuil neurologique bas.
- Des difficultés dans la modulation du mouvement affectant le niveau d'activité avec un seuil neurologique bas. Cela se manifeste par une préférence pour les jeux calmes et sédentaires.
- Des particularités dans les comportements résultants du traitement de l'information sensorielle correspondant à la capacité de l'enfant à atteindre les exigences nécessaires à l'exécution d'une action. En effet, chez Anaïs il est possible d'observer des difficultés pour tolérer le changement et une utilisation de moyens inefficaces pour effectuer une tâche.

Ces difficultés permettent de conclure que le comportement d'Anaïs témoigne d'une tendance à agir contre les seuils neurologiques bas en évitant les sensations. En effet, les seuils étant trop souvent atteints, elle ressent le besoin de diminuer la quantité d'informations sensorielles car cela peut être vécu comme inconfortable voir effrayant. Anaïs cherche donc à maintenir ces événements à distance, et semble résister au changement afin de ne pas avoir à traiter trop de stimuli inconnus.

Cet évitement de sensations peut expliquer les difficultés présentes dans la section inattention et distractibilité. Lorsque les informations sensorielles sont trop nombreuses, elle semble avoir besoin de se protéger des différents stimuli. Ceci impacte alors les capacités d'attention, la rendant alors indisponible pour des nouveaux apprentissages. De plus, ces informations peuvent permettre d'expliquer la sensibilité d'Anaïs aux critiques, ses difficultés dans la gestion de l'échec et également les difficultés qu'elle peut présenter pour s'apprécier.

Pour ne pas impacter les apprentissages de l'enfant, il est nécessaire de respecter son besoin de limiter les stimuli sensoriels inconnus et d'élargir progressivement les expériences de traitements de l'information sensorielle au sein de ses rituels familiaux.

Enfin, le profil sensoriel a également mis en évidence des fragilités dans la modulation de l'information tactile. La réactivité d'Anaïs face à un stimulus tactile peut être élevée ou faible au cours de la journée. Il est donc important d'observer ses comportements et de déceler ceux en faveur d'une hypo-réactivité ou d'une hyper-réactivité afin de lui proposer des alternatives adaptées.

## **2) Le projet d'accompagnement**

Un projet d'accompagnement a donc été proposé. Les objectifs thérapeutiques de cet accompagnement se déclinent suivant plusieurs axes.

Tout d'abord, il semble important de favoriser l'investissement corporel, et notamment l'écoute de ses sensations internes. En effet, pour développer la connaissance de soi, améliorer la compréhension des émotions et anticiper les réactions, l'écoute et la compréhension des sensations corporelles sont indispensables. Pour pouvoir acquérir cette connaissance d'elle-même, un investissement positif de son corps est nécessaire. Tout ceci sera permis par de nombreuses expériences qui mettront en jeu des sensations différentes, notamment à travers la monte à cheval.

Ensuite, un accompagnement vers une meilleure gestion des émotions sera proposé. Le cheval étant un très bon lecteur des émotions humaines, il les mettra en avant à sa manière. Ainsi, le cheval étant un animal de nature craintive, il est important de pouvoir gérer ses émotions lorsque nous sommes à ses côtés. Ceci permettra donc à Anaïs de prendre conscience des émotions qui la traversent et de pouvoir les exprimer. De plus, les différentes séances proposées lui permettront de l'aider à mieux reconnaître les différentes émotions et les effets qu'elles peuvent avoir sur notre corps. Ce qui permettra par la suite de mieux les reconnaître chez l'autre et de pouvoir adapter son comportement en fonction de la situation.

La réussite étant très importante pour Anaïs, le développement de la confiance en soi est un objectif essentiel. Chez Anaïs, la volonté de bien faire est très présente ce qui met en évidence une peur importante de l'échec entraînant l'abandon des tâches susceptibles de la mettre en difficultés. Lorsqu'elle se trouve face à un exercice qu'elle ne réussit pas, elle va exprimer « ce n'est pas grave,

on s'en fiche de ça » et ne va pas essayer de le refaire. L'aider à vaincre cette appréhension lui permettra d'accepter progressivement le fait qu'elle a le droit de se tromper ou de ne pas savoir.

Un travail autour de l'estime de soi, de la valorisation de ses compétences et de la narcissisation pourra être abordé. Ceci permettra, par la suite, à Anaïs de prendre confiance en elle ainsi qu'en ses capacités et de se sentir capable de « faire » sans la peur d'échouer. La restauration de l'estime de soi aura alors un impact positif sur l'assurance qu'elle peut avoir dans sa vie quotidienne. Afin de valoriser ses compétences et la mettre en situation de réussite, il sera proposé à Anaïs des parcours, des exercices de manipulation du cheval, de la gymnastique à cheval et également des sorties en extérieur. Une fois que la confiance en soi sera augmentée, la gestion de l'échec et la persévérance pourront progressivement être travaillées.

Le Trouble du Déficit de l'attention sans Hyperactivité d'Anaïs la met régulièrement en difficultés suite à de faibles capacités attentionnelles. Il semble donc pertinent de développer ces capacités. Les séances ainsi que les différentes stimulations apportées par le centre équestre permettront de l'encourager à développer son attention partagée, soutenue et sélective, sa patience et également son ajustement à l'environnement.

Enfin, le développement des capacités toniques et des coordinations sera mis en jeu dans les séances. Une meilleure régulation tonico-posturale lui permettra de gagner en aisance corporelle et en précision gestuelle. Ceci lui offrira un soutien dans son développement tonique et moteur. Pour cela, des temps de monte lui seront régulièrement proposés.

### **3) La prise en charge**

#### **3.1) Les premières séances d'Anaïs**

Lors des premières séances, Anaïs a choisi la ponette avec qui elle va partager les séances tout au long du suivi. Au début, Anaïs était très agitée, puis, elle est parvenue progressivement à ajuster son rythme sur celui de la ponette, ce qui lui permet notamment de ralentir son pas pour l'attendre, faire des temps de pauses entre deux activités ou baisser la voix lorsque la ponette est inquiète. Ces ajustements nécessitent un accompagnement important de la part de l'adulte mais sont possibles.

Le plaisir immédiat est très présent chez Anaïs, ce qui est d'ailleurs sa principale source de motivation mais cela rend difficile l'installation et l'entretien d'une relation avec la ponette. Les instants clés pour créer une relation de confiance avec la ponette, tels qu'aller la chercher au pré, prendre soin d'elle ou observer son comportement, sont définis comme une perte de temps par Anaïs. Ceci peut potentiellement expliquer le décalage qu'elle ressent avec les autres enfants de l'école.

Lorsqu'elle est à cheval, elle ne montre aucune appréhension pour les différents exercices qui lui sont proposés. En revanche, elle montre une légère immaturité tonique ce qui pourrait expliquer ses difficultés motrices et graphiques. En effet, l'axe corporel manque de tonus et des raideurs sont observés dans les membres inférieurs.

#### **3.2) La première séance en ma présence**

A mon arrivée, Anaïs questionne sur ma présence et souhaite savoir qui je suis. Elle dit ne pas se souvenir de ma présentation qui avait été faite la séance précédant mon arrivée et au cours de laquelle elle avait accepté que je participe aux séances. Elle semble impatiente d'aller chercher la ponette qui se trouve dans le pré. Cette impatience se manifeste par des trépignements et un débit de parole amplifié. Elle fait un signe très rapide de la main à son papa et lui dit « à tout à l'heure » puis prend la direction du pré.

Lors de chaque début de séance, nous allons chercher la ponette au pré, ce qui a permis de créer un rituel de début de séance. Les rituels ont une place importante dans la prise en charge car

ils ont une fonction sécurisante. Ils permettent d'instaurer des procédures stables et répétitives et ainsi de structurer l'espace et le temps.

Sur le chemin du pré, elle parle beaucoup, elle évoque ce qu'elle a fait à l'école, ce qu'elle a fait le weekend et nous parle de ses copines dont une qui fait de l'équitation et avec qui elle échange au sujet des chevaux. Elle demande également en quoi va consister la séance. Ce temps d'aller et retour au pré est un temps d'échange dans lequel elle peut partager ce dont elle a envie. Ceci peut participer à l'entrée dans la relation thérapeutique. L'efficacité de cette dernière dépend de l'alliance thérapeutique. Cette alliance thérapeutique est une notion d'union par engagement mutuel, elle nécessite l'engagement, la confiance et la coopération. Pour qu'elle s'établisse, l'enfant doit se sentir en sécurité et contenu. Il doit également comprendre le sens de ce qui lui est proposé et être acteur de sa prise en charge. Il est donc important que durant ce temps d'échange, elle se sente écoutée.

Lors de l'arrivée au pré, les règles de sécurité de l'intérieur du pré lui sont rappelées. Il lui est d'abord demandé de citer celles dont elle se rappelle, puis la psychomotricienne ajoute les éléments manquants. Ces règles font partie du cadre qui constitue la structure de l'espace de soin.

Dans le pré, la psychomotricienne lui demande d'essayer de trouver la ponette tout en faisant attention à tous les obstacles qui pourraient se trouver sur son chemin, comme les arbres, les branches, les racines, les trous ou encore les flaques d'eau. Anaïs se met légèrement en retrait et préfère suivre plutôt que de choisir la direction elle-même. Ceci est une manifestation du manque de confiance en elle, elle préfère ne pas essayer par peur de se tromper. Une fois arrivée au niveau de la ponette, elle s'avance de façon ajustée et entre en contact avec elle par une caresse. Il lui est alors demandé de lui mettre le licol pour pouvoir la ramener dans le lieu où va se dérouler la séance. Anaïs refuse et demande à la psychomotricienne de le faire à sa place, celle-ci lui propose de le mettre à deux. Cela permet de rassurer Anaïs pour qu'elle puisse se sentir capable de réaliser la tâche en diminuant la peur d'échouer.

En arrivant au manège, la psychomotricienne lui dit que nous allons faire une promenade. Cette proposition semble lui plaire. Sa joie a été manifestée par des sourires et des onomatopées. Elle demande ensuite s'il est possible de brosser et de préparer la ponette à sa place, il lui est donc proposé de tous participer et de le faire ensemble en s'attribuant chacun une tâche. Tous ces moments dans lesquels elle demande de faire à sa place sont utilisés pour permettre un

renforcement de ma confiance en elle, de l'estime de soi ainsi que pour la valorisation de ses compétences. Une fois que la préparation est terminée, Anaïs peut monter sur la ponette. Elle me semble plutôt à l'aise, le tonus de chaque membre de son corps est adapté, elle se tient droite, la musculature du dos et des abdominaux est engagée, son bassin est dans l'axe et ses mains sont sur les poignets de l'équipement posé sur le dos de la ponette.

Au début de la promenade, Anaïs parle beaucoup. Différents jeux introduisant la sensorialité vont lui être proposés. Tout d'abord, il va lui être demandé d'essayer d'identifier tous les bruits qu'elle peut entendre pendant trois minutes, et de les énumérer à la fin. Puis, pendant un autre temps de trois minutes, elle va devoir trouver le plus petit détail possible dans une zone délimitée préalablement. Cet exercice permet de stimuler l'attention sélective. En effet, elle doit porter son attention sur un sens tout en ignorant les stimuli provenant des autres sens. Suite à cette proposition, j'ai pu observer chez Anaïs que le niveau sonore de sa voix s'est élevé, son débit de parole a augmenté et une mise en activité de ses jambes et de ses pieds pendant quelques minutes. J'ai pu émettre l'hypothèse que cette modification serait due à l'effort fourni pour réaliser l'exercice. Ainsi, la promenade peut nous donner des indications sur l'état psychomoteur dans lequel se trouve l'enfant grâce à l'observation du langage non verbal, de la posture, du regard, des sons ou des mots.

A la fin de la séance, Anaïs a questionné sur ma présence la semaine prochaine. Lors de la discussion entre son papa et la psychomotricienne, elle a pu montrer des signes d'impatience, en demandant à son papa de partir, en soupirant et en l'interpellant à plusieurs reprises malgré le fait qu'il soit en train de parler.

Contrairement à une séance dans le manège, la promenade ne se déroule pas dans un cadre très défini, limité, l'espace peut devenir vaste. Il s'effectue un travail sur la confiance en soi, en l'autre, avec le cheval comme moyen de transport d'un espace à un autre. La psychomotricienne se propose de guider et de rendre cette aventure plaisante et joyeuse.

Au cours de la promenade, le temps de régression entraîné par le portage permet à Anaïs d'entrer en relation avec la ponette et les adultes présents. Cette détente permet un réel intérêt pour l'autre ainsi qu'une ouverture au monde plus grande. Comme vu précédemment, Anaïs a pu nous faire partager beaucoup de choses, ce qui fait de la promenade un moment de détente propice à la parole, aux souvenirs ou encore à de lointaines sensations déjà vécues.

### **3.3) Les axes de travail en réponse au projet d'accompagnement**

Au cours de la prise en charge d'Anaïs, j'ai observé les trois premières séances, ensuite j'ai participé aux trois séances suivantes puis j'ai pu proposer les séances seule, jusqu'à la fin de mon stage.

Lors d'une journée de pluie, il était impossible de monter sur le dos de la ponette car elle était mouillée. Nous avons donc dû réaliser une séance à pied. Cette situation est très intéressante car nous savons qu'Anaïs prend beaucoup de plaisir lorsqu'elle est sur la ponette, ainsi un travail sur la gestion des émotions a dû être effectué. En effet, cela a pu créer chez Anaïs de la frustration car elle n'a pas pu avoir ce qu'elle voulait "je voulais monter moi, je ne voulais pas rester à pied". Avec l'étayage de l'adulte, elle a pu exprimer sa déception et sa colère et elle a également pu accepter la situation. Ici, nous pouvons voir que le travail avec le cheval impose parfois des choses que nous sommes obligés de respecter, ce qui permet de confronter l'enfant à l'imprévu et donc d'essayer de trouver des solutions quand nous sommes face à quelque chose qui pose un problème.

Il lui a donc été proposé de créer un parcours qu'elle pourra réaliser lors de cette séance avec la ponette en longe et en montant sur la ponette lors de la prochaine séance. Ceci lui permet de trouver un intérêt dans cette séance à pieds, c'est important que ce qu'elle réalise ait du sens pour elle, pour qu'elle soit actrice de sa prise en charge.

Elle met beaucoup d'éléments dans son parcours, tout s'enchaîne très rapidement. Son parcours est adapté à la consigne, il est réalisable par elle mais également par la ponette et les distances sont ajustées. Pour nous l'expliquer, elle veut le faire, c'est difficile pour elle de trouver les mots adaptés pour exprimer ce qu'elle veut dire "tu mets le truc dans le machin jaune puis tu tournes". Ici, nous pouvons donc observer une difficulté dans la planification avec la mise en place d'une succession d'étapes. Puis, avec l'étayage de l'adulte, il a été possible de trouver les mots adaptés et de construire un enchaînement d'étapes.

A la fin de la séance, il lui est proposé de représenter son parcours sur une feuille pour pouvoir le reconstruire la prochaine fois. Cet exercice permet d'aborder la notion de repérage dans l'espace. Anaïs est capable d'orienter elle-même sa feuille dans le sens du manège en y ajoutant les objets fixes pour se repérer comme la porte d'entrée, les dispositifs rangés dans les coins et les différentes lettres sur les murs. Elle dessine son parcours en commençant par le début, cependant les

premiers éléments sont représentés avec des tailles trop grandes ce qui entraîne un manque de place sur la feuille. Elle dessine la suite dans une partie libre de la feuille et ainsi inverse le sens de son parcours. Elle est en capacité de verbaliser cette situation « je n'ai plus de place sur la feuille donc je continue le dessin en allant à gauche même si je sais très bien que la suite de mon parcours est à droite », ce qui permettra de repérer si elle s'est souvenue de cette information à la prochaine séance.

N'ayant pas assisté à la séance suivante, la psychomotricienne m'a informée qu'Anaïs avait réussi à reconstituer son parcours en se souvenant du changement de sens et que la majorité des éléments avaient été replacés. Anaïs présente donc de bonnes capacités de repérage dans l'espace. En revanche, le bilan psychomoteur réalisé par la psychomotricienne précédente dans son cabinet avait mis en évidence des difficultés d'organisation et de représentation spatiale. Pour expliquer ceci, j'ai pu émettre plusieurs hypothèses. Tout d'abord, le centre équestre est devenu un espace familier et sécurisant pour Anaïs lui permettant ainsi d'utiliser de façon efficiente ses compétences. De plus, les activités réalisées se situent dans le concret et dans l'espace perçu d'Anaïs et non dans l'espace connu ou représenté qui pourrait lui poser des difficultés. En effet, elle est capable de se représenter l'espace en établissant des relations topologiques et elle est également capable de situer les objets par rapport à son corps ce qui correspond aux repères égocentrés.

Lors d'une séance, Anaïs a demandé à ce que son papa vienne regarder la séance. Le fait que les parents puissent assister à certaines séances est très bénéfique. Tout d'abord elle a pu montrer les progrès effectués dans l'autonomie. C'est un point important, car à l'école et à la maison, les difficultés d'attention d'Anaïs rendent difficile cette autonomie. Lors des séances, elle a pu repérer les différentes étapes dans la préparation du cheval, elle est ainsi capable de les anticiper. Ceci lui permet de pouvoir exprimer sa fierté lorsqu'elle réussit, comme par exemple, ici lorsqu'elle réussit à préparer la ponette seule. L'expression de cette fierté a un intérêt majeur dans le travail autour de la confiance en soi et de l'estime de soi mais également dans la restauration narcissique.

La présence du papa lors d'une séance peut également permettre de renforcer l'alliance thérapeutique avec les parents car cela permet de voir comment les séances se déroulent, les exercices qui peuvent être proposés à sa fille et les progrès réalisés. Comme dit précédemment, l'alliance thérapeutique est une condition essentielle au bon déroulement de la prise en charge. De plus, cela peut permettre de partager le plaisir. En effet, le papa a pu faire connaissance avec la ponette, Anaïs a pu lui expliquer comment faire pour entrer en relation avec elle et lui transmettre les savoirs qu'elle a acquis lors des séances précédentes. Suite à cette rencontre, il peut être plus

facile de parler de ce que l'enfant fait en séance, s'il le souhaite, et ainsi apporter des éléments positifs à la dynamique relationnelle.

Cette séance a donc été axée sur les coordinations, car plusieurs fois Anaïs a pu exprimer ses difficultés en sport à l'école, notamment dans les jeux de balles. Nous avons donc mis en place différents ateliers permettant de travailler la coordination oculo-manuelle qui implique l'aptitude à coordonner l'information visuelle et l'action motrice. Comme par exemple, la mise d'un drapeau dans un cône, ou encore déposer une bouteille sur un piquet. Dans chaque atelier, l'exercice est réalisé avec les deux mains. Puis, nous avons introduit le ballon, elle devait d'abord lancer le ballon dans un espace délimité lorsque la ponette était à l'arrêt puis le même exercice a été réalisé lorsque la ponette était en mouvement. En fin de séance, nous avons pu réaliser un jeu dans lequel papa a pu participer, le but étant qu'Anaïs envoie le ballon à la personne dont le prénom était cité. Tous les exercices ont été réalisés sans difficulté, nous avons donc émis l'hypothèse qu'Anaïs était mise en difficultés par la présence des autres et notamment le regard des autres. Pour lui permettre d'améliorer ce domaine, le travail sur la confiance en soi doit être approfondi.

Lors d'une séance avant les vacances, nous lui avons proposé de choisir en quoi allait consister la séance. Anaïs a pu nous exprimer qu'elle voulait « apprendre à la ponette à sauter ». Nous pouvons remarquer dans cette situation qu'Anaïs enseigne au cheval ce qui est un positionnement renarcissant. En effet, Anaïs adopte un positionnement inhabituel d'enseignante à l'égard du cheval. Le cheval ne portant pas de jugement, les notions d'échec et de réussite sont donc relativisées.

Au début de la séance, nous pouvons observer chez Anaïs une importante agitation motrice et une difficulté à maintenir son attention. Puis, au fur et à mesure de la séance, l'agitation va progressivement diminuer et l'attention va être maintenue sur des durées plus longues. Il est donc possible, ici, de mettre en évidence que la présence de l'animal favorise la concentration et diminue les parasites. Chez Anaïs, l'agitation diminue dans la plupart des cas lorsqu'elle se trouve portée par la ponette, les mouvements passifs de son corps entraînés par les mouvements de la ponette se substituent donc à cette agitation motrice.

Lors de la préparation de la ponette, cette dernière a pu montrer quelques réactions de retrait dues à l'agitation d'Anaïs. Dans cette situation, la psychomotricienne a pu décrire et donner du sens

aux réactions de la ponette. Ceci a permis à Anaïs de s'observer elle-même et donc de l'aider à reconnaître ses émotions.

Anaïs a donc pu apprendre à la ponette à sauter, d'abord en longe puis dans un second temps en montant sur la ponette. Le travail en longe permet à Anaïs de se servir de son langage corporel pour se faire comprendre. Nous lui expliquons que le cheval observe attentivement les mouvements du corps et que c'est ainsi qu'il communique avec les autres chevaux.

Elle peut également éprouver son espace corporel et celui de l'autre, il est important de lui préciser qu'elle doit faire respecter son espace, la ponette n'a pas le droit de la bousculer ou de lui marcher sur les pieds. Cela lui a donc permis d'expérimenter sa capacité à préserver son espace corporel et également à tenir compte de celui de la ponette.

De plus, Anaïs a pu remarquer que la ponette se distrait beaucoup et qu'elle devait souvent l'aider à se concentrer. Cette situation permet d'aider Anaïs à comprendre les réactions des autres lorsque c'est elle qui se distrait. Pour conserver l'attention de la ponette, elle a donc dû l'attendre et se mettre à son rythme et ainsi expérimenter les effets de son langage corporel. En effet, elle a pu remarquer que lorsqu'elle s'agitait la ponette s'éloignait. Cette dernière a donc offert à Anaïs un retour immédiat sur ses actes et ses mouvements corporels.

Le fait d'être celle qui décide, qui rappelle la règle lorsqu'il y a un échec, permet d'aborder différentes questions telles que comment faire comprendre ma demande ? Pourquoi la ponette n'y a-t-elle pas répondu ? Comment s'adapter lorsqu'elle se trompe ?

A la fin de l'exercice, Anaïs a réussi à faire franchir à la ponette les trois obstacles qu'elle avait mis en place, cette situation de réussite a donc eu un effet valorisant.

Pour la partie à cheval, nous avons décidé de travailler sur l'écoute des sensations corporelles. Il semble important de privilégier un sens qu'elle a tendance à peu utiliser. Nous reprenons donc les obstacles qu'elle avait utilisés avant, ces obstacles sont différents par leur hauteur et par le nombre de barres à franchir à la suite. Nous allons effectuer plusieurs passages sur chacun en demandant à Anaïs d'essayer d'identifier les sensations qu'elle perçoit, ce qu'il se passe dans son corps. Puis, par la suite, nous avons demandé à Anaïs de fermer les yeux et d'essayer de deviner sur quel obstacle nous sommes passées en fonction de ses sensations. Elle a pu nous donner les bonnes réponses et également exprimer ce qu'elle a ressenti.

Lors de la discussion avec le papa en fin de séance, les progrès d'Anaïs ont été évoqués et ainsi il a été décidé de continuer le suivi avec des séances bimensuelles.

Anaïs nous a souvent fait part de son souhait de faire de la voltige. Cette dernière s'apparente à de la gymnastique, le corps est mis en mouvement pour exécuter des figures simples ou plus complexes. Les positions varient dans une recherche d'équilibre constant et de confiance en soi.

Nous avons accepté car il est important qu'elle se rende compte que ses demandes sont entendues, cela a un impact positif sur la motivation et le plaisir. Au cours de cette séance, je tiens la ponette qui tourne autour de moi pendant qu'Anaïs peut réaliser ses figures. La relation de confiance en l'autre est donc en jeu. Nous avons donc pu travailler la confiance en elle dans un exercice inconnu, la relation à l'autre avec les modes d'entrées en communication pour les demandes d'aides si nécessaire ainsi que l'émergence et l'expression des sensations et des émotions. En effet, au début Anaïs a pu exprimer de la peur lorsqu'elle se sentait en déséquilibre, puis elle a pu exprimer de la fierté lorsqu'une figure était réussie, cela fait partie des événements renarcissants.

Cette séance a permis à Anaïs d'éprouver son corps au travers de mouvements comme monter et descendre les genoux entraînant des changements d'appui, de réajustements tonico-posturaux comme lâcher les mains au trot et également d'expériences autour de la gravité en se mettant assise avec les deux jambes du même côté.

Au cours des différentes expériences, elle a pu exprimer ses ressentis en nous donnant le sens de balancement de son bassin ou encore les différents muscles qui se contractent.

Lors de ma première proposition de séance à Anaïs, j'ai choisi d'aborder les notions de temps et d'espace. Pour cela, j'ai symbolisé trois parcours, une ligne droite, une ligne courbe et un zigzag. Puis, à partir de cela, je lui ai posé plusieurs questions. Je lui demande d'abord, selon elle, quel est le parcours le plus long et quel est le plus court. Puis, comment on pourrait vérifier sa réponse. Ceci met en évidence la recherche de solutions pour résoudre un problème. Elle est en capacité de me dire que nous pouvons vérifier en chronométrant le temps nécessaire pour effectuer chaque parcours, et avec un petit peu d'étayage elle a pu proposer de compter le nombre de pas de la ponette. Anaïs a exprimé que pour que ce soit juste, nous devons commencer et terminer à compter toujours au même endroit et que la ponette doit aller toujours à la même vitesse. Ceci montre qu'Anaïs présente un bon repérage spatio-temporel. Ensuite, je lui propose de fermer les

yeux et de deviner le parcours effectué à l'aide de ses ressentis. Puis je lui propose de dessiner sur l'ardoise le chemin que nous avons emprunté. Je remarque qu'elle trace le parcours en le regardant comme si elle le recopiait. Suite à cette observation, je lui propose donc de dessiner en étant dos aux différents parcours, ce qui a été très difficile pour Anaïs. J'ai pu en déduire que la représentation abstraite de l'espace n'était pas acquise et que ce point devait être travaillé lors des prochaines séances. Ceci a permis de confirmer mon hypothèse évoquée précédemment, Anaïs n'a pas acquis les représentations correspondant à l'espace connu ou représenté. En effet, elle présente des difficultés dans le changement de point de vue et dans les repères allocentrés.

En raison d'une absence, Anaïs n'a pas effectué de séance pendant un mois. Je propose donc une activité lui permettant de retrouver ses sensations. Je choisis de réaliser un parcours avec différents ateliers mettant en jeu différents domaines tels que les coordinations, la motricité fine ou encore les ajustements toniques. Puis, Anaïs choisit un nom pour désigner chaque atelier et à partir de ces noms, je lui suggère un ordre qu'elle doit suivre pour réaliser le parcours. Ceci permet de mettre en jeu l'attention partagée.

J'ai pu proposer à Anaïs, une séance sous la forme d'une chasse aux trésors pour pouvoir observer ce qui pose des difficultés à Anaïs dans l'acquisition des représentations correspondant à l'espace connu. J'ai donc pu remarquer qu'Anaïs n'avait pas acquis la réversibilité ni la décentration. En revanche, cette séance m'a permis de constater d'importants progrès au niveau de l'attention et de la capacité à se re-concentrer par elle-même.

Au cours de l'année, Anaïs s'est blessée et a donc dû porter une attelle au genou et des béquilles. Malgré cela, son papa a souhaité qu'elle participe à la séance. Des ajustements ont donc dû être effectués. Par mesure de sécurité, elle ne pouvait pas rester trop proche de la ponette ce qui est difficile pour elle. J'ai donc associé cette séance à un travail sur les émotions. Tout d'abord, Anaïs devait nous donner la consigne d'un exercice et nous devions le réaliser. Cela a permis de travailler le repérage spatial, l'organisation ainsi que la planification. Puis concernant les émotions, nous avons travaillé sur l'identification des émotions sur des visages dessinés, l'association de l'émotion avec une situation quotidienne ainsi que les effets produits par cette émotion dans le corps. Ce travail sera poursuivi lors d'une prochaine séance en abordant les ressources utilisées pour gérer les émotions. Tout au long de cette séance, Anaïs a manifesté de l'agitation avec un besoin de bouger permanent, ce qui m'a permis de remarquer, une fois de plus, que le portage du cheval se substitue à cette agitation motrice.

## Conclusion

---

Le TDAH est un trouble du neurodéveloppement caractérisé par l'association de trois grands groupes de symptômes selon des modalités variables : l'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité.

Au travers de ce mémoire, l'objectif était de montrer en quoi la médiation équine, en psychomotricité, peut jouer un rôle bénéfique auprès des enfants présentant un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

Pour cela, j'ai effectué une description du TDAH afin de mieux comprendre les caractéristiques de ce trouble pour permettre d'orienter au mieux la prise en charge. J'ai ensuite décrit les différentes manifestations du TDAH ainsi que les axes de travail en psychomotricité. Puis, pour illustrer mes propos, j'ai choisi de présenter Anaïs qui présente un Trouble du Déficit de l'Attention sans Hyperactivité et chez qui l'association de la médiation équine et de la psychomotricité a des effets bénéfiques.

De par son association avec la psychomotricité, la médiation équine peut avoir un effet apaisant et rassurant à travers la sensorialité chez les enfants présentant un TDAH. Elle permet également de favoriser la communication non verbale chez des enfants pour qui la compréhension de l'autre peut être difficile. Cette communication non verbale offre à l'enfant une observation de lui-même avec une reconnaissance de ses émotions qui lui sont renvoyées en miroir par le cheval. Le portage du cheval, lui, permet une mise en jeu des fonctions psychomotrices avec notamment un ajustement de l'équilibre, du tonus ainsi qu'une structuration du schéma corporel. Il offre également une contenance à des enfants qui ont besoin de se sentir en sécurité. De plus, les mouvements du cheval imprimés au corps de l'enfant se substituent à l'agitation motrice présente dans le TDAH. Tout ceci permet une régulation du tonus, une attention portée à l'environnement et une disponibilité pour les interactions. Enfin, la médiation équine permet une restauration narcissique avec un développement de l'autonomie ainsi qu'une mise en situation de réussite pour renforcer l'estime de soi.

Chez Anaïs, la présence du cheval semble être une source de motivation l'encourageant à investir les séances et ainsi à y prendre du plaisir. La variabilité des expériences proposées à pied ou à cheval a également contribué à cette prise de plaisir. De plus, le cheval ne dispose pas de qualité de jugement permettant à Anaïs de prendre davantage confiance en elle.

Il est important de continuer à valoriser ses compétences psychomotrices pour lui permettre de se mettre en confiance et en situation de réussite et ainsi gagner en estime de soi et en confiance en soi.

Enfin, suite à mes observations cliniques et ma réflexion personnelle, l'intégration d'Anaïs en séance de groupe me semble intéressante pour bénéficier des avantages de la médiation équine dans un groupe en psychomotricité.

## Bibliographie

---

Albaret, J.-M. (2014). 19. Trouble de l'Acquisition de la Coordination. In *TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité* (p. 147-154). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0147>

Albaret, J.-M., Marquet-Doléac, J., & Soppelsa, R. (2011). Psychomotricité et Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : Nouvelles perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait. *Développements*, 9(3), 9-16. <https://doi.org/10.3917/devel.009.0009>

Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck supérieur. (p. 257-270)

Ansorge, J. (2011). La médiation équine comme outil thérapeutique. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 52-55. <https://doi.org/10.3917/jdp.286.0052>

ASTAC | *Qu'est-ce que la TAC*. (s. d.). astac. <https://www.therapiecheval.ch/tac>

astrashepsout. (2017, juin 29). TDAH et motricité. *TDAH 2016*.  
<https://tdah2016.wordpress.com/2017/06/29/tdah-et-motricite/>

Aubard, I. (2007). Activité thérapeutique et cheval. *VST - Vie sociale et traitements*, 94(2), 117-120.  
<https://doi.org/10.3917/vst.094.0117>

Bertrand, N. (2022, janvier 13). TDAH et hypersensibilité. *Blog Hop'Toys*.  
<https://www.bloghoptoys.fr/tdah-et-hypersensibilite>

Bosc, E. (1998). *La médiation équine : Support pour la construction de l'axe corporel. Études des apports de la médiation équine dans le travail du psychomotricien autour de la mise en place de l'axe corporel auprès d'une patiente dystonique*.

Chouvier, B., & Servais, V. (2020). *Médiation thérapeutique avec le cheval : Expérience institutionnelle de l'équithérapie*. Érès éditions.

Claude, I., & Oussedik, M. (2022). *Le cheval médiateur* (Nouvelle éd.). Vigot.

*Définition et description : Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité.* (s. d.). HyperSupers - TDAH France - Votre déficit d'attention, votre hyperactivité, méritent notre attention. <https://www.tdah-france.fr/-Definition-et-description-Trouble-Deficit-de-l-Attention-Hyperactivite-.html>

Devyver, A. (2020). *On m'appelle la Tornade : Parcours de vie d'un créatif encombrant*. Rennes.

Etienne, M. (2020, novembre 24). TDAH : Quelle aide apportée par les professionnels pour ces enfants ? *Mathilde Etienne Psychomotricienne*. <https://psychomot-math.fr/tdah-aide/>

Faure, P. (2018a). *Pratique de la médiation équine : Approche cognitivo-comportementale*. BoD-Books on demand.

Faure, P. (2018b). *Travail avec le cheval en médiation : Créer la relation*. BoD-Books on demand.

Franc, N. (2020). *L'hyperactivité chez l'enfant, TDAH* (2e éd). Ellipses.

Gétin, C. (2014, novembre 28). *Critères diagnostiques du Trouble : Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH)*. HyperSupers - TDAH France. <https://www.tdah-france.fr/Criteres-de-diagnostic-DSM-5.html>

Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76(4), 51-60. <https://doi.org/10.3917/ep.076.0051>

Hérade. (2020, novembre 26). Gestion du temps : Aider mon enfant à se repérer dans le temps. *Mieux Vivre le TDAH*. <https://www.mieux-vivre-le-tdah.com/gestion-du-temps-enfant/>

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

Ignazio, A. d', & Martin, J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*. Tom Pousse.

Joly, F. (2012). Le médiatif comme expérience, le travail du médium comme appropriation subjective. *Le Journal des psychologues*, 298(5), 16-21. <https://doi.org/10.3917/jdp.298.0016>

Laurence VAIVRE-DOURET. (2015). *Apports de l'examen psychomoteur et approches cliniques* (Editions Robert Atiani).

*Le TDAH & la Surcharge Sensorielle | The Mini ADHD Coach Blog.* (s. d.). <https://www.theminiadhdcoach.fr/post/le-tdah-et-la-surcharge-sensorielle>

Lussier, F. (2010). *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention.* Tom Pousse.

Martelot, C. (s. d.). *Dialogue corporel et ajustement relationnel : Les communications non-verbales au cœur de la relation en thérapie psychomotrice avec le cheval.*

Mermet, L. (2012). Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *Le Journal des psychologues*, 303(10), 68-71. <https://doi.org/10.3917/jdp.303.0068>

*Minute d'attention – C'est quoi le TDAH? · Inserm, La science pour la santé.* (s. d.). Inserm. <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/minute-dattention-cest-quoi-le-tdah/>

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres. (p. 400-415)

Quel travail en psychomotricité pour les enfants TDA/H? (s. d.). *Cabinet de psychomotricité.* <http://psychomotricien38200.fr/prise-en-charge-psychomotrice-du-tdah/>

Quélin-Souligoux, D. (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41(2), 29-39. <https://doi.org/10.3917/rppg.041.0029>

Racine, E. (2021, février 16). TDAH et gestion des émotions : Comment mieux les gérer malgré le TDAH. *TDAH au féminin.* <https://tdah-au-feminin.com/tdah-et-gestion-des-emotions/>

*TDAH: Dossier complet 2021.* (s. d.). Dys Solutions France. <https://www.dys-solutions-france.org/tdah/>

*Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : Repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses.* (s. d.). Haute Autorité de Santé.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions-/-reponses)

VIDAMENT, M. (s. d.). *Médiation équine au sens large (soins, soutien, sport-loisir) : Quelles différences ?*  
<https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/mediation-equine-au-sens-large-soins-soutien-sport-loisir-quelles-differences>

Wahl, G. (2018). *Les enfants hyperactifs : TDAH* (3e éd. mise à jour). Que sais-je ?

## Tables des matières

---

Remerciements .....	3
Sommaire .....	4
Introduction .....	5
<b>Chapitre 1 : Le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.....</b>	<b>7</b>
1) Le TDAH, qu'est-ce que c'est ?.....	8
1.1) L'origine du sigle .....	8
1.2) La différence entre l'hyperactivité et le TDAH .....	8
1.3) Quelques chiffres .....	9
2) Historique.....	9
2.1) Description des symptômes .....	10
2.2) Evolution des conceptions .....	10
2.3) Evolution de la dénomination .....	11
3) Description clinique .....	12
3.1) Les trois grands groupes de symptômes du TDAH .....	12
3.1.1) Le déficit de l'attention .....	12
3.1.2) L'hyperactivité.....	14
3.1.3) L'impulsivité .....	15
3.2) Le TDAH chez l'enfant .....	15
3.2.1) A l'âge préscolaire .....	15
3.2.2) A l'âge scolaire.....	16
4) Le diagnostic .....	16
4.1) Le diagnostic clinique du TDAH .....	16
4.2) Les critères diagnostiques du TDAH.....	18
4.3) Les différents examens .....	20
4.3.1) Le bilan psychométrique .....	20
4.3.2) Les tests d'attention.....	20
4.3.3) Le bilan orthophonique.....	20
4.3.4) Le bilan psychomoteur .....	21
4.4) Le diagnostic différentiel .....	22
4.5) Les troubles comorbides .....	23
4.5.1) Les troubles du sommeil .....	23

4.5.2) Le trouble bipolaire .....	24
4.5.3) Le trouble oppositionnel avec provocation .....	25
4.5.4) Le trouble des conduites.....	25
4.5.5) Le trouble dépressif.....	26
4.5.6) Le trouble anxiété de séparation.....	26
4.5.7) Le trouble spécifique du langage écrit (dyslexie) .....	27
4.5.8) Les troubles du spectre de l'autisme (TSA).....	27
5) Etiologie .....	28
5.1) Les questions que l'on se pose aujourd'hui.....	28
5.1.1) La séparation parentale.....	29
5.1.2) L'utilisation des écrans.....	29
5.2) La génétique.....	30
5.3) le rôle des neuromédiateurs .....	31
5.4) L'approche neuropsychologique.....	31
6) Thérapeutique.....	32
6.1) Le programme de Barkley .....	33
6.2) La pharmacologie .....	33
6.2.1) Les formes commerciales .....	34
6.2.2) les effets positifs immédiats .....	35
6.2.3) La prescription .....	35
6.2.4) Les effets secondaires.....	36
<b>Chapitre 2: Médiation équine, psychomotricité et TDAH.....</b>	<b>37</b>
1)La médiation en psychomotricité .....	38
1.1) Qu'est ce qu'une médiation? .....	38
1.2) Intérêt de médiatiser .....	39
1.3) Le cadre thérapeutique .....	40
2) La médiation équine.....	41
2.1) Qu'est ce que la médiation équine?.....	41
2.1.1) La médiation équine en psychomotricité .....	41
2.1.2) La place du psychomotricien .....	41
2.1.3) La place du cheval .....	42
2.2) Quelques définitions .....	43
3) Le TDAH en psychomotricité.....	44

3.1) Appréciation du TDAH en psychomotricité .....	45
3.1.1) Les fonctions exécutives.....	45
3.1.2) Estime de soi, confiance en soi, affirmation de soi .....	47
3.1.3) La distraction et l'inattention.....	48
3.1.4) Gestion émotionnelle.....	49
3.1.5) Sensorialité .....	50
3.1.6) Structuration temporelle .....	51
3.1.7) Troubles perceptivo-moteurs.....	52
3.1.8) Points positifs et qualité : créatifs, intuitifs, curieux .....	53
3.2) Accompagnement psychomoteur du TDAH .....	53
3.2.1) Structuration de la séance .....	53
3.2.2) Conscience de soi et gestion émotionnelle.....	55
3.2.3) Estime de soi .....	55
3.2.4) Contrôle de l'impulsivité .....	56
3.2.5) Soliloque .....	56
3.2.6) Stimulation de la mémoire de travail .....	57
3.2.7) Renforcement de l'attention.....	58
3.2.8) Autres domaines .....	58
3.2.9) Accompagnement des parents .....	59
3.2.10) Relation avec les enseignants.....	60
4) L'utilisation de la médiation équine en psychomotricité pour le TDAH .....	61
4.1) Indications pour la médiation équine.....	61
4.2) Axes de travail du TDAH en médiation équine .....	61
4.2.1) La sensorialité .....	61
4.2.2) La communication non verbale .....	62
4.2.3) Le portage .....	65
4.2.4) Le pansage .....	67
4.2.5) Les représentations.....	67
4.2.6) La restauration narcissique.....	69
5) Les limites de la médiation équine .....	70
5.1) Les contre-indications.....	70
5.2) Les inconvénients d'un travail en extérieur .....	70
5.3) Les risques liés à l'utilisation d'un animal .....	71
5.4) Les limites dans le cadre du TDAH.....	71

<b>Chapitre 3: Illustration clinique.....</b>	<b>72</b>
1) Qui est Anaïs? .....	73
1.1) L'anamnèse .....	73
1.2) Les bilans .....	74
1.2.1) Le bilan psychomoteur .....	74
1.2.2) Le bilan neuropsychologique .....	75
1.2.3) L'évaluation au Centre Référents Déficits de l'Attention/Hyperactivité .....	75
1.3) Les particularités sensorielles .....	75
2) Le projet d'accompagnement .....	77
3) La prise en charge .....	79
3.1) Les premières séances d'Anaïs .....	79
3.2) La première séance en ma présence .....	79
3.3) Les axes de travail en réponse au projet d'accompagnement.....	82
Conclusion .....	88
Bibliographie .....	90
Table des matières .....	94