

BALEIX Maélie

Session Juin 2025



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

CORPS A CORPS

La médiation équine en psychomotricité au service de la rééducation de la
marche chez les personnes atteintes du Syndrome de Désadaptation
Psychomotrice

Sous la direction de

Chloé NOBLE et Julie PEDRETTI

ISRP Vichy

20 Rue Fleury

03200 VICHY

« Maintenant qu'il n'est plus utile, il est nécessaire.

A nous qui n'avons que deux jambes, il nous en donne quatre, si gracieuses et musclées à la fois.

A nous qui avons perdu nos illusions, il propose l'idéal politique de la force sans violence et de la justice immanente.

A nous qui sommes prisonniers de nos vies modernes, il promet la liberté.

A nous qui vieillissons trop vite, il restitue le paradis perdu de l'enfance.

A nous qui trébuchons chaque jour, il offre, entre ciel et terre, le suprême équilibre. »

Description du cheval, par Jérôme Garcin (2010)

CHARTRE DE NON-PLAGIAT

Commune aux travaux universitaires

Je, soussigné (e) BALEIX Maélie étudiant (e) en psychomotricité à l'ISRP Vichy, atteste sur l'honneur que le présent mémoire a été écrit de mes mains, que ce travail est personnel et que toutes les sources d'information externes et les citations d'auteurs ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur (référence en bibliographie du nom de l'auteur, titre d'article, titre d'ouvrage, éditeur, année et lieu d'édition, page, site internet...)

Je certifie par ailleurs que je n'ai ni contrefait, ni falsifié, ni copié l'œuvre d'autrui afin de la faire passer pour mienne et que toute fausse déclaration entraînerait des sanctions disciplinaires à mon égard.

Fait à Vichy le 03/05/2025

Signature :



REMERCIEMENTS

À ma famille, mes parents, mes grands-parents, ma sœur Loïse, et tant d'autres encore dont la présence sera constante. Chacun d'entre vous m'a, à sa façon, donné les moyens d'arriver jusqu'ici. Merci de croire continuellement en mes projets.

À ma maman, qui mérite largement sa ligne à elle,

À ceux qui m'ont supporté pendant tout le processus, ma famille de cœur, Val, Léa, Jo, Béré. Vivre avec vous était une expérience hors-normes. Une pensée par extension pour Axelle, Anaëlle, Marie, Mélinda, Nico et Ju. Ces trois années resteront pour moi inoubliables. Je ne sais pas si je suis libre mais je me suis sentie plus forte et indépendante à vos côtés,

À toutes celles qui m'ont fait confiance et m'ont accompagnée durant ma formation : Ariane, Claire, Fleur, Jennifer, Audrey, Stéphanie, Jacqueline, Orléane, Anne, Bérénice, Adèle. Un grand merci à Justine, mon repère dans cette aventure psychomotrice,

À mes référentes, si impliquées : Julie, qui m'a encouragée à devenir professionnelle et Chloé qui m'a donné toutes les clefs pour avoir confiance en moi... Merci à Napo et Lipto.

Au personnel de mon EHPAD, à mes collègues : Emilie, Muriel, Cristel j'ai adoré passer cette année à grandir à vos côtés. A Laure, pour son respect des chevaux et des gens,

Aux membres de l'ISRP Vichy, corps enseignant, administratif, technique ou logistique et aux agents de la BU qui se sont assurés du bon déroulement de nos études. À ma promo, unique et si variée. On n'était pas parfaits mais on était tous dans le même bateau.

À mes relecteurs, mes amis d'ailleurs, qui savent me changer les idées. Une pensée pour ma filleule de cœur qui a eu la patience de m'écouter raconter les aléas de cette année.

À chacun de mes patients, pour m'avoir appris, fait grandir et partagé avec moi un petit morceau d'eux-mêmes,

À Céline R., tour à tour mon mentor, mon amie et mon gourou -si je puis dire- qui m'a ouvert la voie du cheval.

À mes montagnes pour avoir su bercer mes rêves.

Et enfin à ma grand-mère, partie trop tôt, j'espère que tu serais fière.

Sommaire :

INTRODUCTION :.....	8
THEORIE :	9
I-De la marche à la chute, une expérience traumatisante ?.....	9
A/ Fonctionnement de la marche (développement, vieillissement normal).....	9
1- Développement de la marche	9
2- Physiologie et symbolique de la marche.....	10
3- Vieillissement normal et son retentissement lors de la marche	11
B/ La chute ; traumatisme de la mise en avant.....	15
1- Qu'est-ce que la chute ?.....	15
2- Sémiologie et chiffres	16
3- Conséquences des chutes	16
C/ Le syndrome de désadaptation psychomotrice, une réaction psychocorporelle.....	17
1- Définitions.....	17
2- Symptomatologie.....	18
3- Anxiété et SDPM.....	19
II-De la psychomotricité à la médiation équine.....	20
A/ La place du psychomotricien dans le suivi du patient.....	20
1- La psychomotricité & le rôle du psychomotricien	20
2- La médiation en psychomotricité.....	21
3- La médiation animale, une médiation particulière	22
B/ Emergence et développement du cheval dans le soin	23
1- Histoire.....	23
2- Intérêts	24
3- Diversités des pratiques avec le cheval dans le soin	25
4- Etudes sur les pratiques du soin autour du cheval.....	26
C/ Médiation équine en psychomotricité ? Quoi, pourquoi, comment ?	27
1- Approche psychocorporelle et sensorielle du cheval.....	27
2- Intérêt du cheval dans la relation patient-thérapeute en psychomotricité	28
3- Et pour les personnes âgées ?.....	29
III - La médiation équine dans la rééducation psychomotrice du syndrome post-chute.....	30
A/ De la médiation équine à la rééducation de la marche.....	30
1- Rééducation à côté du cheval	30
2- Rééducation à cheval	32
3- Apports communs	34
B/ Aspect multisensoriel de la médiation équine, importance dans la marche.....	35

1- La sensorialité.....	35
2- Attention à l'environnement	35
3- Attention à soi et à son corps.....	37
C/ Aspect émotionnel de la marche, la place du cheval	38
1- Une médiation plaisir, source de motivation	38
2- Installation d'un sentiment de sécurité et de confiance	38
3- Cheval, miroir des émotions.....	39
CLINIQUE :	41
Contexte d'apprentissage en dernière année :	41
Rosa, 34 ans :	42
Structure d'accueil :	42
Éléments d'anamnèse :	42
Éléments de bilan :	43
Les séances de médiation équine :	46
Réévaluation :	51
Groupe de Médiation Equine à l'EHPAD.....	53
Structure d'accueil :	53
Éléments d'anamnèse :	54
Bilan :	54
Projet thérapeutique :	57
Objectifs généraux :	57
Suivis au sein de l'EHPAD :	58
Réévaluation après un cycle de médiation équine	61
DISCUSSION :	63
I- Comparaison de ces deux expériences cliniques :	63
A/ Hypothèse 1 : La médiation équine améliore les capacités d'équilibre	63
B/ Hypothèse 2 : La médiation équine améliore la marche	64
C/ Hypothèse 3 : La médiation équine permet de réduire l'anxiété	64
II- Limites de cette étude en psychomotricité :	65
A/ Variation des méthodologies : cas clinique et vignettes	65
B/ Suivi en groupe et en individuel qui ne mettent pas en jeu les mêmes compétences	66
C/ Diversité des tranches d'âges.....	67
1- Contexte de prise en soin	67
2- Conditions de vie	68
3- Adhésion.....	68
III- Bientraitance et limites de la pratique de la médiation équine :	69
A/ Contre-indications à la médiation équine.....	69

B/ Bientraitance humaine	70
C/ Bientraitance animale, quel cheval peut devenir médiateur ?	72
CONCLUSION :.....	75
SIGLES :	76
BIBLIOGRAPHIE :.....	77
Annexes	87

INTRODUCTION :

Le cheval est un animal qui me fascine depuis mon plus jeune âge. Sur son dos pour la première fois à 7 ans, j'ai dû attendre 2019 pour pratiquer l'équitation et progressivement, participer à l'accompagnement de jeunes enfants à poney. Lors de mes études de psychomotricité, j'ai rapidement fait le lien entre les progrès physiques et psychologiques que je constatais chez ces jeunes et chez moi depuis 3 ans.

Après un an de stage auprès d'enfants, j'ai voulu diversifier mes connaissances des populations, gagner en assurance et en autonomie. Aussi ai-je commencé un apprentissage dans un EHPAD.

Afin de diversifier mes expériences, j'ai choisi d'effectuer mon tutorat auprès d'une professionnelle en libéral. Cette dernière est spécialisée dans la thérapie et la rééducation assistée par le cheval. Être psychomotricien offre une infinité de médiations, et c'est naturellement que j'ai voulu développer les qualités de cette pratique dans mon mémoire. Nous nous sommes donc retrouvées un jeudi sur deux au sein d'une écurie active pour des suivis en psychomotricité d'une durée de 30 à 60 minutes.

La médiation équine est un sujet émergent ces dernières années. Cependant, il y a encore peu d'écrits qui s'intéressent à la rééducation motrice que permet l'animal et ce, notamment auprès d'un public adulte à âgé. Aussi, je me demanderai tout au long de ce mémoire en quoi la médiation équine en psychomotricité permet d'améliorer la marche chez les personnes atteintes de syndrome de désadaptation psychomotrice. Par ce biais, je souhaite observer l'intérêt rééducatif du cheval en psychomotricité, l'organisation des séances chez des personnes adultes à âgées et évaluer l'évolution des capacités d'équilibre chez les patients. Mon hypothèse est que les séances de médiation équine permettent de favoriser la qualité de la marche en améliorant l'équilibre et en réduisant l'anxiété.

Pour cela, je souhaite présenter l'étude de plusieurs cas touchés par un syndrome de désadaptation psychomotrice : un cas clinique d'une adulte de 34 ans faisant un suivi en individuel en libéral et des vignettes cliniques de résidents participant à un groupe de médiation équine en psychomotricité avec l'EHPAD.

Tout d'abord, dans une partie théorique, j'évoquerai l'évolution qui amène l'individu de la marche vers la chute et questionnerai son impact psychologique en lien avec le syndrome de désadaptation psychomotrice. Puis je présenterai la médiation équine ainsi que son rôle en psychomotricité pour enfin argumenter son intérêt dans la rééducation de ce trouble. Dans une partie théorico-clinique, je viendrai présenter mes deux cas et leur prise en charge. Enfin, lors de la discussion, j'interrogerai l'importance du bien-être animal, les limites de mon étude, ainsi que les dynamiques individuelles ou groupales mises en jeu.

THEORIE :

I-De la marche à la chute, une expérience traumatisante ?

A/ Fonctionnement de la marche (développement, vieillissement normal)

1- Développement de la marche

Le développement de la marche a fait l'objet de nombreuses réflexions et observations. En effet, il prend une importance majeure dans toutes les disciplines paramédicales à visée rééducatives. A la naissance, la posture du bébé se décrit selon deux principes : l'hypotonie axiale, qui correspond à un recrutement musculaire très faible tout au long de la colonne vertébrale et l'hypertonie segmentaire, c'est-à-dire le recrutement musculaire important des bras et des jambes. Lors de la croissance, le tonus ou l'état de contraction des muscles va s'harmoniser progressivement du haut vers le bas du corps et de la racine des membres vers leurs extrémités (lois céphalo-caudales et proximo-distales). (Forestier, 2011)

La maturation cérébrale et les stimulations extérieures vont permettre à l'enfant de gagner petit à petit en capacités de mouvement. D'une motricité d'abord réflexe et involontaire, le bébé va répéter encore et encore ses nouvelles expériences d'une façon qui devient peu à peu volontaire. Le Metayer (1999) a proposé une description de toutes les étapes par lesquelles l'enfant passe pour arriver à la marche. Ce sont les Niveaux d'Evolution Motrices (NEM). L'enfant va partir à la conquête de ce qui l'entoure. En premier lieu, il pourra par ses perceptions sensorielles, élaborer une connaissance de plus en plus complète de son corps. Or ce corps ne peut être senti et donc vécu qu'en entrant en relation avec l'environnement dans lequel il évolue. Deux notions psychomotrices majeurs s'élaborent à cette période de la vie : le schéma corporel (Conscience et connaissance des parties du corps, Ajuriaguerra 1977) et l'espace (Perception des relations entre les choses entre elles et de son déplacement par rapport aux choses, Bergès 1991). C'est sur ces fondements que l'enfant va pouvoir accéder à sa verticalité et progressivement s'ériger vers la marche.

Michèle Forestier, kinésithérapeute (2011), décrit que le bébé alterne entre des temps de positions, de passages et de déplacements. Les positions sont des installations dans lesquelles le bébé se sent suffisamment bien pour s'installer et rester sans bouger. D'abord horizontales, elles viendront progressivement à se verticaliser. Entre chaque position, le bébé effectue des passages, des transitions qui lui permettent de changer ses points d'appuis (sur le dos, le ventre, les fesses, les genoux, les pieds). Enfin, ce sont les déplacements qui vont lui permettre d'aller vers la source de son intérêt (ils peuvent être roulés, glissés, pivotés, rampés ou marchés).

Aussi, l'acquisition de la motricité va suivre celle du tonus : le bébé va d'abord acquérir la motricité de sa tête. Puis, il va pouvoir associer ce mouvement à des retournements d'abord sur le côté

puis passer d'une position allongée sur le dos vers une position allongée sur le ventre et inversement. Il va ensuite parvenir à pivoter sur lui-même, ce qui l'amènera plus tard à ramper. Cette étape aboutit sur la marche à quatre pattes et, lorsque l'enfant rencontre un support assez solide et fiable, il va pouvoir se mettre à genoux et passer son pied devant lui sur le sol. C'est par le « chevalier servant » qu'il pourra se mettre debout, trouver son équilibre et faire ses premiers pas. (Forestier, 2011)

Wallon (1942) et Piaget (1966) décrivent tous deux un stade sensori-moteur dans le développement de l'enfant situé entre 0 et 3 ans. Durant ce stade, le bébé va se servir des informations captées par l'ensemble de ses sens, à la fois tactiles, auditifs, olfactifs, gustatifs et visuels (les psychomotriciens ajouteront proprioceptifs et vestibulaire) pour apprendre à se servir de son corps. Piaget décrit un apprentissage selon un système d'essai erreur. C'est-à-dire que le tout petit apprend en cherchant une solution à un problème qu'il rencontre. Une fois la réponse obtenue, il la garde en mémoire pour passer à l'étape suivante. En motricité, cela vient expliquer les nombreuses répétitions nécessaires à l'enfant pour acquérir différents niveaux de déplacement. Pour apprendre à maintenir son équilibre, l'enfant aura besoin de le perdre à de nombreuses reprises et donc de vivre l'expérience de la chute de nombreuses fois avant de trouver le bon ajustement de ses mouvements pour se maintenir debout.

2- Physiologie et symbolique de la marche

La marche se définit selon Kapandji (2009) comme « passer d'une condition statique déjà instable à une position dynamique encore plus instable compensée au dernier moment ». Symbole de liberté et de conquête, la marche est le déplacement propre de l'être humain.

L'Homme est un être bipède, qui doit son redressement à l'évolution de la forme de son dos, verticalisé, avec une colonne qui alterne entre cyphose (courbe bombée) et lordose (courbe creusée) pour absorber les chocs. Anatomiquement, le corps humain offre une surface d'appui très faible par rapport à sa hauteur. Le tronc et les bras forment un complexe massif, suspendu sur les deux jambes. Il trouve son équilibre au centre du polygone de sustentation, une surface représentant l'espace compris en contournant la forme des deux pieds et l'écartement entre leurs faces internes au sol. (Kapandji, 2009)

Pour initier la marche, il faut transférer le poids du corps sur un pied pour soulever l'autre jambe (généralement, la jambe dominante). Ensuite, il est nécessaire d'entraîner un déplacement du pelvis vers l'avant pour pouvoir dégager sa jambe. Cela implique une légère flexion des genoux et de la cheville pour pouvoir rattraper son équilibre antérieur. Kapandji (2009) décrit ce mouvement comme « une succession de chutes évitées et contrôlées », indispensables pour entamer la marche. La marche alterne ainsi en trois temps : un appui unilatéral, une oscillation du membre libéré de l'appui, et un temps très court d'appui bipodal. Entre chaque pas, le pied vient dérouler au sol en attaquant au niveau du talon. Il

déroule en aplatissant la voûte plantaire jusqu'aux métacarpes pour finir par propulser le corps vers l'avant grâce aux orteils.

Lors de la marche, plusieurs structures anatomiques sont mises en jeu. C'est le cas du pelvis qui décrit des oscillations à la fois latérales et verticales. Chaque pas entraîne un déport du bassin du côté de la jambe d'appui ainsi qu'une propulsion vers le haut et vers l'avant. Ce même mouvement va se déporter sur les autres structures. Le tronc effectue un mouvement de torsion et la tête, malgré son importante stabilité, subit des oscillations verticales. Les membres supérieurs sont mobilisés alternativement et de manière controlatérale aux jambes créant une dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes. (Kapandji, 2009)

Au-delà de son aspect physiologique, la marche a une importance particulière dans la vie d'une personne :

Se mettre debout et marcher. Voilà les deux phénomènes tant attendus des parents pour leurs enfants, les premiers pas à ne pas rater. Au-delà de la force physique et de la mobilisation articulaire, ces deux actions sont le soutien de la pensée, du bien être psychologique et social de l'individu. La dégradation des capacités physiques d'une personne et notamment la perte de la marche impacte profondément l'image du corps. En effet, être debout permet de se mettre à la même hauteur que ses pairs et par ce fait, de conserver un sentiment de dignité, de maîtrise. On identifie une personne par sa voix, son visage mais également sa démarche, sa manière de se tenir et d'être en relation avec les autres. Perdre la marche représente dans un inconscient individuel une perte de soi. (André Brandily, 2023).

3- Vieillesse normale et son retentissement lors de la marche

Le vieillissement est un processus naturel de dégradation qui amène progressivement un être vivant vers la mort. Il implique une altération des capacités physiques et psychiques en parallèle de sa montée en âge. (Larousse, s. d.) Vieillir « *n'est pas une maladie, mais l'avancée en âge rend fragile et vulnérable et expose à davantage de pathologies* ». Ajoute Marie Dominique Turmel-Tourrou, docteur en médecine (2018).

Selon l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), en 2025, l'espérance de vie des femmes est de 85,6 ans et celle des hommes de 80 ans. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) rajoute qu'« *en 2022, une femme de 65 ans peut espérer vivre encore 11,8 ans sans incapacité et 18,3 ans sans incapacité forte, quand un homme peut vivre encore 10,2 ans sans incapacité et 15,5 ans sans incapacité forte.* »

« *Pour l'homme, vieillir est une obligation* » nous dit Claude Lafon, agrégé de biologie (2008). En effet, lors du vieillissement, chaque élément du métabolisme (cellules, tissus, enzymes, hormones et protéines) vient se dégrader, perdre en qualité et en efficacité. »

Avec le vieillissement s'accompagne un phénomène d'altération tissulaire qui concerne l'ensemble de l'organisme. Ce changement s'appelle la sénescence. (Larousse, s. d.)

La sénescence amène à de nombreuses dégradations.

Cette notion est fortement en lien avec la notion de fragilité, un syndrome clinique définit par l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme une diminution des capacités physiques, associées à des difficultés de gestion du stress pouvant entraîner des conséquences fonctionnelles graves. L'état de fragilité est influencé par l'âge, l'activité physique, l'alimentation, la génétique, les médicaments, les pathologies, l'environnement ainsi que le contexte socio-économique et financier. Bon nombre de ces facteurs sont modifiables et doivent donc faire l'objet d'une préoccupation accrue. (ARS Pays de la Loire, 2019)

- Plan biologique et physiologique

« *Aujourd'hui, on sait que le phénomène de vieillissement physiologique débute vers 20 ans* » « *il est lié à des phénomènes de vieillissement cellulaire, à la vie des organes et à des facteurs génétiques* » nous dit Christophe Lefèvre, psychomotricien (2023).

Pour Lefèvre (2023), la force musculaire diminue progressivement dès l'âge de 25-30 ans pour atteindre une diminution de 25% à 70 ans. Le mouvement, la vitesse, le temps de réaction et le contrôle moteur vont donc être impactés. « *De plus, on observe une augmentation de la rigidité. Il s'agit d'une hypertonie plastique qui témoigne du phénomène d'extra-pyramidalisation touchant le sujet âgé [et modifiant] le tonus de fond* ».

- Plan neurologique et perceptif

Selon Christophe Lefèvre (2023) « *Le vieillissement neurologique normal est marqué par une perte des 10% de la masse cérébrale, l'appauvrissement des connexions neuronales, des changements de chimiques, dont des changements hormonaux et une baisse de l'activité neuronale* ». Les aires les plus touchées par ce vieillissement sont les aires frontales et préfrontales. C'est la plasticité cérébrale, capacité à créer de nouvelles connexions neuronales en confrontant l'organismes à de nouvelles stimulations qui permet de maintenir les capacités cérébrales malgré cette dégénérescence. (Potel, 2019)

D'un point de vue sensoriel, une diminution des capacités peut être constatée. En effet ce sont soit les organes récepteurs soit le système nerveux qui se détériorent. Selon Roland Covelet, gérontopsychologue clinicien (2007), le vieillissement touche principalement :

- La vue, avec seulement « 65% des [personnes de] *plus de 80 ans* [qui seraient] *capables à la fois de lire le journal et de reconnaître quelqu'un de l'autre côté de la rue* ».
- L'ouïe, avec « *la moitié des personnes de plus de 80 ans* [qui serait] *sourde ou malentendante* ».

Le goût, l'odorat et le toucher sont également atteints mais de manière plus légère et plus variable selon les habitudes de vies (tabagisme, pollution).

Nos sens sont la porte d'entrée de la compréhension de notre environnement physique, et leur détérioration va compromettre la capacité de l'individu à s'adapter. « *Les pertes sensorielles, en raréfiant les sources de plaisir, sapent l'envie de vivre.* » Covelet (2007)

-Plan social et psychosocial

Le vieillissement entraîne également des changements dans les relations sociales de l'individu. On retrouve en premier lieu un rythme diminué : « *les adultes âgés sont 30 à 70 % plus lents que les jeunes adultes sur une variété de tâches motrices* » nous dit Elodie Martin, psychomotricienne (2018).

En plus de cela, le périmètre de marche va être inconsciemment restreint. Une forme de dépendance à l'environnement va s'installer chez la personne. Son domicile devient pour elle une zone sécurisée, familière et représentée par un « *schéma spatial* » alternant des espaces où l'appui est possible et d'autres espaces de vides, connus et appréhendés. Sortir de chez soi devient insidieusement une mise en danger. C'est un phénomène d'autolimitation. (Ponton, 2022)

Lors d'un placement en institution, l'individu se retrouve confronté à des espaces qu'il perçoit comme impersonnels, petits, parfois partagés, sans réellement pouvoir aller où bon lui semble et quand il le souhaite. En campagne, les sorties sont limitées et faire des achats par soi-même est impossible. Les affaires personnelles, le voisinage et les animaux de compagnie sont laissés derrière soi. Le rythme individuel devient le rythme institutionnel. C'est lorsque la vie perd de son sens, que les angoisses surgissent et que les contacts avec les pairs s'amenuisent. Ils ne se sentent plus ni utiles, ni aimés, ni respectés. Une scission se fait entre l'individu et la société. (Turnel-Tourrou, 2018)

- Plan psychique et cognitif

Selon Erikson (1950), la personne passe par plusieurs stades de développement psychosocial. Pour la personne adulte à âgée, il s'agit de :

18-40 ans : Intimité – Isolement : Une période durant laquelle l'individu va chercher à nouer des relations proches avec ses pairs, notamment au sein du couple. En cas d'échec, la personne se sentira seule et aura tendance à se replier sur elle-même. Cela peut se manifester par un isolement du monde extérieur, insécurité, et une préférence pour des activités individuelles.

40-60 ans : Générosité – Stagnation : Durant cette tranche d'âge, l'individu souhaite transmettre son savoir, son patrimoine ou ses acquis aux autres pour les faire perdurer dans le temps. L'absence d'échange l'amènera à une période de latence et de perte de sens.

65 ans et plus : Intégrité – Désespoir : Besoin de faire le point sur les réussites et les échecs de sa vie et de trouver du sens. Remise en question de l'intérêt de l'existence à l'aube de sa disparition.

Le vieillissement s'accompagne de nombreuses pertes. Au-delà du deuil de certains proches, la personne doit accepter de quitter son travail au moment de la retraite (perte d'utilité sociale), et de perdre certaines capacités qu'elles soient physiques ou intellectuelles et donc, de l'autonomie (Lefèvre, 2023) (Annexe 1).

Se voir ainsi diminué et dépendant est souvent l'origine d'une baisse de l'humeur et d'un syndrome dépressif chez le sujet âgé. C'est pourquoi bon nombre de personnes institutionnalisées ont des prescriptions d'antidépresseurs. Selon la DREES cela représente 50% des résidents contre 14% des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile. (Abdoul-Carime, 2020)

Selon Christophe Lefèvre (2023), d'un point de vue cognitif, on retrouve souvent chez les personnes de plus de 65 ans des difficultés de mémorisation, un ralentissement de la pensée, des difficultés attentionnelles, ainsi que des capacités d'adaptations.

Vieillessement de la marche

L'ensemble de ces changements biologiques, physiologiques, perceptifs, sociaux, psychosociaux, psychiques et cognitifs vont se répercuter sur les capacités motrices de l'individu. Aussi, la marche est naturellement altérée par l'âge.

De nombreux paramètres de la marche sont impactés par le vieillissement. La vitesse de marche « *diminue de 15% par décennie* » à partir de 70 ans. Une marche lente est corrélée avec une espérance de vie diminuée, de 6 ans plus faible par rapport à une personne ayant un rythme de marche normal. On constate également que le temps d'appui bipodal augmente avec le vieillissement. Il serait de 8% supérieur chez une personne âgée en bonne santé que chez un jeune adulte. La posture de marche est légèrement modifiée par le vieillissement : le bassin subit une rotation en avant et les jambes sont davantage orientées vers l'extérieur. De plus, l'amplitude de mouvement articulaire se modifie, notamment au niveau de la cheville qui perd en flexion et du bassin qui est moins mobile dans tous les plans de l'espace. (Stefanacci & Wilkinson, 2023)

B/ La chute ; traumatisme de la mise en avant

1- Qu'est-ce que la chute ?

La chute est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009) comme « le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ ».

Une étude menée en 2007 par Piot Ziegler, Cutellod et Santiago, psychologues montre que chuter provoque « la peur de tomber » et que cette même crainte favorise les risques de chute. En effet, la peur va venir sédentariser la personne, et donc diminuer ses capacités physiques (force, endurance, coordinations, équilibre etc.). Ils relèvent une forme de progressivité d'apparition de la peur avec « *deux grands moments du parcours de la personne âgée dans son vécu des chutes : – l'expérience subjective au moment de la chute, – l'impact à long terme de la chute, – pour déboucher, enfin, sur la peur de tomber* ». (Piot-Ziegler et al., 2007)

Les témoignages de cette même étude rapportent certaines conséquences immédiates de la chute. On retrouve parmi elles l'effet de surprise, un sentiment d'impuissance, une grande frayeur, peu à peu remplacée par des angoisses (ne pas pouvoir se relever, se retrouver seul), de la colère, de la honte, de l'hébétéude ainsi qu'une diminution de la confiance en soi (sentiment d'être coincé dans son propre corps). « La chute provoque une prise de conscience brutale : le fait de se trouver à un moment décisif d'un parcours de vie et un tournant existentiel, qui marquent le début d'un déclin physique inéluctable ». (Piot-Ziegler et al., 2007)

A plus long terme, chuter va retentir sur tous les aspects de vie :

Au niveau fonctionnel, les personnes interrogées témoignent d'un besoin de se sécuriser (prendre son temps, hésiter, trouver des appuis). Certaines angoisses archaïques telles que l'effondrement (aspiration du vide) refont leur apparition. Il en va de même pour les réflexes d'agrippements. L'individu va avoir tendance à se raccrocher et à son environnement pour se rassurer, et se pencher excessivement pour attraper un support. Cela crée un déséquilibre et représente parfois une mise en danger (Ponton, 2022). Aller dehors représente un défi de taille, elle évitera de s'y rendre si l'elle n'est pas accompagnée.

On retrouve cette dynamique du point de vue social avec la restriction des déplacements spontanés au domicile. Les appels aux proches se font de plus en plus réguliers et la mise en place d'un service d'aide à domicile devient parfois indispensable.

Enfin, les témoignages évoquent des difficultés psychologiques avec une atteinte à la fierté, l'image du corps ou la confiance en soi. Une femme de 81 ans interviewée après une fracture du col du fémur témoigne par ces mots : « *On se dit, ben, si le fémur est soi-disant l'os le plus solide du corps alors comment doivent être les autres os du squelette, hein ? Il faut faire un peu plus tranquillement sa*

vie. » Les personnes prennent conscience de leur âge, de leur fragilité, et vont parfois mettre leurs chutes sous silence de peur d'être placés en institution. (Piot-Ziegler et al., 2007)

L'apparition de ces angoisses doit alerter l'équipe soignante car, si l'individu recrute de moins en moins sa motricité, il risque de perdre ses habiletés motrices. Ce phénomène est un syndrome à part entière nommé syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM), anciennement appelé syndrome post-chute.

2- Sémiologie et chiffres

Chaque année, 2 millions de personnes âgées de plus de 65 ans chutent (Ministère chargé de l'Autonomie, 2022). Cela concerne 28 à 35% des personnes âgées de plus de 65 ans, et entre 32 et 42% des plus de 70 ans. 25% des femmes sont touchées contre 17% des hommes. De plus, on constate que 70% de ces chutes ont lieu au domicile. (Gérontopôle Sud, 2019)

Après cet incident, 30 % des personnes consultent leur médecin traitant. Les chutes sont responsables de 85 % des passages aux urgences chez les personnes de plus de 65 ans, principalement en raison d'accidents de la vie courante. Par ailleurs, neuf fractures du col du fémur sur dix sont causées par une chute. Un quart des personnes de plus de 65 ans se rendent à l'hôpital après un tel accident, un chiffre qui atteint la moitié chez les personnes de plus de 90 ans (Gérontopôle Sud, 2019). Cela représente 130 000 personnes hospitalisées (Ministère chargé de l'Autonomie, 2022). Selon G. Navarro-Ocampo (2016) « 40% des personnes âgées sont institutionnalisées à la suite d'une hospitalisation pour chute ».

Sur l'ensemble de ces personnes, 10 000 décèdent. C'est donc la première cause de mort accidentelle. Chuter est aujourd'hui un problème de santé publique auquel les professionnels médicaux et paramédicaux doivent s'intéresser. (Ministère chargé de l'Autonomie, 2022)

3- Conséquences des chutes

Les recommandations de bonne pratique médicales et paramédicales publiées en 2009 par la HAS consistent à :

- Rechercher les signes de gravité
- Identifier les conséquences de la chute, les pathologies et le caractère répétitif de l'évènement
- Reconnaître les situations à risque comme l'ostéoporose, la prise d'anticoagulants et l'isolement.

- Réévaluer pour éviter les symptômes ayant une apparition « à retardement ». On commence à s'inquiéter dans le cas d'un équilibre statique unipodal inférieur à 5 secondes, ainsi qu'un Time up & Go test supérieur à 20 secondes.
- Rechercher des facteurs de risque (HAS, 2009)

Le risque de chute est majoré par différents facteurs, répertoriés par la HAS (2020). Parmi eux, on retrouve un âge supérieur à 80 ans, une forte prévalence pour les femmes, des antécédents médicaux (chute, fracture), la présence de douleurs, des troubles cognitifs et psychiques, la fonte musculaire, l'hypotension, ainsi que l'ensemble des troubles sensoriels.

Le risque de chuter de nouveau et de perdre confiance en soi est majoré si la personne est déjà tombée dans l'année en cours, si elle a passé plus d'une heure au sol sans pouvoir se relever et que ce redressement n'a pas pu s'effectuer sans une assistance extérieure. Un dernier facteur à prendre en compte est la diminution de l'activité physique journalière ainsi la diminution progressive ou nette des sorties hors du domicile. (Ponton, 2022)

- Enfin, Prévenir la récurrence des chutes et des complications

Cet axe passe principalement par la révision des traitements médicamenteux, la pratique de la marche ou d'une activité physique de manière régulière, l'utilisation d'un chaussage adapté ainsi que la mise en place d'un traitement en cas d'ostéoporose avérée.

Une prise en charge kinésithérapique est recommandée. Celle-ci comprend notamment un travail sur l'équilibre, un renforcement musculaire et une amélioration de l'endurance pour conserver de l'activité physique et donc prévenir la récurrence (Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, 2019).

Un accompagnement psychomoteur peut être proposé pour d'une part, reprendre conscience des sensations physiques. On veillera à créer des expériences motrices positives pour diminuer l'appréhension ainsi qu'à travailler sur la confiance en soi. D'autre part, le suivi permettra d'améliorer ses capacités d'équilibre, de gagner en stabilité, et de fluidifier les transferts depuis la position allongée vers la position assise et de la position assise à debout. (Dormia & Feve, 2014)

C/ Le syndrome de désadaptation psychomotrice, une réaction psychocorporelle

1- Définitions

Le syndrome post chute ou de désadaptation psychomotrice (SDPM) associe des troubles moteurs avec des difficultés psychologiques. Il peut apparaître soit brutalement à la suite d'une chute ou d'un événement traumatisant, soit survenir de manière plus progressive. Dans les deux cas, il installe

l'individu dans un niveau élevé de dépendance et vient l'entraver dans l'ensemble des activités de la vie. (Innocent Mutel, 2018)

Ce syndrome est défini par la HAS en 2009 comme une diminution importante de l'activité associée à une posture inadaptée. Selon le Collège des Enseignants de Neurologie (CEN, 2019), le syndrome post-chute est une urgence gériatrique. Elle est caractérisée par une diminution dans les jours qui succèdent la chute de toutes les activités motrices sans cause physique. C'est une « véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche ». (CEN, 2019)

Julie Roux, psychomotricienne (2023), précise cette définition en la comparant à « *une décompensation de la fonction posturale et des automatismes psychomoteurs, liée à une perturbation de la fonction posturo-motrice suite à une détérioration des structures sous-corticofrontales* » (Cf Annexe 1. La substance blanche et les structures sous cortico-frontales seraient particulièrement atteintes dans le cas d'affections chroniques mais le syndrome serait toujours lié à un élément déclencheur tel que le fait de chuter, de rester alité de manière prolongée ou de subir un stress important (Innocent-Mutel, 2018).

2- Symptomatologie

On retrouve différents symptômes relatifs à cette sidération :

D'un point de vue postural le bassin est placé en rétropulsion c'est-à-dire qu'il est enroulé sur lui-même de manière à encre le bas de la colonne profondément dans l'assise. L'antépulsion (mouvement inverse) est impossible. (CEN, 2019) Cette posture déporte le poids du corps vers l'arrière, dans la limite externe du polygone de sustentation. La personne se retrouve donc avec le buste en arrière et les jambes tendues devant lui, rendant les transferts assis-debout impossibles sans aide. Debout, on retrouvera des genoux légèrement en flexion. Les équilibres statiques sont précaires et donc la confiance en ses capacités corporelles très faible. La marche est atypique et peu assurée. En effet, le risque de chute en arrière est majoré. (Innocent Mutel, 2018)

Le tonus est altéré par cette pathologie. Cela s'exprime dans 95% des cas sur un versant hypertonique dit « oppositionnel ». Les réflexes d'équilibration et les réactions parachutes sont diminués voire disparaissent. (Innocent Mutel, 2018)

Certaines pathologies telles que les démences, les atteintes vasculaires, les fibrillations auriculaires, le diabète ou les syndromes parkinsoniens seraient des facteurs prédisposants s'ils sont associés à un événement traumatisant. (Innocent Mutel, 2018)

Il est alors nécessaire de surveiller l'apparition de deux troubles associés comme le syndrome de régression psychomotrice (la personne s'installe volontairement dans une dépendance accrue) et/ou le syndrome dépressif. (CEN, 2019)

3- Anxiété et SDPM

La personne atteinte de Syndrome de désadaptation psychomotrice montre des signes majeurs d'anxiété ainsi qu'une peur extrême du vide devant elle. C'est un témoin de l'impact psychologique que la chute peut exercer sur son existence. (CEN, 2019) Cette émotion vient renforcer les mécanismes inadaptés de mise en sécurité et donc le déséquilibre.

A cela s'ajoute des troubles dysexécutifs lié au système sous cortico-frontal qui empêchent le sujet de corriger son programme moteur, de prendre du recul ou de raisonner ses émotions. On retrouve une astaso-abaso-phobie ou peur de se mettre debout et de tomber vers l'avant. Le sol s'associe à ce moment à des angoisses de mort. (Roux, 2023)

Un ralentissement global peut être noté. Il retentit au niveau de la pensée, dans la fluence verbale ainsi que lors des mouvements volontaires. La personne a des difficultés à recruter de la motivation pour initier des actions (aboulie), elle peut se montrer indifférente et démotivée. (Innocent Mutel, 2018)

Le psychomotricien peut intervenir afin de réduire la rétropulsion, améliorer l'équilibre et favoriser la reprise de l'autonomie (comme la marche, les transferts et les gestes quotidiens). Il est essentiel de proposer une prise en charge stimulante pour lutter contre la bradykinésie (ralentissement des mouvements) et aider à surmonter les peurs (Innocent Mutel, 2018). De plus, il peut contribuer à rétablir la sensation de verticalité grâce à un travail sur le schéma corporel. Julie Roux, psychomotricienne (2023), partage son expérience de prise en charge d'un patient atteint de SDPM. Elle commence par un travail de prise de conscience de la respiration, suivi de l'exploration du dialogue tonique, qui inclut l'investissement des émotions, la sensation de l'axe corporel (à travers des stimulations sensorielles et le renforcement de la ceinture abdominale), ainsi que la pratique de l'enroulement. Elle poursuit son approche en travaillant sur la dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes afin de favoriser une meilleure torsion du buste et d'améliorer les capacités à se retourner. Par la suite, elle se concentre sur la projection du regard au loin et la prise d'appuis, remplaçant le réflexe de s'accrocher aux objets par des mécanismes plus sécurisés. Enfin, elle l'accompagne dans un travail de relevé de chutes pour réinvestir positivement le sol et lui donner confiance en son corps.

II-De la psychomotricité à la médiation équine

A/ La place du psychomotricien dans le suivi du patient

1- La psychomotricité & le rôle du psychomotricien

La psychomotricité est une discipline paramédicale à la frontière entre éducation, rééducation et thérapie. Elle prend naissance en France en 1947 à l'hôpital Henri Roussel lorsque Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyse réunit un comité d'experts, persuadé de pouvoir faire un lien d'interactions entre le psychisme et les capacités motrices. Parmi ces experts se trouve Giselle Soubiran. Kinésithérapeute de formation, elle s'intéresse de près à la psychologie. Tous deux s'inscrivent comme les précurseurs de la profession.

Le psychomotricien est soumis au décret de compétences du 6 mai 1988. De ce fait, il doit obtenir un Diplôme d'Etat reconnu au bout de 3 années d'études alternant théorie et pratique. Sa fonction a pour but de dépister, prendre en charge et prévenir des difficultés qui pourraient retentir au niveau moteur, émotionnel, ou cognitif. Ces dernières deviennent problématiques si elles engendrent une souffrance pour l'individu, en relation avec son environnement. Le professionnel intervient à tous les âges de la vie et propose des solutions non médicamenteuses par le biais de pratiques spécifiques telles que l'expression corporelle, plastique ou rythmique (ISRP, 2022). Catherine Potel (2019) dira à ce sujet qu'« être psychomotricien thérapeute c'est avant tout de tenir compte en priorité de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures qui vont lui permettre de créer sa vie ».

Son activité consiste à faire un bilan des capacités et des difficultés du patient. De ce constat découle des objectifs de prise en charge qui peuvent être abordés lors de séances individuelles ou de groupe. On distingue 9 grandes fonctions psychomotrices :

- **Le tonus**, ou état de tension musculaire (Vulpian, 1866),
- **La latéralité**, ou dominance d'un organe pair sur l'autre (Flourens, 1824)
- **La motricité globale**, ou ensemble de gestes permettant l'aisance globale du corps, (Ayres, 1972)
- **La motricité fine**, ou gestes fins, précis nécessitant un contrôle moteur particulier, (Le Boulch, 1981)
- **Le schéma corporel**, ou conscience et connaissance du corps (Ajuriaguerra, 1977),
- **L'image du corps**, ou représentation de notre corps relative à notre histoire (Dolto, 1984),
- **L'espace**, ou perception des éléments, des rapports entre eux et par rapport à soi (Piaget, 1948)
- **Le temps**, ou période définie par les notions de succession et de durée (Piaget, 1985)

- ***Les fonctions exécutives***, ou capacités à s'adapter à des situations nouvelles (inhibition, flexibilité, mémoire de travail, attention divisée, abstraction, contrôle émotionnel et comportemental) (Degiorgio & al, s.d.)

A cela s'ajoute un regard pointu sur les émotions et la sensorialité. Le psychomotricien peut par exemple être sollicité pour travailler autour des notions de douleur, d'anxiété, de syndromes psycho-comportementaux ou de fin de vie. (Dormia & Feve, 2015)

2- La médiation en psychomotricité

Au sens propre, une médiation est un intermédiaire à la relation. D'abord utilisée d'un point de vue judiciaire dans la résolution des conflits, cette notion s'étend progressivement en philosophie puis en psychologie avant de prendre une connotation thérapeutique. Son emploi est devenu tellement large qu'aujourd'hui toute activité ou objet apporté au soin est devenu médiateur. Outil de communication, la médiation permet d'instaurer quelque chose entre l'autre et soi. Un espace, un objet, une activité qui implique tous nos sens, nos perceptions et nos mouvements. Par cette propriété, elle se veut être un miroir de soi. L'un des acteurs va réagir à ce que lui propose son partenaire en lui renvoyant quelque chose de ce qu'il exprimait (émotion, sentiment). Ce dernier va constater cette émotion qui n'est plus sienne et pouvoir ajuster son comportement envers le monde. La médiation instaure des allées et venues entre ce qui nous constitue et les réactions proposées par nos interlocuteurs. (Giromini, 2017)

Selon Potel (2019), une médiation est un objet d'attention que le thérapeute viendra installer entre lui et son patient pour permettre de créer une relation et de faire émerger le travail thérapeutique.

En tant que psychomotricien, nous entrons en relation avec l'autre en engageant tout notre être. Notre corps s'inscrit tout entier comme premier médiateur. Le tonus, est la première voie de communication mise en jeu dans ce que l'on appelle le dialogue tonico-émotionnel (Ajuriaguerra, 1977). Ce dialogue représente les variations des états de notre corps en lien avec nos émotions. Nos sens, nos mouvements, notre voix sont impliqués dans la relation pour emmener le patient vers les objectifs que nous nous sommes fixés. Dans cette perspective, la médiation en psychomotricité mobilise divers facteurs qui favorisent l'enrichissement des interactions entre les différents acteurs. Elle développe non seulement la conscience de soi, mais aussi celle d'autrui, et permet d'atteindre les objectifs fixés. (Giromini, 2017)

Au sein du cerveau, ce sont les neurones miroirs, des neurones particulièrement actifs lorsque l'on observe les actions d'un individu en face de nous, qui permettent l'imitation. Ces structures jouent un rôle au niveau exécutif en favorisent l'intégration et la planification par la création d'une représentation mentale du geste. Par ailleurs, ces neurones interviennent dans la régulation émotionnelle en interprétant les signaux de notre interlocuteur et en diffusant son émotion d'un corps à l'autre. Ce

phénomène de diffusion primaire permet de favoriser la survie de l'espèce en diminuant le temps de réaction face à un danger. On retrouve là par exemple l'effet de contagion de la panique tant redouté dans les foules. D'après des études d'imagerie fonctionnelle, ces neurones seraient situés dans le lobe pariétal inférieur, au niveau de l'aire 40 de Brodmann et s'étendrait au niveau de l'aire de Broca, responsable des mouvements de la bouche (Rizzolatti & Sinigaglia, 2011). En médiation nous nous servons des interactions, pour amplifier certaines émotions et permettre une meilleure compréhension de ce qui se passe en soi. Les neurones miroirs jouent un rôle majeur dans la mise en place d'une médiation.

3- La médiation animale, une médiation particulière

La médiation animale est l'une des pratiques qui se développe de plus en plus ces dernières années. Selon la fondation Adrienne et Pierre Sommers, en 2021, 70% des actions de médiation animale avaient moins de trois ans (Schweitzer, 2021). Cette pratique se définit comme une approche qui inclut les animaux dans le processus de soin. Pratiquer la médiation animale c'est considérer que les relations homme-animal ont des bienfaits qui peuvent jouer un rôle dans l'éducation, la prévention ou la thérapie. Par sa diversité, elle permet aux professionnels d'accompagner des personnes d'âge ou de pathologies variées (Fondation Adrienne et Pierre Sommer, 2024).

Lors de ces médiations, le médium est vivant et possède une dimension relationnelle propre (Chouvier, 2020). Selon l'Association Résilienfrance (s. d.), la médiation animale favorise les interactions. Stern (2000) définit le concept d'accordage comme étant un ensemble d'ajustements non seulement du comportement des individus mais aussi de leurs ressentis émotionnels, affectifs et rythmiques. Aussi, on désigne par le terme d'« animal d'accordage » un animal qui, par sa présence, permet à l'individu d'être attentif, pleinement dans les interactions avec les êtres qui l'entourent et faisant à la fois forme de soutien et de sécurité affective. Les échanges qui s'amorcent avec lui permettent au patient de devenir plus autonome en le responsabilisant mais également d'aborder tous les aspects de la vie (naissance, mort, perte, sexualité...).

Selon Le Robert (s.d.), on peut définir la relation comme un lien d'influence réciproque entre des individus. Ce peut être un lien entre des groupes ou un rapport d'interdépendance. En médiation animale, la relation s'instaure de manière triangulaire entre les trois protagonistes (cf annexe 3). Or, nous pouvons nous demander qui est réellement un médiateur pour les autres. En ce sens, l'animal est médiateur entre le thérapeute et le patient. En effet, il fluidifie les interactions en installant un nouvel axe de communication, plus corporelle, notamment via les neurones miroirs. Ces structures jouent un rôle majeur dans la compréhension de la communication non verbale comme les mimiques, les gestes et les postures. Elles permettent, entre autres, l'imitation et l'empathie. La communication non verbale est un axe de communication inter-espèce qui peut donc facilement être mis en jeu avec les animaux

(Rizzolatti & Sinigaglia, 2011). Le thérapeute est médiateur entre l'animal et le patient par le cadre qu'il instaure. Il définit le lieu et la situation de la rencontre et met en mots les événements. Enfin, on peut penser que le patient vient renforcer le lien entre le thérapeute et l'animal qui l'accompagne. Toutefois, c'est un point de vigilance auquel le thérapeute doit être attentif pour assurer la prise en charge de la personne (Jigan, 2019).

B/ Emergence et développement du cheval dans le soin

1- Histoire

Symbole de fierté, de rêves et de conquêtes, le cheval fascine l'être humain depuis toujours. Dans l'Antiquité, il accompagnait déjà l'homme sur les champs de bataille, faisant de lui un allié de taille pour se déplacer et s'ériger. Ces mêmes qualités de vitesse et de robustesse ont amené le cheval à nous assister dans les transports, le sport et l'agriculture. Si l'avancée technologique en fait un élément subsidiaire, il ne reste pas sur la touche, se réinvente dans de nouvelles disciplines et fait son apparition dans les lieux de soin (Emond 2024).

Lors des Jeux Olympiques de Helsinki en 1952, Lis Hartel, une cavalière atteinte de poliomyélite gagne la médaille d'argent et devient la première femme médaillée olympique dans son domaine. Son handicap la paralysait alors en dessous des genoux. Lors de son entraînement, elle a suivi un long parcours de rééducation spécifique à sa remise à cheval auprès d'une kinésithérapeute norvégienne du nom de Elsa Bodiker. (Lourd et al., 2020) Lis Hartel est aujourd'hui considérée comme une précurseuse des soins avec les chevaux pour avoir créé une fondation nommée « *Lis Hartel Foundation* » dédiée à l'équitation thérapeutique à la fin de sa carrière. (Gouraud, 2024)

C'est en 1986, que la France se saisit du sujet. La psychomotricienne Renée de Lubersac, après avoir fondé des méthodes de « *Rééducation par l'équitation* » avec le kinésithérapeute Hubert Lallery, introduit le terme de « *Thérapie avec le cheval* ». Par ces mots, elle désigne une approche psychocorporelle pouvant être proposée par un professionnel de santé sous prescription médicale et mettant en jeux les capacités relationnelles, émotionnelles, cognitives et motrices d'un individu. (Lourd et al., 2020)

Dans les années 2010, la médiation équine prend un tournant avec la création de nombreuses formations qui viennent légitimer la pratique. On retrouve des Diplômes Universitaires (DU), des formations certifiantes diverses. Malheureusement, en l'absence de reconnaissance de ces pratiques par l'état, il n'y a pas d'harmonisation des instituts de formation ni de volume d'heure minimal à réaliser. (Rubic, 2020)

Aujourd'hui les professionnels de la médiation équine tentent de se rassembler, de s'organiser et de se donner une reconnaissance professionnelle avec par exemple la fondation du Syndicat Interprofessionnel des Praticiens de la Médiation Equine (SIPME) basée à Toulouse (SIPME, 2025). Cent vingt mille à cent cinquante mille personnes auraient bénéficié d'activité de médiation équine en 2017. Pour consolider les connaissances scientifiques sur le sujet, 7 projets scientifiques ont été financés en 2020, notamment concernant la rééducation à la marche, les soins psycho-cognitifs, le bien-être du cheval médiateur ainsi que les pratiques proposées en médiation. La Fédération Française d'Equitation (FFE) et L'Institut Français du Cheval et de l'Equitation (IFCE) sont particulièrement impliqués dans la mise en place de ces projets. De nombreux meetings, webconférences et études socio-économiques sont programmés pour favoriser la diffusion des connaissances et les échanges entre les professionnels. (Vidament, 2021)

2- Intérêts

Par sa simple existence, le cheval a une symbolique forte auprès de l'être humain. Il est grand, beau, robuste, énergique et rapide. Nous avons tous entendu parler des mustangs ou du cheval sauvage, apologie de la liberté. Pourtant, si on l'observe au pré avec ses congénères, il se montre tout autant paisible, calme et sociable. (Vidament & Yvon-Galloux, 2018)

La douceur de son poil et la vigueur de son regard invite à entrer en relation avec lui, de partager de petits moments intimes et de grande complicité. Autour de lui, tout devient mouvement tant sa taille appelle à en faire le tour. Sa force invite à grimper sur son dos et à se laisser porter par ses allures réconfortantes. Animal grégaire, le cheval est en permanence en relation avec son environnement. Sa sensorialité est accrue et il capte de manière très fine les signaux de ses pairs, traduisant de fait leur discrète communication. Le cheval est un être modelable, il est capable d'apprendre une infinité de codes donnés par l'humain pour réaliser ses demandes les plus précises, ce qui en fait un medium adapté en médiation équine. (Vidament & Yvon-Galloux, 2018)

Proposer du travail avec le cheval est avant tout une source de plaisir réciproque pour le patient et le soignant. Par toutes ses qualités, le cheval va offrir au professionnel qui connaît ses codes une clef de lecture infinie sur les ressentis et l'ouverture au monde de la personne qu'il a en face de lui. (Vidament & Yvon-Galloux, 2018)

Kendall (1991) a fait 3 hypothèses sur les soins avec les équidés :

- Le cadre de la médiation équine en lui-même aurait des conditions propices à la thérapie
- La présence du cheval permettrait d'être dans un état d'esprit facilitant (motivation)
- Le cheval apporterait sa dimension relationnelle en entrant directement en relation avec l'individu

Aussi, si les éléments de contexte présentent un atout dans la prise en charge, pourquoi ne pas s'en servir en notre faveur pour agrémenter la qualité des soins. (Vidament & Yvon-Gallou, 2018)

Contrairement à d'autres médiations plus « classiques », où l'objet va refléter quelque chose du patient, le cheval apparaît comme un élément stable. Il existe en lui-même, a sa volonté et ses besoins propres. On ne peut ni le modeler à notre image ni l'utiliser en tant que tel. Il faut apprendre à faire avec lui. Ni totalement par lui, ni sans lui. Le cheval laisse la possibilité d'être pleinement soi. Il ne juge pas, il accueille ce qui est en distinguant ce qu'il perçoit comme source de plaisir ou au contraire de danger. Le patient doit donc proposer un comportement adapté à ses limites stables et clairement exprimées. (Ansorge, 2011)

A la différence du chien, qui a subi une sélection pour son empathie et sa sensibilité accrue à la contagion émotionnelle, faisant de lui une éponge aux émotions humaines (Bekoff, 2007), le cheval s'adapte aux émotions de son interlocuteur et peut se positionner comme un reflet de ses états psychiques. Il possède un néocortex très peu développé. Cette région cérébrale correspond à la couche externe du cerveau. Particulièrement présente chez l'être humain, elle nous donne accès à la symbolisation et au langage (Hénault, 2023). Chez le cheval, elle est surtout dédiée au traitement des informations motrices et sensorielles. Il s'inscrit donc comme un être très réceptif à son environnement et aux émotions, basé sur ses besoins primaires et qui réagit spontanément aux stimuli extérieurs. Ses réponses sont franches, il ne peut avoir de faux-semblants. Dans son troupeau, cette façon d'être permet au cheval de limiter les conflits, les blessures et maintenir la cohésion du groupe. De plus, par sa taille, le cheval a la capacité de porter l'homme et peut donc proposer des apports psychologiques et rééducatifs différents des autres animaux (*Pourquoi le Cheval Pour la Médiation Animale ?*, 2023). Ce sont ces qualités qui font du cheval un animal médiateur particulier.

3- Diversités des pratiques avec le cheval dans le soin

Aujourd'hui, les pratiques de soins accompagnées des animaux ne sont pas reconnues par l'état et donc assez peu clairement déterminées. Exercer avec un cheval comme partenaire principal se développe dans de multiples disciplines et les termes foisonnent pour évoquer l'ensemble des pratiques existantes.

La médiation équine est une pratique qui regroupe tous les actes réalisés autour du cheval par des professionnels dans le but d'en tirer des bienfaits. Elle peut être à visée thérapeutique lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels paramédicaux ou sportive lorsqu'elle permet d'inclure le handicap dans les activités équestres. (Vidament, 2021)

De nombreuses terminologies sont associées à la médiation équine à visée thérapeutique. Aussi, on retrouve l'équicie, qui est une approche socio-éducative, la Thérapie Avec le Cheval (TAC) qui est

une orientation psychocorporelle, l'équithérapie qui est davantage psychologique, ainsi que l'hippothérapie qui est une approche purement rééducative tant au niveau moteur que sensoriel. (Vidament, 2021)

L'équi-coaching est une autre approche de la médiation équine. Proposée par des coachs, elle vise, par les relations avec le cheval, à exprimer les capacités d'un individu ou d'un groupe pour qu'il trouve son plein potentiel et entre dans le cadre du développement personnel. (Vidament & Yvon-Galloux, 2018)

Dans le cadre de mon mémoire, je choisirai le terme de médiation équine car je ne suis pas formée aux thérapies par le cheval. De plus, la psychomotricité est une approche globale, à la fois psychocorporelle, rééducative et sensori-motrice à la croisée des différentes approches ci-dessus. Classifier cette pratique serait réducteur.

Animal relationnel, sensible et vivant, le cheval permet de proposer une multitude d'activités faisant médiation. Voir un spectacle, faire un tour en calèche, participer au pansage (une activité de toilettage des poils, des crins et des sabots de l'animal), travailler à pied, monter à cheval, faire de la voltige sont autant de propositions plaisantes et qui permettent de mettre en place des objectifs thérapeutiques. (Ecot et al., 2020)

4- Etudes sur les pratiques du soin autour du cheval

On constate aujourd'hui un certain phénomène de mode autour de ce type de soins. En effet, ils sont de plus en plus popularisés sur les réseaux sociaux, dans les structures et de nombreux écrits sont publiés. Or, on déplore un nombre assez restreint de recherches scientifiques permettant de soutenir les bénéfices de la médiation équine. D'après la psychologue Jessie Ansorge « *La thérapie médiatisée avec le cheval est aussi coûteuse en énergie, en temps, en moyens humains et financiers. Une séance d'environ 1 heure 30 coûte entre cinquante-cinq et soixante-dix euros. Il faut prévoir un véhicule pour se rendre sur les lieux, mais aussi la mobilisation d'une ou deux personnes pour accompagner le patient ou le groupe de patients, ce qui pose parfois des problèmes de logistique au sein des services* ». La médiation équine est donc soumise à des enjeux financiers liés à l'entretien des équidés.

Certaines études ont néanmoins vu le jour, notamment avec les enfants, public auprès duquel ce médium est régulièrement proposé. (Ansorge, 2011)

La médiation équine est souvent choisie pour travailler l'équilibre et la posture lors de la mise à cheval. (Ansorge, 2011) On retrouve par exemple une étude réalisée en 2020 par un institut de médecine polonais auprès d'enfants atteints d'Infirmité Motricité Cérébrale (IMC) qui montre que les

séances d'hippothérapie amènent une amélioration de la posture assise. Ces changements s'expliquent par la mise en jeu de la musculature de différents segments corporels, notamment le tronc, la tête et les membres supérieurs. Ces stimulations viennent améliorer le contrôle musculaire et entraînent une réorganisation tonique pérenne qui se retrouve en dehors d'une situation de mise à cheval. (Matusiak-Wieczorek et al., 2020)

Cette médiation a également fait ses preuves au niveau de la santé mentale. Joanna Badel, médecin psychiatre (2017) désigne cette pratique comme un soin favorisant le suivi des prescriptions médicales. La relation avec le cheval demande à l'individu d'incarner pleinement son corps, sa voix et de s'en servir comme une surface de communication pour favoriser les interactions avec ses pairs. Elle permet d'expérimenter une multitude de vécus sensoriels et émotionnels sur lesquels il est important de mettre des mots et favorise l'autonomie du sujet.

Ces deux aspects pratiques font parties intégrantes du travail du psychomotricien. La médiation équine devient alors un outil adapté et privilégié pour cette profession.

C/ Médiation équine en psychomotricité ? Quoi, pourquoi, comment ?

1- Approche psychocorporelle et sensorielle du cheval

La médiation équine, lorsqu'elle est pratiquée dans un centre équestre, immerge l'individu dans un bain sensoriel propre aux équidés. Le premier sens concerné par cette immersion est l'odorat. Odeur du foin, du crottin et de la paille mêlée à celle des animaux. La mémoire émotionnelle est très étroitement en lien avec l'olfaction. Le patient est alors dans des conditions favorables à la réminiscence, un cadre propice à l'intégration des apprentissages effectués sur ces ateliers. Face à nous, le cheval vient également nous sentir et prendre la température émotionnelle dont nous reparlerons plus loin. (Barrois et al., 2020)

Le toucher est également mis en jeu lors de cette rencontre. Très vite, l'envie de caresser les poils du cheval va apparaître. Cet élément est très important car il constitue une composante motivationnelle majeure dans l'approche des équidés chez les patients. Ce contact physique que l'on peut rapprocher à la fois du dialogue tonico-émotionnel et du grooming chez les chevaux (interactions par laquelle les animaux vont venir se gratter mutuellement) aurait des propriétés relaxantes et apaisantes. (Barrois et al., 2020)

Une enquête réalisée en septembre 2014 sur les compétences psychomotrices abordées en médiation équine montre que les objectifs sont centrés autour du plaisir corporel en favorisant la sensorialité, la conscience du corps et de l'axe ainsi que le schéma corporel. On retrouve également la présence en relation, avec la construction du dialogue tonico-émotionnel, la détente psychocorporelle et la gestion des émotions. Cette médiation oblige, lors de sa pratique, à adapter son tonus et à maîtriser

son corps. De nombreuses coordinations et dissociations sont nécessaires pour appréhender l'espace environnant et guider l'animal. (Carceres, 2014)

Une étude réalisée en 2012 sur des cavaliers montre que la prise en compte des informations proprioceptives et vestibulaires est majorée chez un cavalier expert par rapport à un cavalier de niveau plus faible. (Olivier et al., 2012) Ce phénomène se retrouve chez les patients qui vont, par le biais du cheval, pouvoir enrichir leur conscience corporelle en mettant en relation l'ensemble de leurs systèmes sensoriels tant somesthésiques (sensations internes du corps : étirement des muscles, des ligaments) et vestibulaires (oreille interne). (Montagner, 2002)

2- Intérêt du cheval dans la relation patient-thérapeute en psychomotricité

Travailler auprès du cheval permet au patient comme à son thérapeute de sortir du cadre du cabinet. Bon nombre de professionnels considèrent les séances de médiation équine comme un gain de temps. En effet, la rencontre entre les protagonistes est facilitée par la présence de l'animal, rendant les interactions moins protocolaires et limitant l'appréhension des deux parties. Ainsi, les échanges sont plus spontanés et le patient est plongé dans des situations concrètes. Faire des séances dans ce cadre permet de susciter l'envie et l'intérêt lors des consultations et donc de mettre la personne dans un contexte émotionnel où elle est plus disponible pour apprendre. (Emond, 2024)

Être sensible, le cheval capte de manière très précise un tas d'informations sensorielles sur son environnement. Le traitement de ces informations, surtout lorsqu'il est appliqué à un être vivant, lui permet de décoder finement le langage non verbal d'une personne. Cet animal est très réactif aux émotions d'autrui et adapte son comportement à des signaux imperceptibles par l'être humain. Par ses connaissances le thérapeute peut faire des allées et venues entre le comportement de son patient et celui du cheval pour mieux comprendre les émotions mises en jeu. Cela crée une relation triangulaire dans laquelle chacun des protagonistes interagit indirectement sur les autres. (Barrois et al., 2020)

Ainsi, selon Barrois et al (2020), la position de l'un va venir renforcer celle de l'autre :

-Le soignant organise et adapte la rencontre entre l'animal et le patient en fonction des objectifs thérapeutiques qu'il a défini à cet effet. Il appuie et renforce les efforts du patient pour le valoriser et lui permettre de persévérer. Par cela, il est garant du cadre et de la sécurité à la fois du patient face aux réactions du cheval et réciproquement. Il traduit et explique le contenu de la vie psychique du cheval d'un point de vue éthologique.

-Le cheval par sa présence fluidifie la rencontre. Il permet des comparaisons homme/animal et place le soignant dans une position de référent, à la fois maternant et sécurisant. C'est lui qui permet

d'accéder à cette activité. Le patient perçoit la bienveillance développée par le psychomotricien envers l'équidé.

-Le patient est dans un cadre où il n'est pas observé frontalement. Il peut interagir librement avec l'animal et découvrir sereinement une nouvelle activité dans un cadre de soin décalé. (Barrois et al. 2020)

La médiation équine propose une régression vers des sensations archaïques qui permettent à l'individu d'évoluer positivement tant au niveau physiologique que psychique. La personne peut investir son corps et s'en servir comme espace d'échange entre sa conscience et le monde extérieur. (Mermet, 2012)

L'aspect thérapeutique de la prise en charge permet au soignant une certaine liberté d'anthropomorphisme dans les relations qu'il propose entre le patient et le cheval. Aussi, l'animal sera l'objet de projections, symbole des volontés ou de rêves. Les interactions avec lui peuvent refléter l'état émotionnel général de la personne ou sa manière d'interagir avec les autres mais ce sans le poids du jugement, des aprioris ou des conséquences relationnelles liées à l'être humain. (Barrois et al., 2020)

3- Et pour les personnes âgées ?

Marie-Dominique Turnel-Tourrou, Docteur en médecine (2018) écrit que « *La population actuelle [des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes] est principalement née entre les années 1920 et 1940, une population qui était bien ancrée dans les rythmes de la nature et dont les membres ont quasiment tous eu la chance de connaître le cheval en pleine activité que ce soit à la campagne ou à la ville* ».

De nombreuses modalités de soins en médiation équine peuvent être proposées aux personnes âgées ou institutionnalisées. Certains équidés vivent à l'année sur les terrains des établissements et c'est l'équipe soignante qui assure leur entretien. Il est également envisageable de faire venir sur site un intervenant en médiation animale qui pourra proposer un passage du cheval à l'extérieur pour faire sortir les résidents tout en restant devant la structure. Autrement, il peut passer un moment soit dans les lieux communs soit en individuel, dans les chambres. Pour les personnes avec davantage de mobilité, une sortie en centre équestre est envisageable. Un référent cheval est toujours responsable de l'encadrement de l'activité tant au niveau du bien être des acteurs que de la sécurité. (Ecot et al., 2020)

Un travail en amont des séances est intéressant pour fédérer le groupe. Il permet de créer des liens de confiance entre les participants, qui se montrent généralement pudiques. Pour adapter les séances à ce public particulier, il est possible de proposer une alternance entre des moments de pansage, du travail de l'équilibre ou de la motricité. D'autres temps comme du partage autour des émotions,

favorisant le relationnel entre les participants peuvent être proposés. Enfin, un temps d'observation des interactions entre les équidés peut permettre de faire le parallèle entre les interactions humaines et animales. Il semble adapté de leur proposer des pauses assises fréquentes. En institution, ces temps représenteront une vraie coupure avec les habitudes de vie des résidents. L'ensemble des sensations et des ressentis emmagasinés lors des séances peuvent faire l'objet d'échanges à posteriori. Le psychomotricien semble trouver toute sa place pour organiser, adapter et mettre en mots ces expériences et les ancrer dans les habitudes de vie des patients (Turnel-Tourrou, 2018)

III - La médiation équine dans la rééducation psychomotrice du syndrome post-chute

A/ De la médiation équine à la rééducation de la marche

1- Rééducation à côté du cheval

Maintenant que le contexte de la rencontre entre le cheval et la personne âgée atteinte de SDPM est posé, il semble nécessaire d'en développer les apports en regard des fonctions psychomotrices mises en jeu lors de la marche.

Le sujet semble se diviser naturellement en deux axes : les apports liés à la relation auprès de l'équidé et ceux qui sont engendrés par une activité de mise à cheval voire d'équitation.

Image du corps & Schéma corporel :

Les premiers moments partagés avec un équidé sont souvent centrés autour du pansage. Au-delà d'un simple ménage, c'est un moment qui permet de déterminer la condition émotionnelle dans laquelle se trouve le cheval et d'instaurer une relation de confiance. C'est également un moment propice à aborder les parties du corps. En effet, le vocabulaire corporel du cheval est relativement similaire à celui de l'être humain. Passer par les parties du corps du cheval permet d'aborder le schéma corporel et de comparer la topologie entre quadrupèdes et bipèdes. Cette attention au corps liée à la dimension sensorielle de la médiation équine augmente la conscience corporelle du sujet. (Barrois et al., 2020)

Winnicott définit en 1969 la notion de handling comme la manière dont la figure d'attachement va prendre soin de l'enfant. Elle implique une modulation rythmique entre les deux protagonistes ainsi que de nombreuses manipulations qui donnent au tout petit la sensation d'exister. Par cette notion, l'auteur cherche à expliquer comment l'individu se sent devenir un être à part entière avec un corps et une personnalité qui lui est propre. Avec le cheval, le patient est amené à prendre soin d'un autre être de la même manière qu'un parent va prendre soin de son enfant. Cela implique un investissement du corps, des sens mais surtout des émotions, de la volonté de bien faire pour l'autre.

Ces notions sont à mettre en relation avec l'estime de soi, définie par Christophe André et François Lelord, psychiatres (2008) comme la manière dont on s'aime comme on est. Selon eux, l'estime de soi repose sur trois piliers. On retrouve donc d'abord *l'amour de soi* qui représente l'idée qu'on mérite d'être apprécié et respecté, puis il y a *la vision de soi* c'est-à-dire la valeur propre que l'on s'accorde, (celle de notre personnalité avec ses qualités et ses défauts) et enfin *la confiance en soi* c'est-à-dire le fait de se croire capable de réaliser quelque chose. Autour du cheval, le patient vient renforcer l'ensemble de ces trois piliers. Par ce biais, il renforce son estime de lui et donc son image du corps. La médiation équine va permettre une revalorisation du « narcissisme primaire » (Mermet, 2012). A cela s'ajoute cette remarque de Fantini-Hauwel & al. (2020), « *les individus âgés, en privilégiant les perceptions positives qu'ils ont d'eux-mêmes, peuvent aussi esquiver les perceptions négatives qui les dérangent. Cela permet de maintenir une croyance en eux plus positive et d'améliorer leur valeur de soi, en un mot, l'estime d'eux-mêmes* ».

La personne va se sentir responsabilisée lors des activités de soins destinés aux chevaux. Cela lui permet de sortir du schéma où elle est l'objet des soins et de la dépendance et de réinvestir un rôle d'acteur dans la société. (Barrois et al., 2020) L'humain se lie aux animaux de la même manière qu'il pourrait s'occuper des humains. Bowlby décrit la théorie de l'attachement comme une relation de soin qui crée un lien émotionnel et de confiance fort entre les individus. En prenant soin de l'autre on réapprend à prendre soin de soi. (Bruni, 2012)

Tonus :

Face au cheval, les patients ont tendance instinctivement à se redresser et ce, quelle que soit leur position initiale (lit ou fauteuil). Selon Chloé Noble, psychomotricienne (2025), cela représente 80% des résidents rencontrés dans sa pratique. Aussi, ce réajustement postural se traduit par un recrutement plus important du tonus axial et donc un accès simplifié à la verticalisation.

Au-delà de la verticalisation, les activités de pansage, par l'utilisation de praxies (organisation de gestes pour parvenir à un but précis) viennent également chercher chez eux le recrutement du tonus d'action. Lors de cette activité, il est nécessaire de se maintenir en équilibre mais également de mettre en jeu la motricité fine lors de la préhension des outils. Chaque brosse possède un registre moteur différent (passages circulaires, verticaux, action de gratter) et nécessite donc une programmation motrice propre. De plus, ces qualités de mouvement associées aux textures des outils eux-mêmes ne suggèrent pas de mettre en jeu la même force dans le geste. L'étrille, une brosse rigide en plastique, amènera davantage de pression et d'appui (massage) que la brosse douce, en poils souples. (Noble, 2025)

Motricité Globale :

Par son volume, le cheval demande de se mobiliser pour pouvoir s'en occuper. Le brosser, aller chercher son matériel implique déjà de nombreux mouvements en soi. De plus, le cheval a une marche

assez rapide et implique donc un ajustement rythmique pour suivre sa cadence. Bien sûr, un cheval de médiation peut être dressé pour ralentir son pas et s'accorder aux difficultés de la personne mais il n'en reste pas moins un animal de mouvement, prêt à marcher depuis ses premiers instants de vie. (Vidament & Yvon-Galloux, 2018)

La présence du cheval incite la personne à se mouvoir et à sortir de sa chambre. Il n'est donc pas rare de voir les patients marcher pour accompagner l'animal, repoussant parfois les limites de leur schéma spatial, de leur zone de sécurité et venant mettre en jeu leurs capacités motrices. Mais cela ne s'arrête pas là. Le cheval peut être tenu en longe et accompagner le sujet dans la réalisation de parcours moteurs. Cela le met en situation multi-tâche et fait donc entrer en jeu l'ensemble de la psychomotricité. (Noble, 2025)

2- Rééducation à cheval

Un élément propre à la médiation équine est la dimension porteuse et solide du cheval. Sa taille et sa force permettent de proposer au patient de monter sur son dos. Un nouveau champ d'intervention s'ouvre alors. Lors de la mise à cheval, le bassin du cavalier se déplace dans tous les plans de l'espace (droite/gauche, haut/bas, avant/arrière). La colonne vertébrale oscille régulièrement et de manière symétrique sur les quatre temps du pas, obligeant le recrutement des muscles profonds ainsi qu'une réorganisation tonique. (Hilliere et al., 2018)

Garner et Rigby (2014) ont étudié le mouvement du bassin lors des activités d'équitation et lors de la marche. Il en ressort que l'oscillation du pelvis est similaire lors de ces deux activités. En revanche, il existerait une plus grande variété de mouvements du bassin selon les chevaux proposés en équitation thérapeutique. Le choix de la monture et le changement régulier de cheval permettrait de proposer au patient une plus grande variété de mouvements.

Tonus :

A cheval, les sollicitations du corps humain dans l'espace viennent activer de manière complexe l'ensemble de la musculature du tronc tout en suivant la rythmicité des mouvements de l'animal. Les stimulations apportées lors de ces exercices semblent indiquer la mise à cheval comme une activité venant réduire le risque de chute chez les personnes âgées (De Mello et al., 2022). Selon Emilie Dessomes, masseur-kinésithérapeute (2018), « *La vitesse moyenne de promenade est de 55 foulées par minute, avec [...] des déséquilibres dans les 3 plans à chaque foulée. Ainsi, pour un travail au pas de 30 minutes, les réactions de redressement et d'équilibration du contrôle postural sont sollicitées environ 3000 fois* ».

Cette idée est corroborée par une étude menée sur la réduction des douleurs liées à l'arthrite grâce à l'équitation thérapeutique. On sait que la douleur est un facteur susceptible d'augmenter le tonus et que ces deux notions sont intrinsèquement liées. Après de nombreuses séances, les auteurs constatent une diminution de la douleur et une augmentation de l'amplitude de mouvement dans les épaules, les hanches et le dos des personnes âgées. (White-Lewis et al., 2019)

Equilibre :

Le psychomotricien peut adapter l'équipement du cheval en fonction des points d'appui qu'il veut offrir au cavalier. Monter à cru ou avec un tapis de monte permettra de sentir ses cuisses et ses fesses en contact avec le corps de l'animal, les jambes pendantes. Proposer une selle avec des étriers offrira un appui au niveau de la voûte plantaire et encouragera l'enroulement du bassin. Par ailleurs, des variations d'allures permettront de moduler les sensations corporelles. Là où le pas entraînera un bercement régulier, le trot créera des rebonds du patients sur sa selle et amènera une meilleure sensation de la colonne ou de l'axe corporel. Le galop enfin par un mouvement de vague en avant permettra de ressentir un mouvement dans un plan sagittal. (Barrois et al., 2020) Varier les déplacements offrira de nouvelles stimulations vestibulaires, de nouveaux mouvements, dans une position assise où la pesanteur n'influe pas sur la musculature des membres inférieurs. (Dessomes, 2018)

Le cheval est un animal porteur. Par ses mouvements, il renvoie aux sensations archaïques des bercements vécus in utéro. Ses caractéristiques relationnelles, sensorielles et motrices font de lui un excellent « *plateau technique de rééducation sensori-motrice* ». (Vidament & Yvon-Galloux, 2018) L'ergothérapeute Carolynne Mainville (2018) ajoute que « *lorsque le patient est positionné sur le cheval, il voit son bassin mobilisé de façon passive, comme s'il se déplaçait en marchant* ». Lors d'une séance de mise à cheval de 60 minutes ce serait 16 000 stimulations neuromotrices qui seraient envoyées au cerveau. « *Ce nombre [...] est beaucoup plus élevé que ce que l'on obtient par des séances traditionnelles de kinésithérapie* ». (Vidament & Caillarec, 2018)

Une étude réalisée sur un groupe de 17 personnes autonomes âgées de 60 à 84 durant 8 séances de médiation équine montre une augmentation de la vitesse de marche. Les participants ayant participé aux séances de médiation équine ont augmenté leur vitesse de marche de 1,25 secondes contre 0 pour le groupe témoin. Cela peut être lié à l'augmentation de l'activité physique qui développe l'agilité chez les individus. (Araujo et al., 2011)

Coordinations :

Les activités autour du cheval mettent en jeu diverses coordinations. C'est le cas des coordinations oculo-manuelles lors du pansage, des coordinations dynamiques lors des déplacements et des activités de mise à cheval. Le rééducateur peut proposer des parcours ou ajouter des consignes (ex : plier les jambes lors du passage de la brosse du haut de la cuisse vers les sabots) pour développer les

coordinations entre les membres supérieurs et inférieurs. Selon Vidament et Hamon (2018), « *le mouvement symétrique et coordonné du cheval stimulerait uniformément les hémisphères gauche et droit du cerveau* » et faciliterait les coordinations. Cela concerne aussi les hémicorps droits et gauche ainsi que les exercices de dissociation mis en jeu lors de la marche associant jambe droite et bras gauche et inversement. L'utilisation des rennes par exemple permet de mettre en jeu la coordination et la dissociation des mains pour donner des indications de direction claires à l'animal. (De Lubersac & Lallery, 1973)

3- Apports communs

Espace & Temps :

La marche est une forme de déplacement. Dans ce contexte, elle est indissociable des notions d'espace/temps. Cette notion de mouvement d'un point A à un point B se prévoit toujours en étant associée à une durée. Le paramètre vitesse implique donc un rapport particulier au temps.

D'un point de vue spatial, on retrouve de nombreuses notions autour du cheval. Son corps est volumineux et nécessite, pour se comprendre d'intégrer les notions de haut, de bas, d'avant, d'arrière, de droite et de gauche. Comprendre son corps et celui de l'autre demande, comme pour l'être humain d'avoir en tête la réversibilité. Ainsi, en face du cheval, sa jambe gauche se situera au niveau de la main droite de l'individu. Cette compréhension nécessite un effort cognitif mais constitue un élément indispensable à la compréhension mutuelle. (Barrois et al., 2020)

Dans un manège, lorsque le patient est à cheval, le psychomotricien peut lui demander d'effectuer différentes figures. On retrouve ainsi des formes comme la diagonale, le doublet (traversée dans la longueur ou la largeur) ou encore la volte (boucle) (Cf annexe 4). Tous trois demandent une projection spatiale dans le manège ainsi que l'intégration de formes géométriques pour pouvoir les restituer par le mouvement. (De Lubersac & Lallery, 1973)

De plus, le travail auprès du cheval semble favoriser l'intégration des repères temporels et de la rythmicité. Dans un premier temps il instaure un cadre particulier qui favorise la mémoire ainsi qu'une périodicité (horaire, jour de la semaine). Cette dernière s'ancre dans l'emploi du temps du patient. Ensuite, on peut mettre en avant la successivité et le rythme qui sont propre au déroulé d'une séance. Si on aménage les activités pour se dérouler dans un ordre précis, le patient comprend davantage leur organisation. Enfin, les allures du cheval sont rythmées en plusieurs temps (quatre pour le pas, deux pour le trot et trois pour le galop) ce qui peut ancrer un rythme visuellement et corporellement. Des progrès ont été constatés dans la compréhension des structures rythmiques chez les patients (Lepape, 2021).

Fonctions Exécutives :

Les études dans le domaine de la médiation équine permettent de penser qu'une stimulation neuromotrice rythmique comme les activités équestres permettent d'augmenter l'efficacité des fonctions exécutives. Monter à cheval stimulerait le cervelet et les ganglions de la base, deux structures qui jouent notamment un rôle dans l'organisation gestuelle, l'attention, la mémoire, les capacités d'apprentissage et de langage. Cela sous-tendrait un contexte cognitif favorable à l'intégration des exercices proposés auprès de l'animal. (Hamon & Vidament, 2018)

B/ Aspect multisensoriel de la médiation équine, importance dans la marche

1- La sensorialité

L'intégration sensorielle est un concept qui se définit comme le processus de réception, de traitement et de réaction aux signaux en provenance du monde extérieur. Selon D'Ignasio et Gorgy (2022), ce phénomène se divise en plusieurs étapes. On retrouve en premier lieu la « sensation », c'est-à-dire la stimulation des organes sensoriels par l'environnement et la transformation des signaux palpables (particules chimiques, vibrations, ondes lumineuses, pression, température etc.) en message nerveux interprétable par le cerveau grâce au système nerveux central. Puis, vient une deuxième étape dite de « modulation », c'est-à-dire de sélection des informations pertinentes sur lesquelles on souhaite conserver notre attention. Cela peut par exemple concerner la voix d'une personne lors d'une conversation et exclure toutes les autres informations sensorielles pour n'en traiter qu'une seule. Ensuite, vient la « perception », c'est-à-dire la compréhension de ces signaux et l'association avec des éléments connus pour lui donner du sens. Ainsi, des sons articulés ensemble deviendront des mots puis des phrases et l'on saisira le contenu d'un discours. Cette phase est très en lien avec la cognition puisqu'elle vient chercher des schèmes ou des idées déjà connues en mémoire pour mettre un sens sur des éléments disjoints. C'est à ce niveau de l'intégration, que la personne va pouvoir réagir à ce qu'elle perçoit et émettre en retour un comportement réponse de forme variable selon la gêne que peut générer ce ressenti.

La sensorialité est impliquée dans la médiation équine comme vu précédemment. Elle va donc venir mettre en jeu la conscience corporelle et donc favoriser l'ensemble des processus d'intégration nécessaires à la marche (Assaiante, 2015).

2- Attention à l'environnement

Le cadre naturel, dans lequel évoluent les équidés place le patient dans un environnement nouveau. Il est soumis à des sensations sur lesquelles il n'a pas forcément d'emprise (météo). Il doit

donc explorer ce nouvel environnement depuis ses sens. On retrouve donc l'ensemble de l'extéroception mise en jeu ici, c'est-à-dire, l'ensemble des sens rendant compte de l'environnement qui entoure le sujet. Attwell et al. (2019) ont notamment montré que les stimulations neurosensorielles à l'extérieur permettaient une meilleure récupération des informations en mémoire.

D'un point de vue visuel, la personne est sollicitée par la nature. Le champ visuel est assez dégagé, en effet, on retrouve de grands espaces (prés, carrière, manèges, enfilades de box), nécessaires à l'évolution de cet animal de grande taille et qui viennent solliciter la vision de loin. Le cheval étant un animal de mouvement, il est possible de l'observer en relation avec ses congénères dans son environnement naturel. La vue est le premier sens recruté pour entrer en relation avec les équidés (Mainville, 2018). Barbu-Roth et al. (2005) développent l'idée que les informations proprioceptives et visuelles intégrées lors des changements de niveaux chez l'enfant engendrent un réajustement postural. De cette idée, il est possible de se questionner sur un parallèle entre la mise à cheval et l'exploration d'un nouveau niveau moteur, nécessitant un ajustement tonique particulier.

D'un point de vue auditif, on entend les déplacements des animaux sur les différents types de sols qu'ils rencontrent. Ils émettent un souffle, des mouvements et des bruits comme des hennissements. Le vent, les oiseaux, les voitures peut-être, sont autant de stimulations auditives qui créent la richesse des centres équestres tout en ayant un environnement calme. Le soignant peut amener le sujet à porter attention à ces stimulations (Mainville, 2018).

Les équidés sont également entourés d'un environnement olfactif bien particulier. Leur odeur animale est très typique. A cela s'ajoute celle du foin, de la paille, du crottin qui créent l'empreinte des écuries (Mainville, 2018).

Enfin, l'environnement vient solliciter le tact superficiel via la peau du patient. Celui-ci est amené à être actif dans cette exploration. Il peut caresser les animaux, toucher de nombreuses textures et surfaces telles que le bois des barrières, le tissu de certains équipements, le cuir des harnachements, le plastique et le poil synthétique de certaines brosses. Cela est également mis en jeu dans l'environnement avec le sable, la paille et l'herbe. Il est également soumis de manière passive au toucher : en cas de vent, du soleil ou de pluie (Mainville, 2018).

Auprès d'un public atteint de SDPM, travailler autour de la sensorialité extéroceptive et la conscience de l'environnement prend sens car cela permet de prévenir des chutes liées aux éléments extérieurs en travaillant la proprioception : éviter de se prendre les pieds dans une porte ou dans un objet au sol. Sentir et faire attention au positionnement de la chaise pour se rasseoir en sécurité et donc diminuer un des facteurs des chutes (Saïd, 2000).

3- Attention à soi et à son corps

De plus, la médiation équine permet une réappropriation du corps par les stimulations sensorielles, vestibulaires, motrices, émotionnelles et relationnelles qu'elle met en jeu (Mermet, 2012).

Plusieurs sens sont sollicités ici. Ils sont en lien avec l'intéroception (sensation interne du corps) qui permet de ressentir l'existence de son corps dans l'environnement (Craig, 2020).

On retrouve donc tout d'abord la proprioception qui est le sens musculaire. Elle consiste à pouvoir sentir le positionnement de son corps dans l'espace les yeux fermés. Les informations sont perçues par les organes tendineux de golgi (OTG) (récepteur du tendon) ainsi que les fuseaux neuro-musculaires (récepteur du muscle) qui sont tous deux sensibles à l'étirement de leur structure (D'Ignasio & Gorgy, 2022). L'accompagnement psychomoteur en médiation équine permet de porter son attention sur ces sensations et de les mettre en lumière. Cela peut se faire en variant la force appliquée sur les brosses, en curant les sabots par exemple, ou bien en incitant la personne à changer de position (assis, debout, en se penchant vers l'avant, etc.) (Mainville, 2018).

Ensuite, il y a le sens vestibulaire. Originaire de l'oreille interne, il permet de ressentir l'orientation de la tête dans l'espace. Il fonctionne grâce à un liquide situé à l'intérieur des canaux semi-circulaires. Les déplacements de ce liquide génèrent un mouvement au niveau des cellules ciliées. Le cerveau interprète ces vibrations et permet de sentir notre tête dans l'axe, sur le côté, savoir si l'on est debout ou allongé (D'Ignasio & Gorgy, 2022). Cette conscience du corps est très sollicitée dans les interactions avec le cheval grâce à l'incitation au mouvement. Proposer des changements de position réguliers permet également de stimuler ce canal sensoriel (Mainville, 2018).

Le dernier sens intéroceptif qui intéresse en médiation équine est le tact profond. Celui-ci est un cas particulier car il a la particularité de prendre son origine à l'extérieur du corps mais à donner des informations sensorielles captées par des récepteurs internes (corpuscules de Pacini et de Ruffini, disques de Merkel). Il donne donc à sentir les muscles et les os par la pression qui va s'effectuer entre les différentes structures. Le muscle, tissu plus mou va venir s'écraser sur l'os, rendant compte de la présence des organes internes (D'Ignasio & Gorgy, 2022). Il peut être activé par la pression ressentie sur les ischions (partie inférieure des os du bassin) lors de la position à cheval, ou par le contact intense entre les mollets du patient et le ventre de l'animal.

Le cumul de l'ensemble de ces sensations corporelles permet l'élaboration du schéma corporel et de la conscience du corps. La sensorialité permet à l'individu de se sentir exister et sert d'enveloppe physique pour contenir la pensée. Le corps serait comme une interface entre la pensée et le monde extérieur (Anzieux, 1974). Dans le cas du SDPM, sentir son corps et l'associer à des sensations positives est très important pour donner envie de continuer à se mobiliser. Le corps étant le contenant des émotions, il est important de savoir l'écouter pour mieux se comprendre.

C/ Aspect émotionnel de la marche, la place du cheval

1- Une médiation plaisir, source de motivation

Un élément qui ressort des activités de médiation équine est le plaisir. Le plaisir du patient en premier lieu qui se sent déconnecté de la prise en charge et qui touche parfois la frontière fine entre le soin et le loisir. Ce plaisir va alimenter son envie de faire par lui-même et augmenter ses initiatives dans des actions concrètes. Plaisir partagé par le thérapeute qui croît et investit pleinement cette médiation. De plus, la personne n'est pas tenue à un quota de performance, c'est un moment exempt du jugement de ses pairs. La médiation équine n'étant pas vouée à faire du patient un bon cavalier. Le thérapeute propose un moment de bien-être ou de travail vers un mieux-être qui fait de cet instant une parenthèse hors du quotidien. (Barrois et al., 2020)

Cette activité permet de partager des émotions fortes, dont chacun se souvient et qui favorisent l'émulation de groupe. Le partage de souvenir ou du vécu personnel de ce qu'ils ont vécu en séance. De plus, d'un point de vue hormonal, les mouvements réguliers du bassin à cheval combinés au contact physique et à la connexion émotionnelle établie augmenteraient la sécrétion d'ocytocine, (hormone hypothalamique sécrétée par l'hypophyse. Elle joue un rôle dans l'attachement ainsi que dans la réduction du stress et dans la sensation de bien-être) qui s'oppose au cortisol (hormone du stress). (Barrois et al., 2020) Monter à cheval se présente donc comme un excellent moyen de réduire l'anxiété tout en simulant des mouvements de marche.

2- Installation d'un sentiment de sécurité et de confiance

Au-delà de la définition de handling, Winnicott (1976) a également défini la notion de holding comme la manière dont l'enfant va être porté dans les bras d'une figure d'attachement. Pour lui la contenance et la sécurité transmise lors du portage permet à l'enfant de sentir l'unité de son corps, de se rassembler sur lui-même et de se sentir soutenu psychiquement. Cette notion se retrouve sur le dos du cheval qui, par sa douceur, son mouvement régulier vient bercer le cavalier. (Barrois et al., 2020)

Il se joue un dialogue interne entre la gravité, soutenue par une hauteur bien réelle et le sentiment de puissance procuré par le contrôle que le cavalier peut avoir de sa monture. Bien assis sur sa selle, les jambes au corps à corps avec le ventre de l'animal, le patient n'a pas besoin de compter sur sa musculature pour soutenir son poids. Il est à l'initiative de la communication et des instructions qu'il propose au cheval. Cette situation permet de différencier les événements réellement présents avec les angoisses qui tourmentent le sujet. L'équitation le met dans une position de contrôle, souvent déconnectée du monde du handicap et vient le revaloriser. (Barrois et al. 2020)

Aussi, le cheval peut être vu comme un vecteur de la confiance en soi. Le sentiment de confiance venant, lui aussi s'opposer à l'anxiété ressentie par le sujet. Le patient est donc dans le meilleur contexte pour surmonter les blocages psychologiques qui l'empêchent de se mettre en mouvement. (Association ARPE – EQUIDES, 2024)

3- Cheval, miroir des émotions

Être autour des chevaux génère tout un panel d'émotions : entre le stress, l'envie, l'excitation, la joie, la fierté, la peur, l'impatience, la déception... Le professionnel peut assister la personne dans la mise en mots de ses ressentis. De plus, les chevaux étant dressés et habitués au travail qu'on leur demande d'accomplir, ils vont mettre la personne en réussite et donc favoriser les émotions positives. (Vidament & Yvon-Galloux, 2018)

Le cheval a la capacité de détecter d'infimes signaux environnementaux et de ses pairs. D'après Léa Lansade (2023), d'un point de vue sensoriel, il serait réactif au contact d'un simple cheveu sur certaines zones de son corps comme le garrot (bosse à l'avant du dos). Ces perceptions lui permettent d'être particulièrement attentif lorsqu'il est en interaction avec d'autres êtres vivants. L'être humain faisant aujourd'hui partie de son entourage proche, il est habitué à réagir à leur comportement et ce trait est renforcé par le phénomène d'apprentissage effectué avec les chevaux de médiation. Par son néocortex peu développé, mais ses couches 4 et 5 développées (De Lubersac et al., 2000), le cheval vit les événements sans y apporter de jugement (il n'élabore pas de pensée) mais les associe à des conséquences agréables ou désagréables (Vidament & Yvon-Galloux, 2018). Certaines études ont d'ailleurs montré qu'il traite différemment les émotions positives et négatives et qu'il réagit fortement aux incohérences entre la voix et la mimique faciale (Lansade, 2023). Par ces qualités, le cheval se veut être un excellent réceptacle et témoin des émotions.

Cette détection fine des attitudes de l'être humain fait de l'équidé un animal particulier. Astrid Chefdhotel (2010) et Isabelle Claude (2010) comparent toutes deux le cheval à un miroir et plus particulièrement à un miroir de nos émotions. En effet, le cheval réagit aux signaux émotionnels de l'être humain : des tensions corporelles, une respiration coupée... Notre langage infra verbal nous trahit à lui en ce qui concerne nos émotions. Celui-ci ressent les discordances entre notre corps et nos intentions et il réagit négativement à cette sensation désagréable. C'est par l'éthologie ou l'étude du comportement que le soignant peut interpréter les réactions du cheval. Avec l'éducation, il pourra par exemple s'arrêter de marcher si la personne est stressée ou se déconcentrer si les demandes qui lui sont effectuées ne sont pas suffisamment affirmées.

L'éthologue Jean Claude Barrey ajoute à ce sujet que les neurones miroirs permettent au cheval de répondre précisément aux sensations qu'il reçoit de l'extérieur. Dans le cadre de l'équitation, ces

stimulations sont choisies de manière physiologique pour entraîner une réponse logique à une sensation précise, et donc « d'imiter » les demandes du cavalier. (Barrey, s. d.) A cela s'ajoute la notion d'isopraxie définie par (Guyot & MacLean, 1990). Ce terme désigne un « *comportement dans lequel deux ou plusieurs individus s'engagent dans la même sorte d'activité, et, ainsi, communiquent* » par leurs gestes. Ce phénomène se retrouve également dans la résonance affective qui se diffuse et fait émerger une même émotion chez l'ensemble des individus d'un groupe. On l'appelle l'isosesthésie. (Barrey, s. d.) En médiation équine, des accordages fins entre le cheval et le patient opèrent.

L'ensemble de ces éléments permettent de conclure que le cheval peut être une clef de lecture importante du langage non verbal du patient, de ce qu'il ne dit pas et qui est peu accessible à première vue pour le soignant. Le syndrome de désadaptation psychomotrice implique un bouleversement émotionnel, notamment une anxiété accrue, une décompensation posturale et un défaut d'initiation motrice lié aux émotions. Ces mêmes fonctions sont reconnues par les scientifiques comme des domaines sur lesquels une prise en charge en médiation équine semble jouer un rôle. Un accompagnement en médiation équine semble donc favorable à la prise en charge psychomotrice d'un patient atteint de ce syndrome. Aussi vais-je l'illustrer par des observations issues de ma pratique clinique.

CLINIQUE :

Contexte d'apprentissage en dernière année :

Ma dernière année d'étude supérieure s'est organisée autour de ma formation en alternance, c'est-à-dire la moitié de la semaine en institut de formation de psychomotricité et l'autre moitié dans un EHPAD. Situé à la campagne, ce dernier a une capacité d'accueil de 68 résidents dont 12 en unité protégée. Une équipe paramédicale pluridisciplinaire composée d'une psychologue et d'une ergothérapeute. Des kinésithérapeutes libéraux et une enseignante APA externe interviennent ponctuellement sur ordonnance des médecins. Mon travail de psychomotricienne apprentie s'inscrit donc dans ce contexte, aux côtés des professionnels de la structure.

La psychomotricité trouve doucement sa place au sein de la résidence après l'exercice de deux alternances de dernière année. Encore peu sollicitée par les équipes, le rôle du psychomotricien doit être expliqué à chacun. En l'absence de médecin coordinateur, il est nécessaire de rebondir sur les problématiques individuelles des patients lors des transmissions lorsqu'une problématique entre dans notre champ de compétence. Un bilan psychomoteur est proposé à l'ensemble des résidents à leur entrée dans l'établissement pour évaluer leurs besoins. En fonction des observations effectuées, des séances sont proposées en individuel et ont lieu en chambre, au plus près des patients lorsque des besoins spécifiques sont observés. Sinon, en fonction de leurs difficultés, les résidents sont orientés vers des groupes thérapeutiques qui se déroulent en salle d'animation. Cela permet de faire de la prévention, de préserver les interactions sociales des résidents. Les sollicitations auprès du psychomotricien sont également centrées sur l'analyse des chutes, et la mise en place de différents outils comme un mur de rééducation alliant travail sensoriel et praxique ainsi qu'un chariot d'intervention Flash dédié à l'Unité Protégée (UP).

N'ayant pas de psychomotricien diplômé pour me former au sein de l'EHPAD, j'ai choisi d'effectuer mon tutorat auprès d'une professionnelle installée en libéral et spécialisée dans la thérapie et la rééducation assistée par le cheval. Je m'y rends donc une fois tous les 15 jours. Son emploi du temps alterne entre la passation de bilans et les séances en individuel : en cabinet ou au sein des écuries.

Lors de mes journées de stage, nous effectuons des bilans le matin et sommes avec les équadés toute l'après-midi. Nous avons pu co-construire les séances des patients et nous répartir les tâches pour que je puisse m'entraîner à faire passer la majorité des bilans, lui laissant l'observation et la cotation des tests proposés.

C'est dans ce contexte d'emploi du temps tripartite entre l'école, l'EHPAD et le cabinet que s'inscrit l'écriture de ce mémoire.

Rosa, 34 ans :

Structure d'accueil :

Je rencontre Rosa dans le cadre de mon tutorat en cabinet libéral. La psychomotricienne qui m'accueille travaille le lundi et le mardi sur des séances classiques de 45 minutes auprès de patients de 6 mois à 95 ans. Les jeudis et vendredis matin, elle réalise des bilans psychomoteurs dans une maison de santé. L'après-midi est consacrée à des séances de thérapie et de rééducation psychomotrice assistées par le cheval d'une durée de 30 minutes à une heure. Ces séances ont lieu dans une écurie active qui a à cœur de respecter les besoins des équidés. Les chevaux vivent à l'extérieur à l'année, entre des prés et des sols stabilisés. Ils trouvent leur organisation hiérarchique en troupeau et ont accès à volonté à l'eau et à la nourriture. Cette prise en charge particulière se fait à l'extérieur et par toutes les météo. Le patient est amené à être à pied, à cheval, dans le sable ou la paille et parfois même, à se poser au milieu du troupeau.

Elle est donc propriétaire de deux chevaux médiateurs. Son premier partenaire depuis 2023 est un cheval pie noir (avec de grandes taches noires et blanches) de 17 ans appelé Napoléao (Nap ou Napo pour les patients). Il est calme, respectueux et très sensible au contexte émotionnel qui entoure les personnes qu'il rencontre. Liptonik (Lip ou Lipto) est son partenaire depuis 2024. C'est un poney français de selle crème de 3 ans. Il se montre tout aussi calme que Napo et est un excellent partenaire pour le travail en liberté (sans longe). (cf Annexes 5 et 6)

Eléments d'anamnèse :

Rosa est une jeune femme de 34 ans. Elle est orientée vers un suivi psychomoteur en libéral pour des difficultés d'équilibre, de coordination, de proprioception ainsi que des difficultés de gestion de l'anxiété. Les examens médicaux excluent l'hypothèse d'une difficulté motrice.

Rosa est atteinte d'hyperplasie congénitale, une maladie endocrinienne héréditaire qui cause des difficultés à synthétiser le cortisol (HCL, 2024). Elle présente une déficience intellectuelle avec un âge de développement estimé à 15 ans environ ainsi qu'un syndrome de désadaptation psychomotrice. De plus, Rosa a des particularités sensorielles comme une hypersensibilité multisensorielle et des troubles de la vision de près et de loin compensés par des lunettes.

Elle a déjà bénéficié de bilans psychomoteurs, orthophoniques, psychologique et psychiatriques.

Née au Pérou, elle a dû quitter son pays pour emménager en France quand elle était adolescente en raison de sa pathologie. Rosa consultait une autre psychomotricienne libérale auparavant et a dû changer de thérapeute après la cession de son activité, il y a trois ans.

Rosa est prise en charge par un IME où elle pratique de nombreuses activités comme la cuisine, le sport ou les jeux de sociétés qui lui plaisent beaucoup. Elle a des suivis orthophoniques, psychiatriques et psychologique en plus du suivi psychomoteur. D'après sa mère, Rosa est sous ordonnance de cortisone pour lutter contre le déficit en cortisol, sous aripiprazole (anxiété) et debedancy (hormones).

Eléments de bilan :

Bilan initial :

Son bilan initial date de 2022. Il témoigne de difficultés importantes dans trois domaines principaux : la régulation tonique, la motricité globale et la gestion des émotions.

Au niveau du tonus, Rosa a un tonus de fond élevé qui l'empêche de relâcher volontairement son corps. D'importantes paratonies sont constatées sur les articulations proximales. Le tonus postural est correctement régulé avec une bonne résistance à l'exercice des poussées. Lors des actions motrices, le tonus est inadapté, soit dans l'excès soit déficitaire vis-à-vis de l'action en cours. On note des syncinésies et donc une certaine immaturité neurologique.

Au niveau de la motricité globale, Rosa se montre très en difficulté. Elle refuse certaines épreuves d'équilibre (surtout lorsqu'il s'agit de se mettre en hauteur) par peur de tomber. Elle ne peut pas stabiliser un pied devant l'autre au sol. Les difficultés d'équilibre statique influent sur les exercices dynamiques : marcher un pied devant l'autre sur une ligne est impossible pour elle.

De plus, Rosa ne parvient pas à tenir sur un pied sans tenir un support. Les sauts à cloche-pied sont échoués. Elle ne peut pas initier le mouvement de rebond avec ses pieds ni coordonner les mouvements du haut et du bas du corps. Rosa saute à pieds joints mais sans contrôle moteur de la longueur ou de la hauteur de déplacement. Marcher sur la pointe des pieds lui fait peur.

Ces problèmes de tonus et d'équilibre retentissent au niveau des coordinations. L'association de mouvements entre les membres supérieurs et inférieurs ou entre les deux hémicorps est désorganisée. Elle ne peut adapter ses gestes à un objet en mouvement. Une lenteur est notée dans l'ensemble des actions. Le croisement de l'axe médian du corps est difficile pour Rosa.

Tout au long de ces épreuves, l'anxiété de Rosa vient prendre le dessus sur la tâche en cours et va venir perturber sa réalisation. Il y a un manque d'aisance et une peur accrue de la chute. Rosa est hypersensible avec une réactivité vestibulaire importante ce qui vient perturber les épreuves de motricité

globale. Elle dit se sentir bien dans son corps. De plus, elle parvient à se montrer attentive, soucieuse de bien faire et sait exprimer verbalement lorsqu'un exercice la met en difficulté.

Rosa a de bonnes capacités de motricité fine malgré une lenteur gestuelle très présente. Les praxies sont correctement réalisées. Rosa a de bonnes notions de Schéma Corporel. Elle dit se sentir bien dans son corps. Les repérages spatiaux et temporels en français sont bien intégrés. Elle peut se tromper par peur de mal faire. La mémoire est bonne compte tenu de la déficience intellectuelle.

Projet thérapeutique proposé :

Le plan de soins proposé à ce moment-là avait différents objectifs :

- Aider Rosa à ajuster son tonus notamment lors du dialogue tonico-émotionnel,
- Permettre à Rosa de trouver des appuis au sol stables, auxquels elle puisse avoir confiance pour développer des stratégies d'équilibration durables,
- Améliorer l'organisation gestuelle pour gagner en efficacité lors des coordinations dynamiques,
- Développer des mécanismes de régulation émotionnelle pour permettre de diminuer l'anxiété.
- Développer la confiance en soi en pratiquant des activités qui la mettent en réussite et renforcer l'image du corps.

Pour parvenir à ces objectifs et favoriser l'adhésion de Rosa, la prise en charge en médiation équine a été naturellement proposée. Cette pratique paraissait adaptée pour répondre à l'ensemble des objectifs définis ci-dessus. Conserver des temps de séance réguliers au cabinet en complément permet de s'assurer de la généralisation des acquis dans l'ensemble des cadres où la jeune femme progresse.

Premières rencontres :

Lorsque je rencontre Rosa en septembre 2024, je constate rapidement que sa démarche est atypique : la séquence de marche est très robotisée. Le ballant de la jambe à partir de la hanche est de faible amplitude. Il est compensé par un recrutement important au niveau des genoux. Le déroulé du pied est absent. Elle passe d'un appui unipodal à l'autre en ayant systématiquement un temps d'appui bipodal, pieds à plat au sol entre chaque pas. Les pieds ne sont pas dans le même axe (les orteils dévient latéralement par rapport aux talons). Le polygone de sustentation est élargi et le bassin est en légère rétropulsion vers l'arrière. Rosa n'a pas de ballant des bras. Le haut du corps forme un bloc très rigide. La marche n'est pas fluide.

Rosa fait également preuve d'hypersensibilité face à l'environnement : tout peut la gêner : un changement de type de chaussures et donc de sensorialité plantaire, un changement de sol, de niveau ou d'inclinaison (sensorialité vestibulaire). Les bruits extérieurs représentent une gêne importante pour elle et la font grimacer. L'odeur ou la vue du crottin la dégoûte profondément et peut la préoccuper de manière importante. Elle dit également être gênée par la pluie (sensations tactiles et auditives) lorsque le temps est mauvais.

Bien sûr, l'expression de cette sensorialité ne vient pas seule et doit être mise en relation avec l'anxiété qui se remarque vite chez Rosa. Monter à cheval représente un moment compliqué. Elle sollicite systématiquement de l'aide pour s'appuyer lorsqu'elle doit se mettre en selle. Elle négocie beaucoup pour éviter d'avoir l'impression de se mettre en danger. Les exercices nouveaux sont difficiles pour elle, c'est pourquoi elle demande fréquemment une présence à ses côtés voire un contact (tenir la main, stabiliser sa jambe à cheval). L'anxiété retentit au niveau du tonus qu'elle a du mal à relâcher. Elle coupe facilement sa respiration et se met en apnée. Solliciter l'autre est une manifestation anxieuse que l'on peut mettre en lien avec le manque de confiance de Rosa en ses capacités motrices.

Un dernier point se manifeste chez Rosa : ce sont des difficultés de compréhension des consignes complexes. Elle a du mal avec les doubles tâches, l'intégration de la demande peut prendre du temps. Ce constat est à mettre en lien avec la déficience intellectuelle qui, si elle n'est pas le sujet de mon mémoire, reste un élément clinique essentiel à la compréhension de l'accompagnement de Rosa.

Items de bilan :

Fin octobre 2024, j'ai choisi de lui faire passer certaines épreuves de bilan à un temps 0 pour faire l'état des lieux de ses capacités motrices. Pour cela j'ai souhaité lui proposer le test du Tinetti, un test qui évalue d'une part l'équilibre statique par un maintien de postures debout pieds joints dans trois situations différentes : les yeux ouverts, puis fermés et enfin en provoquant l'équilibre par des poussées. Ce test met également en jeu l'équilibre dynamique par un tour de 360° sur soi-même. Il se termine par une observation de la qualité de la marche sur 6 mètres. En parallèle, j'ai proposé le Timed up and go, un test qui évalue la vitesse de marche sur un aller-retour de 6 mètres de long. Ces deux épreuves ont été créées pour des personnes de 60 à 90 ans mais il y a encore peu d'outils quantitatifs pour évaluer les adultes en situation de handicap.

Rosa obtient un score de **22** au Tinetti. Ce score a une valeur uniquement qualitative car Rosa n'est pas une personne âgée mais il est révélateur de ses difficultés. Elle est classée dans la catégorie de personnes à « **risque de chute élevé** », ce qui est préoccupant à son âge.

L'équilibre sur la chaise est correctement maintenu. Rosa peut se lever de manière stable et sûre dès le premier essai, et ce sans l'aide des bras.

Elle réagit à la provocation de l'équilibre debout de manière stable mais son polygone de sustentation est élargi. Elle peut maintenir son équilibre lors de la provocation pieds joints. Cependant, lorsqu'on lui demande de garder les pieds joints et de fermer les yeux, Rosa exprime de la peur. Son corps dévie vers la gauche et vers l'avant. Enfin, lors du retournement à 360°, il est nécessaire de faire une démonstration pour assurer la bonne compréhension des consignes. Son demi-tour est discontinu et non harmonieux, mettant en lumière des difficultés d'organisation motrice dans l'espace.

Au niveau de la marche, on retrouve une initiation fluide, les pieds passent l'un devant l'autre et décollent tous deux du sol. La longueur des pas de chaque côté est identique, la jambe gauche semble faucher légèrement sur le côté. Sa marche est rigide avec un polygone de sustentation toujours élargi. Quant à son tronc, il est en avant. Les bras ne décrivent pas de mouvement d'oscillation et restent rigides en raison d'un tonus élevé. Rosa vient s'appuyer sur l'accoudoir au moment de se rasseoir.

Lors de la passation du Timed up and Go, Rosa effectue une marche plus rapide que d'habitude. L'ensemble des composantes du test sont bien réalisées, il lui faut **10,49 secondes** pour aller au bout de l'exercice. **Rosa n'est pas classée en risque de chute sur ce test.**

On peut en conclure que Rosa n'est pas en difficultés sur la vitesse d'exécution de sa marche mais davantage sur sa qualité. Son équilibre statique est précaire et cela retentit sur les capacités de motricité globale.

En ce qui concerne l'anxiété, je fais passer à Rosa le questionnaire de Spielberger, qui évalue l'anxiété à partir de phrases régulièrement utilisées dans la population pour décrire des émotions. La personne doit situer la fréquence à laquelle elle a ces pensées parmi quatre critères : un peu, moyennement, souvent et toujours. Rosa obtient un score de **54**. Elle se situe dans la zone à risque, c'est-à-dire que son score n'est pas pathologique mais elle est plus anxieuse que la majorité des gens.

Les séances de médiation équine :

Une séance type de médiation avec Rosa se décompose en plusieurs temps :

Tout d'abord, nous l'incitons et l'accompagnons à marcher à travers l'ensemble de l'écurie. C'est l'occasion pour elle de trouver son équilibre sur des sols variés (béton, cailloux, paille et sable) ainsi que des reliefs différents (pente montante et descendante). Plus le sol est instable, plus elle va être amenée à trouver des stratégies de compensation pour arriver à se stabiliser.

Elle commence par saluer les chevaux, ce qui lui permet de prendre la température émotionnelle et de restaurer le lien de confiance établi entre eux. Chaque séance commence par un habituel « Salut Napito ! » qui marque cette entrée en relation avec le cheval qui l'accompagne. Puis, vient un temps de pansage durant lequel elle doit adapter son tonus et son geste aux différentes brosses proposées.

Par la suite, nous accompagnons Rosa dans la petite pente qui relie l'écurie au manège. Ce passage permet de travailler l'adaptation de sa posture à l'inclinaison du sol.

Au sein du manège, Rosa doit guider le cheval à pied sur une alternance de phases de marche, d'arrêt et de tournants vers la droite et vers la gauche. Napo est très attentif aux signaux et aux demandes de Rosa. Elle se montre hésitante au début des séances. Il est nécessaire de l'accompagner en marchant à côté d'elle pour qu'elle se lance puis de s'éloigner physiquement pour la laisser gérer seule. Elle revient régulièrement vers nous pour avoir notre approbation. Si elle hésite, ou retient sa respiration par peur, Napo s'arrête ou n'est plus attentif à ses demandes et part vagabonder à ses occupations. Cette activité oblige Rosa à être assez ferme et franche dans ses demandes. Elle doit penser et donc planifier son action pour la communiquer à son partenaire. Nos retours positifs semblent la mettre en confiance, elle gagne en assurance au fur et à mesure de l'exercice et la réaction du cheval se fait de plus en plus rapidement.

Ensuite, Rosa monte à cheval. Cela lui demande de nombreux efforts : déjà, elle doit monter les quatre marches du montoir et se retrouver à une hauteur de 90 cm environ. Puis, elle doit se pencher vers le dos du cheval, appuyer ses mains sur son dos et passer sa jambe par derrière pour se réajuster et se positionner à califourchon. Monter les escaliers se fait sans trop de difficultés. Rosa parvient à se pencher mais n'ose pas appuyer sur le dos de Napo et se mettre en selle. Elle cherche constamment à être accompagnée : elle souhaite qu'on lui donne la main, pouvoir s'appuyer sur nos épaules ou être encadrée par nos bras. Elle est inquiète dès que Napo bouge un peu mais y parvient à chaque fois. Nous essayons de guider Rosa pour qu'elle réalise cette action en autonomie dans un souci de risque de trouble musculosquelettique (accident du travail) pour nous.

Une fois en selle, nous lui proposons d'abord des courts temps de marche au pas. C'est le moment de verbaliser ses ressentis, de faire diminuer le stress engendré par la mise à cheval et de l'accompagner dans un relâchement tonique notamment du dos, des épaules et des bras. Lorsqu'elle semble un peu plus détendue et qu'elle parvient à s'ajuster au mouvement du pas, nous proposons divers exercices comme lâcher les mains, poser ses mains sur différentes parties du corps, ou fermer les yeux. Le but est de renforcer son équilibre mais également sa confiance en elle-même face à ce qu'elle est capable de faire

En fin de séance, Rosa descend du cheval. Cela se fait sans difficultés notable. On constate que son pas est plus assuré et sa démarche moins atypique. Elle semble plus redressée. Nous lui demandons de ramener Napo aux écuries. Elle négocie systématiquement pour ne pas le faire. L'anxiété de performance revient : Rosa ne se sent pas capable, alors qu'elle l'est et nous devons insister pour qu'elle dépasse ses limites. On constate que là où descendre la pente seule est difficile pour elle à l'aller, elle est capable de remonter cette même pente avec une démarche de meilleure qualité (alors que l'effort fourni est plus intense) tout en gérant le cheval (situation de double tâche). Enfin, elle vient lui donner une récompense et le caresse pour marquer la fin de la séance.

J'aimerais maintenant développer les progrès que j'ai pu remarquer chez Rosa au fil des séances :

Tout d'abord elle a montré une adaptation aux exercices d'équilibre que nous avons proposé et complexifiés au fur et à mesure.

Première séance avec Rosa :

Lors du jeu d'équilibration, Rosa parvient à lâcher chacune de ses mains cinq secondes au pas. De manière expéditive, elle va pouvoir détacher ses deux mains de l'encolure (cou) du cheval.

Quatrième séance avec Rosa (2 mois plus tard) :

Rosa parvient à lâcher ses deux mains plus de trente secondes. L'exercice peut être modulé en proposant de mettre ses mains sur plusieurs parties du corps (tête, épaule, dos, genoux). Nous proposons à Rosa de tenir le plus longtemps possible au pas en fermant les yeux. Elle parvient, après plusieurs essais à tenir 15 secondes sans retour visuel.

Rosa parvient à prendre confiance à elle, en son corps mais aussi en l'animal et en nous pour lâcher prise visuellement et tenir l'équilibre uniquement corporellement.

Ensuite, ses passages sur des sols instables augmentent progressivement en fréquences. Ces progrès ne sont pas linéaires mais montrent une évolution globale.

Deuxième séance avec Rosa :

Elle évite les changements de type de sols, notamment la paille, elle fait des détours autour de Napo et le brosse de loin. Elle sélectionne certaines parties du corps pour éviter de devoir trop s'avancer dans cette zone qui semble la mettre en insécurité.

Troisième séance avec Rosa (quinze jours après) :

Rosa est plus proche de Napo, nos consignes sont plus précises, elle fait l'effort de marcher dans la paille pour atteindre son corps.

Lors de deux séances particulières, nous avons incité Rosa à se hisser à cheval comme elle en a l'habitude mais sans prendre appui sur nous. Ces deux séances ont été particulièrement difficiles pour

elle mais lui ont permis de constater qu'elle était capable de dépasser ses limites. Après plusieurs mois, nous avons également pu voir Rosa s'y rendre de façon innée.

Cinquième séance avec Rosa :

Travail de la mise à cheval sans s'appuyer sur les épaules de quelqu'un. Rosa a des difficultés à prendre confiance en elle et en la force de Napo. L'idée qu'elle se met moins en danger en s'appuyant devant elle que sur le côté semble difficile à comprendre et à accepter. Elle exprime ne pas se sentir en sécurité dans cette transition, et ressent le besoin de descendre plusieurs fois complètement du marche pieds. Rosa montre de nombreuses manifestations physiques de sa peur et de son angoisse : ses mains tremblent, elle a les larmes aux yeux, la séance semble difficile pour elle. Elle revient vers Napo qui sert de support émotionnel. Il est impossible pour elle de parvenir à bout de l'exercice.

Sixième séance avec Rosa :

Rosa a pu revenir sur ce qu'elle avait ressenti la séance précédente et la difficulté que représente la mise à cheval seule pour elle. Elle parvient à monter sur le marchepied et, après plusieurs essais, elle passe sa jambe seule au-dessus du dos de Napo. Elle s'appuie un instant sur nos épaules pour rétablir son équilibre une fois positionnée à cheval.

Lors de l'une des séances, il n'était pas possible de monter sur le dos de Napo. Ce dernier avait vu l'ostéopathe la veille et les recommandations médicales ne lui permettaient pas d'être monté pour 48h. Nous en avons donc profité pour faire travailler Rosa à pied.

Septième séance avec Rosa :

Cette séance a été l'occasion de passer le test du Tinetti sur le sable pour comparer les scores avec les résultats obtenus sur un sol plus standard. Il en ressort un score de **19** dans le sable. Donc une **perte de 3 points** par rapport à la qualité de la marche sur le béton. Rosa a de réelles difficultés à s'adapter aux changements de surfaces. Cela se ressent surtout lors des items d'équilibre statique. Dans le sable, Rosa a besoin de s'aider de son bras pour se lever. Elle y parvient au bout de la 2^e tentative. Elle stabilise son équilibre lors des poussées mais je remarque qu'elle a besoin d'écarter ses pieds pour se sentir stable. Son corps paraît chancelant sur ce sol. Lors de l'épreuve de marche, Rosa hésite avant d'initier l'exercice dans le sable et, même si nous avons fait l'exercice ensemble juste avant, Rosa interprète mal la consigne et vient faire le tour autour de moi au lieu d'opérer un demi-tour devant moi pour regagner sa chaise. Elle s'aide de son bras pour se rasseoir.

Cependant, lors de cette séance, nous observons de nombreux progrès. Rosa passe davantage de temps dans la paille et s'y rend spontanément. Sa démarche dans le sable paraît plus fluide. Elle part d'elle-même avec Napo quand on lui tend la longe. Son pas est décidé. Elle décrit des courbes dans les deux sens et parcourt l'ensemble du manège. Son tonus semble ajusté aux actions qu'elle demande à Napo.

Nous lui proposons un parcours à effectuer avec Napo. Rosa demande à le faire seule en premier lieu. Elle doit franchir trois barres espacées de 50 cm en posant un seul pied entre chaque barre. Les gestes sont effectués avec une lenteur importante. L'aspect psychologique de son rapport au corps est encore bien présent. Rosa parvient à passer les deux premières barres mais pose ses deux pieds dans le dernier intervalle. Après plusieurs essais, elle nous demande de rapprocher légèrement les barres et parvient à franchir les obstacles. Rosa est parfaitement capable physiquement de réaliser cet exercice mais se confronte à des difficultés d'ordre psychologiques. La suite du parcours est une suite de deux modules en hauteur sur lesquels Rosa doit marcher. Elle hésite à se positionner sur le plot, appréhende la hauteur. Après plusieurs tentatives, elle parvient à les franchir. Le slalom est correctement réalisé. Rosa a mis beaucoup de temps à réaliser le parcours la séance se termine avant qu'elle essaie de le réaliser avec le cheval.

Enfin, nous avons pu proposer à Rosa une séance particulière, mettant en jeu sa confiance. En effet, ce jour-là, Napo semblait douloureux et donc indisposé à être monté. Nous lui avons donc proposé de monter Lipto, un autre cheval de médiation que Rosa n'avait encore jamais monté.

Huitième séance avec Rosa :

En arrivant devant l'écurie, deux fils tendus non électrifiés faisaient obstacle entre les chevaux et nous. Cela nous a donné l'occasion de proposer à Rosa un petit défi : passer au-dessus du premier fil, puis en dessous du second. Rosa a d'abord hésité, manifestant une certaine peur. Il lui a fallu plusieurs essais et un vrai effort de concentration pour gérer ses émotions. Finalement, elle a réussi à passer une jambe, puis l'autre, par-dessus le premier fil. Le passage sous le second fil, lui, s'est fait sans difficulté.

Le pansage s'est fait dans la paille avec une brosse dans chaque main. Rosa a besoin qu'on lui montre les zones encore sales pour aller au bout de l'action. Une fois dans le manège, Rosa a pu nous exprimer son appréhension à l'idée de travailler avec Lipto mais elle a osé le guider et prendre des décisions. Nous avons remarqué qu'elle privilégiait les tournants vers l'intérieur (qui ne nécessitent pas de passer devant la tête du cheval) et pouvait se tromper de direction (droite ou gauche sur demande). Son anxiété, présente au début face à son nouveau partenaire prenait le dessus sur le traitement des

informations que nous lui donnions. Ce phénomène a disparu une fois qu'elle était plus à l'aise, elle a pu guider Lip dans toutes les directions.

La mise à cheval s'est faite sans trop de difficulté. Elle était contente de nous dire que Lip était plus petit et que ce serait donc plus facile pour elle. Effectivement, elle n'a pas eu besoin de s'appuyer sur nos épaules pour passer sa jambe par-dessus son dos. Elle est parvenue à monter à cheval à la troisième tentative. Lâcher une main puis deux au pas n'a pas posé de problème. Nous lui avons donc proposé de renforcer son tonus axial en la mettant en cercle serré à cheval et en lui demandant de lever la main située à l'intérieur, induisant ainsi du gainage. Elle a su se rééquilibrer et maintenir la position.

La descente de cheval s'est faite sans difficulté. Rosa a remonté Lip jusqu'aux écuries en disant qu'elle serait prête à travailler avec lui sur d'autres séances.

Malgré le changement d'habitude, Rosa s'est montrée flexible et s'est adaptée aux demandes sans que cela ne génère d'anxiété ce qui démontre un réel progrès sur le plan psychologique.

Réévaluation :

1- Après une séance de médiation équine avec mise à cheval

Une évaluation de la qualité de la marche est effectuée après la huitième séance de mise à cheval (Tinetti). Rosa obtient un score de **25 (+3 points par rapport à la première évaluation)**, la passant à un risque de chute peu élevé. Des différences notables se retrouvent au niveau de l'équilibre statique : Rosa parvient à se lever sans s'aider de son bras. Elle peut résister à la provocation de l'équilibre en position debout sans élargir ses pieds et maintenir une position debout pieds joints. Le retournement à 360° se fait avec des pas continus.

Certaines difficultés apparaissent cependant. Lors de ce test, Rosa a légèrement dévié de sa trajectoire ce qui n'était pas le cas lors de la première passation. Son polygone de marche est toujours élargi et elle utilise encore son bras pour se rasseoir. Ainsi la mise à cheval permet des effets bénéfiques immédiats sur les capacités motrices

2- Après le cycle de séances de ME

Rosa obtient un score de **23** au Tinetti dans des conditions d'évaluation similaires à la passation initiale. C'est ainsi **un point de plus** qui est accordé. Rosa parvient à se lever sans avoir besoin de prendre appui sur l'accoudoir de sa chaise.

Lors du Timed up and go, il lui faut **8,19 secondes** pour effectuer l'exercice soit **2,3 secondes de moins** que lors du premier test.

Enfin, Rosa obtient un score de **30** au questionnaire de Spielberger, cela représente **24 points de moins** que lors de la première passation. Elle se situe en dessous du niveau d'anxiété moyen chez les femmes. Elle semble avoir évolué positivement notamment dans les sensations de calme, de satisfaction, de confiance en soi, de détente et de stabilité. L'inquiétude face aux malheurs possibles, l'agitation et l'indécision semblent significativement diminués.

Les résultats mettent donc en lumière une évolution positive de Rosa tant au niveau de la vitesse que de la qualité de la marche ainsi qu'une réduction significative de son niveau d'anxiété. A plus long terme, les effets bénéfiques de la médiation équine semblent moindres que lorsqu'elle monte à cheval.

Fort de mon expérience clinique auprès de Rosa, j'ai eu l'occasion de monter un projet de médiation équine pour rééduquer la marche au sein de l'EHPAD dans lequel je suis en alternance.

Groupe de Médiation Equine à l'EHPAD

Structure d'accueil :

La structure dans laquelle j'exerce est un EHPAD de campagne d'une capacité d'accueil de 68 résidents. Il est réparti sur trois étages dont l'un d'eux constitue l'unité protégée. Chaque résident dispose d'une chambre individuelle avec sa salle de bain. La salle d'animation sert de grande salle de pratique pour toutes les activités proposées à l'intérieur de l'établissement. Les séances de psychomotricité ont majoritairement lieu en individuel et en chambre mais des séances de prévention en groupe sont régulièrement proposées. Au niveau paramédical, on retrouve une ergothérapeute et une psychologue à mi-temps sur l'établissement. Trois kinésithérapeutes libéraux interviennent auprès des résidents et une enseignante en activité physique adaptée (APA) propose des séances une fois par semaine. En tant qu'alternante, je suis deux jours par semaine sur site.

Le lien entre mes connaissances en médiation équine et le travail autour des chutes réalisé dans mon lieu d'alternance s'est rapidement fait lors de cette dernière année. J'ai constaté des difficultés chez les résidents à exprimer leurs émotions et les relations entre eux me paraissaient impersonnelles et peu profondes. Sur la structure, on attendait de moi que je collabore avec l'ergothérapeute pour effectuer une analyse des chutes. Cette veille permet de dégager les facteurs moteurs et non moteurs responsables de ces incidents et d'y répondre en adaptant les installations matérielles, surveillant les facteurs humains ou en proposant une rééducation pertinente au patient concerné. En parallèle de cela, je propose une fois par moi un atelier motricité dans le but de travailler les coordinations et l'équilibre. L'accès y est libre mais j'y oriente les résidents qui semblent en avoir besoin. Enfin, en collaboration avec l'APA, nous avons organisé des ateliers relevé les chutes pour investir positivement l'espace au sol et trouver les bons schèmes moteurs pour se remettre assis sur sa chaise.

L'atelier est destiné à des résidents valides (souvent avec un déambulateur), sujets aux chutes ou aux troubles de l'équilibre ayant une appréhension et un manque d'initiation à la marche. Pour cette première expérience, nous avons choisi de privilégier des résidents avec des troubles neurocognitifs légers. Nous collaborons avec un centre d'équitation éthologique, spécialisé dans le travail en extérieur et l'équitation de spectacle notamment. La monitrice qui assure les cours tient des ateliers de médiation équine en collaboration avec un Centre Médico Psychologique (CMP), une structure qui accueille des enfants en souffrance, ainsi qu'avec France Alzheimer. Ses écuries sont situées à 45 minutes en voiture de l'EHPAD. Elle dispose de grands espaces couverts (manèges, boxs) reliés par des chemins en terre ce qui nous permet de pratiquer par toutes les météo. Le travail se fait avec deux poneys de 90 cm à 1m10. On retrouve donc Régisse, une ponette noire âgée de 30 ans, ainsi qu'un poney pie alezans (blancs avec de grandes tâches rousses) de 27 ans appelé Sirius. Tous les trois ont été de poneys de club

très longtemps et sont habitués à l'homme. Ils font de la médiation équine depuis leur passage à la retraite. (Annexes 7 et 8)

Éléments d'anamnèse :

Dans cet écrit, nous traiterons de certaines dynamiques groupales amenées par la médiation équine mais nous développerons uniquement les progrès de trois résidentes atteintes de syndrome de désadaptation psychomotrice.

Mme C : Arrivée à l'EHPAD il y a neuf mois, Mme est en perte d'autonomie en lien avec un risque de chute élevé et une marche très lente. Elle est classée GIR 4 (annexe 1) et se déplace en déambulateur. Elle reçoit régulièrement la visite de ses enfants. Le SDPM a été diagnostiqué à la suite d'une fracture des vertèbres lombaires. Mme est de nature très franche, elle apprécie prendre des pauses quotidiennes à l'extérieur pour fumer une cigarette. Lors de l'entretien, elle dira « ce qui me manque, c'est la marche » « après, je pourrai rentrer chez moi ». Elle a une prise en charge kinésithérapique. L'orientation vers le groupe de médiation équine se fait après un questionnement sur son vécu corporel.

Mme D : Mme réside depuis 4 ans dans l'établissement dans un contexte de démence vasculaire mixte et de SDPM. Elle est classée GIR 3. Veuve à son entrée, elle a perdu son fils dans les premiers temps de son admission. Elle a peu de visite. Mme se déplace avec un déambulateur mais a de plus en plus besoin d'être soulagée grâce au fauteuil roulant. De nature solitaire, elle se montre franche. Elle pratiquait le tennis en compétition, de la natation et de la gymnastique quand elle était plus jeune. Le suivi psychomoteur est en place depuis plusieurs années. Je la vois de manière hebdomadaire depuis septembre pour travailler l'équilibre, la marche, l'image du corps et l'expression des émotions.

Mme V : Classée GIR 4, Mme vit à l'EHPAD depuis un an et demi. Atteinte d'un diabète de type 2, Mme souffre d'épilepsie avec chutes à répétition ainsi que de troubles cognitifs liés à une démence modérée. Elle a des prédispositions aux vertiges. Le SDPM est relevé après une hospitalisation. Mme se déplace avec un rollator. Elle se montre particulièrement anxieuse. Elle reçoit des visites régulières. Un suivi psychomoteur a été proposé mais Mme refuse une rééducation régulière qu'elle aurait du mal à tenir. Le groupe de médiation équine, sur 5 séances a semblé être une bonne alternative pour entretenir sa motivation et créer une alliance thérapeutique.

Bilan :

Mme C : Le Tinetti indique un score de **13/28** et indique un risque de chute très élevé pour cette résidente.

Lorsqu'on lui demande de se mettre debout, Mme y parvient au bout de plusieurs essais si elle peut s'aider de son aide technique pour se hisser. Elle dit ne pas être à l'aise pour se lever ainsi car elle serait plus rassurée de prendre appui sur un objet fixe. Debout, son équilibre est stable. Mme se tient 5 secondes les yeux ouverts ou fermés. Lors des poussées, Mme me dit être très anxieuse. Elle parvient à se maintenir mais je constate que ses bras s'avancent vers son aide technique. Elle a tendance à s'y raccrocher mais parvient à rester stable.

Le pivotement sur soi-même à 360° se fait sans déséquilibre grâce au déambulateur. Les pas sont discontinus. Mme a besoin de temps pour déplacer son aide technique et réajuster sa position lors de l'exercice.

Au niveau de la marche, Mme parvient à initier le mouvement sans hésitation. Chaque pied dépasse les précédents en appui mais les pieds traînent au sol. C'est le cas notamment du pied gauche que Mme dira « difficile à relever ». La longueur des pas droits et gauches semble inégale. Les pas sont continus, l'aide technique est nécessaire pour assurer Mme. Son dos est voûté lors de la marche. Elle tente de se saisir de la main courante d'une main pour se sécuriser. Son polygone de sustentation est élargi.

Mme s'aide de son bras pour se rasseoir. Elle dit avoir « peur de louper la chaise ».

Lors de la passation du Timed up and go, Mme met **2 minutes 26 secondes** pour effectuer l'aller-retour. Le risque de chute est donc très important la concernant. Elle fait des pauses entre temps pour me parler malgré mon rappel des consignes. Son pas est très lent, elle semble avoir besoin de s'aménager des pauses sur son parcours.

La passation du questionnaire de Spielberger donne un score de **37**. Mme est moins anxieuse que la majorité des gens. Cependant elle m'interroge souvent sur les propositions me disant que sa réponse est très variable selon les moments et les journées. « Vous me prenez un bon jour » dit-elle.

Mme D : La passation du Tinetti aboutit à un score de **12/28** mettant en lumière un risque de chute très élevé.

Mme ne peut pas se relever sans s'aider de ses bras. Cela lui demande plusieurs essais. L'équilibre debout peut être maintenu 5 secondes sans aide technique mais l'appréhension de Mme est manifeste. Pieds joints, l'équilibre est précaire, Mme peut lâcher son aide technique 5 secondes mais on sent que cela est trop difficile pour elle émotionnellement. Les autres épreuves sont donc passées avec un polygone de sustentation élargi. Les yeux fermés, Mme tient 5 secondes. Elle se déporte vers la gauche et vers l'avant. Elle peut maintenir des poussées faibles mais on constate

d'importantes réactions parachutes et des tentatives de se raccrocher. Cette situation semble anxiogène.

Mme parvient à tourner sur elle-même à 360°. Cela se fait très lentement. Elle dit être gênée par le manque de maniabilité de son aide technique, à laquelle elle s'agrippe.

La marche est initiée sans hésitation. Les deux pieds dépassent l'autre en appui mais le pied gauche avance davantage que le pied droit. Les deux pieds ne décollent pas totalement du sol mais je constate que le pied droit traîne particulièrement, le déroulé plantaire est absent. L'aide technique est indispensable. Ses pas sont continus et le polygone de sustentation élargi.

Mme a besoin de ses bras pour se rasseoir, elle est légèrement sur le côté de sa chaise.

La passation du Timed up and go chiffre l'aller-retour à **2 min 45 secondes**. Un risque de chute est constaté quand le trajet est effectué en plus de 20 secondes. Le risque de chute est très élevé pour Mme.

Enfin, concernant le questionnaire d'anxiété de Spielberger, Mme cote **57**, témoignant d'une anxiété très présente avec un retentissement moteur important.

Mme V : Lors de la passation du test du Tinetti, Mme obtient la note de **16/28**. Son risque de chute est donc très élevé.

Mme est stable dans sa chaise, plusieurs essais sont nécessaires pour se mettre debout. Son équilibre est sûr mais nécessite une aide technique. Au niveau de l'équilibre statique, Mme peut rester stable debout pieds joints. Elle parvient à s'équilibrer lors des poussées et maintient la posture les yeux fermés sur un temps très court. Elle vient les rouvrir avant les 5 secondes demandées.

Elle parvient à se stabiliser sur un tour de 360° sur elle-même.

Mme hésite avant d'initier la marche. Chaque pied dépasse le précédent en appui mais son pied gauche ne décolle pas complètement du sol. La longueur des pas semble identique, ils sont continus. Mme a cependant besoin de son aide technique et se montre très anxieuse face à l'éventualité de devoir marcher sans. Le polygone de sustentation est de taille normale.

Mme utilise ses bras pour s'assurer lorsqu'elle s'assoit.

Mme effectue le Timed up and go en **29,38 secondes**. Cela atteste donc d'un risque de chute.

Enfin, Mme obtient un score de **56** au questionnaire de Spielberger. Ce résultat indique un haut niveau d'anxiété qui interfère avec ses compétences motrices.

Projet thérapeutique :

Cet atelier thérapeutique s'inscrit dans le cadre de la prévention des chutes et de l'anxiété liée aux chutes. Les trois fonctions psychomotrices principalement concernées sont la motricité globale, le tonus et l'image du corps.

Pour ce groupe, nous avons choisi de proposer l'atelier à des résidents selon plusieurs critères nous avons sélectionné les personnes ayant le plus grand nombre de facteurs parmi :

- des résidents autonomes sur le plan moteur
- un grand nombre de chutes relevé sur une année ou l'absence de marche spontanée dans l'établissement malgré des compétences de marche
- des antécédents de fractures, notamment liés à une chute
- une perte de confiance en soi ou un besoin de valorisation au sein de l'établissement
- un SDPM ou des antécédents de SDPM mentionnés dans leur dossier médical
- pas ou peu de troubles neurocognitifs

En effet, même en étant accompagnée de l'animatrice de l'EHPAD, il s'agit du premier groupe que je mène à l'extérieur de l'établissement et nous nous sommes mis d'accord avec la direction qu'il était plus intéressant de mener ce groupe avec des résidents capables de réinvestir au maximum leurs acquis en séance de psychomotricité après l'atelier.

Certaines adaptations ont dû être mise en place pour adapter le centre équestre aux capacités des résidents comme l'installation de chaises avant chaque séance pour séquencer les périodes d'effort (conscient ou non). Nous avons également pensé au fait de travailler dans une zone bétonnée pour favoriser l'utilisation des déambulateurs (qui aurait été impossible dans le sable par exemple) et d'être situé relativement proche des toilettes. Durant les temps de promenades, nous faisons soit un aller-retour soit une petite marche jusqu'à un autre espace où s'asseoir et venions rapprocher directement les véhicules pour faciliter le départ. Enfin, nous avons choisi d'être trois accompagnantes (monitrice, animatrice, psychomotricienne) pour cinq personnes afin de permettre à l'une de nous de se détacher du groupe si besoin.

Objectifs généraux :

- Renforcer les capacités d'équilibre
- Revaloriser l'estime de soi et la confiance en ses capacités
- Offrir des stimulations dans un environnement sensoriel riche et motivant

- Travailler la motricité fine et globale
- Conserver des temps de sociabilisation et d'échange avec d'autres résidents de l'établissement

Suivis au sein de l'EHPAD :

Les séances de médiation équine :

Séance de préparation : Présentation officielle de l'atelier, rencontre des membres du groupes

Mme D : Présente à l'atelier, Mme s'exprime peu mais montre de bonnes capacités d'interactions avec les autres (regards, sourires)

Mme C : Mme a des connaissances sur le monde du cheval par son fils qui était cavalier de saut d'obstacle dans ses loisirs. Elle rebondit sur certains éléments de la présentation. Mme interagit avec les autres membres mais peut se montrer agacée face à l'anxiété et aux troubles cognitifs de certaines personnes qui reviennent en boucle sur les mêmes questions.

Mme V : Très anxieuse, Pose beaucoup de questions au sujet de l'organisation. Certaines sont récurrentes. Mme négocie sa venue à la séance. Elle dit « être handicapée », « ne pas avoir confiance », « ne pas s'en sentir capable » et « avoir peur de décevoir ». On retrouve dans ses préoccupations les objectifs mêmes de l'atelier thérapeutique. Elle est dans l'interaction avec ses pairs.

Séance 1 : Accueil des résidents et présentation des équidés

Cette première séance a pour objectif d'instaurer une relation de confiance entre les résidents et les équidés. Pour cela, nous avons choisi d'axer sur l'exploration sensoriel de ce nouvel environnement.

Tout d'abord, la monitrice est venue présenter les trois équidés aux participants. Nous avons pu citer leur nom, leur âge, leur taille et les relations qui les lient (le mâle a un frère, présent dans les alentours proches et la femelle a eu un mulet). Elle a pu expliquer les comportements des chevaux pour mettre les résidents à l'aise : une morsure traduit un énervement tandis qu'un coup de pied traduit la peur. Cette introduction donne le cadre de la rencontre et permet aux patients de se sentir en sécurité (les animaux sont bien, il n'y a aucune raison qu'ils produisent ces comportements).

Puis, vient un temps d'approche de l'animal. Nous interrogeons chacun sur le poney avec lequel il est le plus à l'aise. Les résidents se réunissent à un ou deux par poney pour les caresser et les panser. Nous leur laissons ce temps un peu libre pour laisser les interactions émerger. Sur les 5 résidents présents, trois se sont spontanément mis debout et deux en ont complètement oublié leurs aides

techniques, trouvant leur équilibre debout ainsi que de la confiance en leur corps. Nous avons pu constater que les résidents anxieux n'exprimaient plus aucun signe de cette émotion et se montraient calmes, curieux et ouverts. Poneys et patients étaient très calmes.

La fin de séance était consacrée à une méditation sensorielle. Les yeux fermés, les résidents devaient lister ce qu'ils pouvaient entendre, puis ce qu'ils pouvaient sentir et enfin, ce qu'ils pouvaient voir. Ce travail leur a permis de prendre en compte les détails du paysage et, au niveau postural, de se redresser, privilégiant l'observation de l'horizon à la vérification de ce qu'ils avaient devant leurs pieds. Cela a abouti à un redressement postural important.

Lors du goûter, les résidents se sont mis à échanger de plus en plus et de manière plus profonde et personnelle que d'habitude. D'un commun accord, ils ont exprimé se sentir plus vivants et s'être éloigné de leurs problèmes durant l'activité.

Mme C : Mme est motivée, elle marche très lentement ce qui lui donne un temps de retard sur le reste du groupe et semble nourrir de la frustration. Elle dira régulièrement « devoir faire un effort » ou « vouloir être autonome ». Elle se montre un peu timide au moment de récompenser les animaux. Sa main n'est pas tendue franchement, si bien que le poney ne trouve pas facilement la friandise dans son champ visuel. Elle choisit l'un des plus grands poneys pour travailler et se retrouve seule à travailler avec lui. Lors du pansage, elle s'installe en position assise, avec l'animal loin d'elle. Elle recrute davantage son tonus pour conserver son équilibre et se pencher en avant pour l'atteindre. Je la surprends entrain de lui faire des confidences, ce moment semble assez intime pour elle. Elle participe dans la recherche d'éléments sensoriels, proposant des éléments pertinents et s'agace parfois de l'attitude des autres résidents. Elle évoque des « compromis qui donnent la chance d'être ici ».

Mme D : Très fatiguée, Mme est arrivée en fauteuil. Elle raconte avoir toujours grandi en ville et ne jamais avoir connu le cheval dans sa jeunesse. Un peu anxieuse au début, elle exprime beaucoup de plaisir à observer les poneys. Elle parvient à leur donner des friandises en mettant sa main bien à plat. Lors du temps de pansage, elle refuse d'utiliser la brosse préférant l'observation à l'action. Elle parle peu durant la séance. Lorsqu'on lui demande de lister ce qu'elle peut voir, entendre ou sentir, elle participe et trouve quelques éléments. Elle répète « ne pas être faite pour cette vie d'agriculteur ». Elle dit être contente d'être sortie et avoir pu oublier ses problèmes. Sur la route du retour, je l'entends pour la première fois désigner l'EHPAD comme « chez nous ».

Mme V : Mme est très anxieuse et change plusieurs fois d'avis avant de se rendre à la séance. La position ferme adoptée face à elle semble la déranger et son sentiment de peur semble être dissimulé par un peu de colère. Arrivée au centre, elle pose beaucoup de questions sur le fonctionnement des

équidés : ce qu'ils mangent, leur sexe, leurs liens de parenté, leurs réactions etc. Sous la supervision de la monitrice, elle parvient à leur donner des friandises. Elle choisit de travailler avec le plus petit poney en disant clairement être « intimidée ». Mme va se lever lors du brossage et complètement oublier qu'elle a besoin d'une aide technique ou qu'elle cherche habituellement un appui fixe. Les mouvements de brossage sont correctement réalisés, elle interagit beaucoup avec les personnes qui l'entourent. Lorsque je l'interroge sur ses perceptions sensorielles, cette dame, d'habitude plutôt renfermée donne des propositions et s'exclame « ce que l'on sent surtout – C'est le fumier ! » accompagné d'un mouvement de bras très ample. Cette gestuelle fait beaucoup rire les autres résidents et la fait sourire. Mme effectue les temps de marche en fauteuil.

Séance 2 : Mise en jeu des capacités d'équilibre et de coordination

Cette seconde séance vise à initier un travail de l'équilibre et des coordinations dans un environnement sensoriellement stimulant et motivant.

Nous commençons la séance par faire des rappels sur la séance précédente. La monitrice interroge les résidents sur le nom des animaux et sur les activités que nous avons proposé la semaine précédente. Nous prenons un moment pour leur donner des carottes et prendre contact avec eux (caresses, échanges de quelques mots).

Puis, vient un temps de pansage où l'on précise les consignes : nous amenons deux brosses différentes : des étrilles en plastique rigide dans un premier temps et demandons aux résidents de faire des ronds sur le poil des poneys. On remarque que cette gestuelle est difficile pour bon nombre d'entre eux. Nous proposons ensuite un bouchon, une brosse en poils rêches à passer dans le sens du poil, du haut vers le bas, avec la consigne de brosser du dos jusqu'aux sabots. Cela permet de stimuler la flexion antérieure du buste. La majorité des résidents se tiennent debout. Certains sont assis. Ce premier exercice permet de travailler l'ajustement du tonus d'action ainsi que la planification du geste moteur et sert d'échauffement.

Ensuite, je propose à nouveau l'exploration sensorielle mais en adaptant mes consignes. Tour à tour, je demande à chaque personne du groupe de citer quelque chose qu'il peut voir dans son champ de vision mais les éléments ne doivent pas être cités deux fois afin de stimuler la mémoire et l'attention. Nous faisons un tour de parole autour des sensations visuelles et un tour autour des sensations auditives.

Puis, la monitrice est venue proposer un temps de transition en faisant une démonstration du pas espagnol avec un de ses chevaux de spectacle. Cela a permis de mettre en lumière les capacités d'attention des résidents et de stimuler encore plus leur sens de l'observation. Le cheval blanc (très contrasté avec le paysage), a été perçu par tous.

Enfin, sur un dernier temps, nous avons essayé d'observer la marche du poney et le passage du poids du corps d'un pied à l'autre, sa stabilité à quatre appuis. Un par un, je suis venue proposer aux résidents de sentir le passage du poids du corps de leur jambe droite à leur jambe gauche. Etant assez rigides, le mouvement était peu fluide mais certains semblent avoir senti les changements de pression et d'appui. Nous les avons ensuite fait marcher sur une portion de chemin avec le poney à leur côté. Certains ont accepté de tenir la longe. Trois résidents sur quatre ont conservé leur aide technique mais on a constaté que leur marche était un peu plus rapide que d'habitude, s'accordant légèrement au rythme du poney.

Mme C : En début de séance, Mme ne sait pas nous donner le nom des poneys avec lesquels nous avons travaillé sur la séance précédente. Avec indiçage, elle parvient à retrouver le nom de l'animal avec lequel elle était. Active dans le brossage, elle suit l'ordre des brosses proposé et essaie de bien les associer avec les mouvements demandés (cercles ou passages verticaux). Je lui demande de bien brosser du haut du dos jusqu'en bas des jambes pour travailler les mouvements de flexion et d'antériorisation du buste vers l'avant. L'exercice est bien réalisé. Elle échange davantage avec les résidents. Mme accepte de marcher sur une dizaine de mètres aux côtés du poney. Elle avance lentement mais continue son chemin, tenant sa longe bien en main. De retour à sa place, on lui propose un temps d'échange privilégié avec le poney (auprès duquel elle semble avoir noué des une bonne relation). Dans le camion, Mme me confie « ce poney me donne confiance en moi ».

Réévaluation après un cycle de médiation équine

Cette intervention en médiation équine auprès des résidentes de l'EHPAD a été de très courte durée. La rééducation et la thérapie psychomotrice nécessitant un travail à long terme, il ne semble pas judicieux de proposer une évaluation standardisée pour deux séances.

Cependant, ce travail amène à de nombreuses observations cliniques sur le vécu de ces trois résidentes :

- Au niveau de l'anxiété, les résidentes ont pu sortir de leur zone de confort. Elles sont toutes entrées en interaction avec les animaux, se sont approchées et ont osé agir avec eux et auprès d'eux. L'expression de leurs angoisses semblait diminuée tant au niveau corporel que dans leur expression verbale. Des phrases comme « j'ai peur », « je ne suis pas capable », « mes jambes, vous savez... » ont disparu et ont été remplacées par des questionnements autour des animaux, de leurs comportements et de leur façon de vivre. Toutes les trois ont été impliquées dans les

échanges au sujet des poneys. Mme V a même réussi à lâcher tout type de support pour pouvoir se mettre debout et brosser l'animal.

- Au niveau de l'équilibre, les résultats divergent selon leurs difficultés. J'ai observé un réajustement tonique chez chacune d'entre elles, ainsi qu'une meilleure installation assise. Deux résidentes sur les trois ont osé se pencher vers l'avant pour toucher l'animal et l'une d'elle était assez à l'aise et sereine pour se tenir debout.
- Au niveau de la marche, les résidentes n'ont pas toutes voulu se déplacer par elles-mêmes dans ce nouvel environnement. La première est restée assise, la seconde a fait de petits pas autour du poney le temps du brossage, tandis que la dernière a pu marcher à rythme lent sur les petits temps de marche et expérimenter les différents sols (chemin en terre et cailloux, sol bétonné) avec son déambulateur. Toutes les trois ont été encouragées à faire un maximum de transferts durant la séance. Monter et descendre du camion au retour a semblé plus facile pour elles qu'à l'aller. Elles ont pu expérimenter les mouvements plusieurs fois et les réinvestir aisément.

Au-delà de ça, j'ai pu observer une augmentation de la fréquence et de la qualité des échanges entre les résidents du groupe. L'atelier semble avoir permis de générer de nombreuses émotions positives : les résidents ont fait de bons retours sur leur après-midi. Ils ont pris le temps de remercier les intervenants, un grand sourire s'affichait sur leurs visages. J'ai également remarqué qu'ils étaient plus attentifs aux informations sensorielles. Sur le trajet, ils exprimaient que le paysage était dégagé, cherchaient les panneaux avec le nom des villes, échangeaient sur les animaux présents dans les champs ou les bâtiments aux alentours. Le retour vers l'EHPAD, généralement abordé négativement par les résidents (car vécu comme un lieu où ils sont contraints de vivre au vu de leurs difficultés) est l'occasion de les entendre dire « nous voilà arrivés chez nous ». Expression que je ne leur avais jusqu'ici jamais entendue. Enfin, ce souvenir est resté dans la mémoire des trois résidentes. Elles se souviennent toutes les trois d'y être allées et peuvent échanger sur les temps forts des séances.

La réalisation de cet atelier thérapeutique semble relever de nombreux enjeux. Nous nous sommes retrouvées face à une adhésion difficile à maintenir dans le temps de la part des résidents. L'enthousiasme engendré à la fin de la première séance s'est estompé et a laissé place au quotidien. La connivence entre les membres du groupe peut être à travailler pour favoriser les échanges et l'initiation d'une sortie vers l'extérieur semble difficile pour les résidentes. L'EHPAD est associée à une zone de sécurité et de confiance.

DISCUSSION :

I- Comparaison de ces deux expériences cliniques :

A/ Hypothèse 1 : La médiation équine améliore les capacités d'équilibre

1) Equilibre statique

Chez Rosa, les capacités d'équilibre statique ont été augmentées avec notamment l'apparition de la capacité à se mettre debout sans s'appuyer sur sa chaise qui semble maintenue sur le long terme. A plus courte échéance, on remarque une meilleure résistance à la poussée après une mise à cheval témoignant de l'intérêt des stimulations neuromotrices sur sa capacité de régulation du tonus axial. La position debout pieds joints montre une évolution dans le même sens avec une diminution des oscillations.

Le groupe de médiation à l'EHPAD a permis une approche plus sereine des exercices d'équilibre. Certains résidents ont pu se mettre debout spontanément et sans appuis.

Ces observations semblent indiquer que les activités de médiation équine facilitent la mise en jeu des capacités d'équilibre chez les personnes atteintes de SDPM et peuvent, sur le long terme amener à des évolutions positives sur le maintien des postures statiques.

2) Equilibre dynamique

Rosa a également montré des évolutions au niveau de l'équilibre dynamique puisqu'elle passe en 8 mois d'un demi-tour de 360° avec des pas discontinus à un demi-tour harmonieux avec des pas continus. La marche s'effectue sur différents plans et textures. Rosa parvient à s'en soucier de moins en moins et développe des automatismes des ajustement de la posture et du tonus lors des équilibres dynamiques. A cheval, elle parvient à lâcher ses mains avec aisance. Elle a donc pu stabiliser son équilibre assis pour prendre confiance en son corps et se sentir capable de retirer ses appuis.

Pour les résidentes de l'EHPAD, les transferts semblent facilités entre le début et la fin de la séance au vu de l'intégration de l'environnement (hauteur, reliefs du camion) et de la stimulation des transferts assis-debout ou entre le fauteuil roulant et la chaise. On peut également penser que les activités de pansage, en engageant des mouvements amples permettent de stimuler des torsions du buste. Cela facilite la dissociation des ceintures et peut donc jouer sur la motricité globale des patients.

La médiation équine semble donc permettre d'améliorer les capacités d'équilibre dynamique des patients atteints de SDPM. On remarque tout de même que cela est lié à des exercices choisis avec des objectifs précis pour amener les patients à augmenter leurs aptitudes psychomotrices.

B/ Hypothèse 2 : La médiation équine améliore la marche

1) Vitesse de marche

L'évaluation de la vitesse de la marche chez Rosa met en lumière une diminution de 2 secondes du temps nécessaires pour effectuer un aller-retour d'une longueur de 8 mètres.

Ce facteur n'a pas été mesurable à l'EHPAD au vu de la brièveté de la prise en charge. La vitesse de marche initiale est très lente pour ces personnes. On peut s'interroger sur l'aspect significatif des résultats face au grand âge. Attend-on une réelle progression ou un maintien des capacités pour ce public ?

La médiation équine semble avoir un impact sur la vitesse de la marche chez les personnes atteintes de SDPM.

2) Qualité de la marche

Chez Rosa, une évolution assez faible de la qualité de la marche est observée. Le polygone de sustentation est toujours élargi et le balancement du tronc reste assez faible. En effet, malgré un meilleur ajustement tonique, son tronc reste encore assez rigide avec des mouvements moins fluides que la plupart des gens.

Les résidentes de l'EHPAD ont eu trop peu d'occasion de marcher pour avoir des résultats significatifs.

La prise en charge en médiation équine n'a pas permis d'obtenir des progrès significatifs au niveau de la qualité de la marche chez les patients atteints de SDPM. Cependant, on sait que la marche par ses alternances entre équilibre et déséquilibre et ses mécanismes complexe de régulation est plus difficile à mettre en place que les équilibres statiques et dynamiques. On peut donc espérer des progrès à plus long terme.

C/ Hypothèse 3 : La médiation équine permet de réduire l'anxiété

L'évaluation de l'anxiété chez Rosa montre une différence de 25 points entre la passation des deux questionnaires de Spielberger. La médiation équine semble lui avoir permis de réduire significativement son appréhension. Cette diminution s'observe dans la pratique avec une diminution de l'appréhension vis-à-vis des différents sols proposés, une initiation facilitée de la marche avec l'animal, une plus grande flexibilité aux changements.

Du point de vue des résidents, la présence du poney semble avoir permis un apaisement général, tant au niveau du corps que dans l'expression verbale. Les trois résidentes ont semblé assez à l'aise pour interagir avec l'animal, le brosser et même pour se mettre en équilibre ce qui est très difficile pour elles en structure. Elles évoquent toutes un lieu calme et apaisant qui leur a permis de sortir de leur quotidien.

La prise en charge en médiation équine semble donc être un excellent moyen de lever les appréhensions chez les personnes atteintes de SDPM. Les scores quantitatifs au questionnaire de Spielberger mettent en lumière une diminution très favorable de l'anxiété. L'ensemble des patients rencontrés semblent avoir pu franchir leurs limites auprès de l'animal et faire des activités dont ils ne sentent pas capables dans un contexte habituel.

II- Limites de cette étude en psychomotricité :

A/ Variation des méthodologies : cas clinique et vignettes

Les deux expériences cliniques abordées ci-dessus n'amenaient pas un traitement méthodologique parfaitement identique. Mon choix est dû à plusieurs raisons :

Le suivi de Rosa en médiation équine s'inscrit à long terme. Cette activité est courante, régulière et habituelle pour elle. Il était déjà en place à mon arrivée en stage en septembre et m'a permis une évaluation et un suivi à moyen terme (huit mois dans le cadre du mémoire). Proposer un cas clinique entier sur ce que j'ai abordé avec elle a semblé tout naturel.

Le groupe de médiation équine de l'EHPAD est un projet à part entière que j'ai mis plusieurs mois à monter. Contacter des prestataires externes, comparer les devis, présenter et argumenter la mise en place de l'atelier m'a pris beaucoup de temps. En novembre je présentais l'idée du projet, en janvier j'essayais de préciser les résidents pour qui ce serait le plus pertinent (parmi l'ensemble des résidents à qui ce groupe me semblait bénéfique). Ce n'est qu'en février que tous les documents administratifs ont été signés et que nous avons pu convenir des dates précises pour les séances. L'avantage était que je devenais de plus en plus assurée. Grâce à l'écriture de ce mémoire, j'avais des connaissances plus fines sur mon sujet. Sur les cinq séances prévues, quatre d'entre-elles tombaient avant le rendu de cet écrit. Aussi, je savais par avance que le nombre de séance serait restreint. On m'avait également prévenu que l'adhésion des résidents serait difficile à obtenir sur le long terme. J'ai donc renoncé à proposer un deuxième cas clinique et privilégié les vignettes. Cela laisse une plus grande liberté dans l'écriture et permet de multiplier les expériences auprès de différents patients.

De fait, ces deux expériences ne reposent pas sur les mêmes méthodologies. Elles sont comparables mais ne mettent pas en avant les problématiques des patients de la même façon.

B/ Suivi en groupe et en individuel qui ne mettent pas en jeu les mêmes compétences

Mon expérience de groupe en médiation équine au sein de l'EHPAD m'a permis de constater que le cadre du groupe implique de nombreux paramètres et qu'il existe des freins et des doutes à lever pour favoriser l'adhésion à la prise en charge. Il semble donc complémentaire d'apporter quelques éléments théoriques sur ce qui fait la particularité d'une prise en charge en groupe thérapeutique :

Intégrer un groupe amène l'individu dans deux mouvements identitaires majeurs : d'un côté, il tend à être semblable aux autres membres de son groupe. De l'autre, il cherche à trouver ce qui le différencie des autres membres, ce qui fait sa personnalité, sa singularité en tant qu'individu (Orjubin, 2023). Chez les résidents, cela s'exprime par la confrontation au regard de l'autre. L'exposition de leurs difficultés et de leur faiblesse devant les autres résidents du même EHPAD. Ils sont dans la comparaison d'un point de vue de leurs aptitudes physiques et relèvent les facultés et les difficultés de chacun. Mme D par exemple a pu dire « Regardez cette dame, comme c'est difficile pour elle. Elle est handicapée. » et Mme C quant à elle a refusé de venir à une séance car elle se sentait trop fatiguée pour marcher et refusait qu'on la voie en fauteuil roulant. En parallèle, ils recherchent des éléments distinctifs qui renforcent leur valeur individuelle. Mme C s'est montrée très fière d'avoir des connaissances sur le cheval grâce aux activités équestres de son fils et a pu le mettre en avant comme une force qui faisait sa singularité dans le groupe. Au contraire, Mme D a appuyé sur le fait qu'elle venait de la ville et n'avait jamais eu de contact avec les équidés auparavant. Elle a beaucoup abordé le fait qu'une vie comme celle des éleveurs, au milieu des champs et avec de la verdure à l'horizon ne lui conviendrait jamais.

Le groupe lorsqu'il est bien développé, peut être perçu comme un contenant, un ensemble qui soutient le développement individuel. Il porte une certaine sécurité tant au niveau physique que psychologique (Orjubin, 2023). Cet état que je souhaitais atteindre avec les résidents n'a pas pu être mis en place car chacun était encore trop baigné dans ses insécurités. Bien que le désir d'aller en extérieur était très présent chez l'ensemble des participants, un travail individuel important me semble encore à faire pour leur permettre de mieux vivre leur corps, particulièrement en relation et accéder à une dimension groupale soutenante et sécurisante dans les groupes proposés à l'EHPAD.

« Ne pas pouvoir, ne pas savoir, ne pas comprendre, ne pas se contenir, ne pas se repérer, ne pas trouver sa place... Vivre l'impuissance, l'embarras ou la perte de repères, aussi douloureux soit-il est pourtant une condition nécessaire à tout apprentissage et maturation, à tout progrès psychique », nous dit Anne-Marie Latour, psychomotricienne (2023). Si l'adhésion au groupe a été complexe, l'inconfort généré semble selon l'auteure adapté au travail sur soi proposé en médiation équine. Cela interroge tout de même sur le cadre, il est possible que le moment choisi pour proposer le groupe thérapeutique n'ait pas été favorable à son accueil par les résidents. Peut-être le lieu et les transports

choisis était-il trop coûteux ? Aussi, peut-être ce même groupe proposé dans des conditions différentes aurait-il permis un accueil différent.

C/ Diversité des tranches d'âges

1- Contexte de prise en soin

Ce travail m'a permis d'effectuer des prises en charges psychomotrices que j'ai voulu les plus proches possibles tant au niveau des pathologies concernées que dans les modalités de prise en charge. Cependant, le cadre dans lequel se sont inscrites les séances varie énormément entre les expériences cliniques :

Rosa est prise en charge dans une écurie relativement proche de chez elle, avec un temps de transport court. Elle est amenée soit par un taxi soit par ses parents. Elle bénéficie de deux accompagnantes et avait un cheval à disposition à temps plein pour elle seule. La prise en charge dure depuis plusieurs mois. Elle a pu s'habituer aux lieux, aux acteurs du soin et le placer comme un rituel dans sa semaine. Son âge et ses capacités physiques ont permis de la mettre à cheval et de travailler davantage sur le versant neuromoteur de ce suivi en médiation équine.

Les résidents de l'EHPAD doivent effectuer 45 minutes de transport depuis la résidence dans un camion aménagé et tous ensemble. La séance de médiation équine s'étend donc au-delà de l'heure inscrite à l'emploi du temps. Nous avons également constaté que ce déplacement était coûteux en énergie pour les résidents, un public fatigable au vu de son âge. De plus, cette prise en charge se fait de manière collective avec deux poneys pour cinq résidents. Ils doivent donc partager les temps avec les animaux. La relation qui s'installe entre le patient et l'animal est différente du lien homme-animal privilégié dont a bénéficié Rosa. Dans ce cas précis, on remarque que l'animal sert de médiateur à la relation de groupe. Il a permis d'augmenter la fréquence des échanges. Les résidents avaient des interactions plus profondes et de meilleure qualité. Nous prenions également le temps de prendre le goûter au sein des écuries pour respecter le rythme de l'institution, de conserver les routines dans cet environnement nouveau. Le centre équestre est donc investi davantage comme un lieu de vie et donc moins comme le lieu d'une séance thérapeutique en particulier. Cet atelier a une connotation « exceptionnelle » pour les résidents. Il a lieu sur cinq séances et ils ont besoin de temps pour investir ce nouvel environnement. Leurs fragilités et leur grand âge n'a pas semblé favorable à proposer une mise à cheval. En effet, aucun cheval suffisamment porteur pour eux n'était formé à la médiation équine. La structure ne dispose pas de matériel spécifique pour hisser les résidents sur le dos d'un équidé.

2- Conditions de vie

Des divergences sont également notables dans les conditions de vie et les modalités d'accès aux séances de médiation équine :

D'un côté, Rosa est orientée sous prescription médicale. Elle a un cadre social et des possibilités de faire de nombreuses sorties en extérieur entre le cadre familial et l'IME. Son investissement dans la prise en charge est variable mais elle a conscience des apports que cela peut avoir pour elle. Elle pose régulièrement des questions sur les difficultés qu'elle rencontre face à sa pathologie.

De l'autre, on retrouve des résidents qui sortent peu de leurs chambres. Ils répètent qu'ils n'ont pas l'occasion de faire des sorties mais sont dans le doute permanent lorsqu'on leur propose une activité extérieure. Leur « *schéma spatial* » et donc leur périmètre de marche est réduit. Ils ne sont pas acteurs de ce qui leur est proposé : les visites ou les soins ont lieu en chambre et on vient directement leur rendre visite dans un espace qui leur est propre. Un lieu qu'ils n'identifient pas toujours comme chez eux mais qui symbolise l'espace intime qui leur est attribué. Ils ne sortent par eux-mêmes que pour la prise des repas ou pour certaines activités proposées par l'animatrice. Bon nombre d'entre eux sont atteints de troubles neurocognitifs, ce qui ne facilite pas toujours leur compréhension des événements. De plus, nous n'avons pas de médecin coordinateur à l'EHPAD et mon activité d'alternante en psychomotricité est régie par l'institution. Aussi, il m'est plus difficile parfois d'appuyer l'orientation des résidents dans certains ateliers et de leur faire bien comprendre la différence entre les sorties pour les ateliers thérapeutiques et celles qui sont purement dédiées aux animations.

3- Adhésion

L'adhésion aux séances de médiation équine n'a pas été la même selon les patients :

Rosa a facilement intégré sa venue mais le fait de la retrouver directement devant les écuries n'a pas forcément permis de mettre en lumière des difficultés d'intégration de ce que ce suivi lui apporte.

Mme C a souhaité conserver les activités proposées uniquement sur le temps du vendredi après-midi. Il s'agit notamment du passage de la coiffeuse chaque semaine. Elle a refusé catégoriquement de décaler son rendez-vous en argumentant sur l'importance de ce rendez-vous pour préserver une bonne image d'elle-même. Il m'a semblé difficile de lui supprimer un moment s'il lui fait du bien et lui permet de prendre soin d'elle.

Mme D n'a pas réellement accroché à l'atelier. Elle est beaucoup dans la demande d'un travail sur l'équilibre, de sortir de sa chambre, elle est dans le deuil de son rôle social passé et ne supporte pas de se sentir dépendante d'autrui. Son estime d'elle-même est assez faible. Ce sont les principales raisons qui m'ont amenée à l'orienter vers ce groupe. Cependant, cette dame a toujours vécu en ville. Elle n'a

jamais approché les chevaux dans sa jeunesse. Elle a été très perturbée par ces grands espaces vides, par le calme. Mme n'a pas été active dans le pansage ou dans les interactions avec le poney, préférant l'observer. Ce sont des données que je n'ai peut-être pas suffisamment prises en compte en lui faisant cette proposition. Je me questionne également sur l'impact que le regard de l'autre au sein du groupe a pu avoir sur son adhésion à l'atelier. J'ai tenté d'en discuter avec elle lors d'un entretien mais le sujet semblait peu accessible pour elle « vous savez, je suis vieille » me dit-elle.

Mme V est une personne très anxieuse. Elle est beaucoup dans la plainte de son grand âge, de ses douleurs, de ses difficultés de marche. Elle a un début de trouble cognitif. Elle a passé le plus clair de son temps à changer d'avis disant qu'elle venait puis non. Cela a généré beaucoup d'agacement à la fois de son côté et de celui de l'équipe soignante et je suspecte une peur sous-jacente chez elle. L'ensemble des obstacles qui l'empêchaient de venir au groupe étaient exactement les objectifs pour lesquels j'avais monté le projet. Ses craintes ont été très envahissantes et ont empêché son investissement dans l'activité. Je pense que les progrès n'ont pas réellement pu être mis en lumière dans ces conditions.

Dans une expérience de stage précédente, toujours dans le cadre du cabinet libéral, nous avons eu l'occasion d'amener Napo directement au sein d'un EHPAD, en chambre, au plus près des résidents. Cette expérience permet d'élargir l'impact de la médiation équine à des publics qui seraient soit plus en difficultés d'un point de vue moteur, soit atteint de troubles cognitifs trop importants pour leur proposer une sortie aussi ambitieuse. Bien sûr, cela demande un dressage fin du cheval médiateur qui accompagne le psychomotricien mais cela s'adapte davantage aux patients : la durée des séances peut être plus courte (entre 5 et 10 minutes), il n'y a pas de transport à prévoir (énergivore pour les résidents) et les enjeux liés à l'anxiété sont levés par le fait d'être dans un environnement connu, familial. Aussi, ce sont deux modulations qui ont des apports différents : l'une d'être au chevet du patient, au plus près de son quotidien et l'autre d'amener les patients qui le peuvent à sortir et à investir un espace différent de leur lieu de vie. L'idéal étant peut-être de passer de l'un à l'autre pour favoriser l'adhésion thérapeutique en psychomotricité.

III- Bientraitance et limites de la pratique de la médiation équine :

A/ Contre-indications à la médiation équine

Il n'y a pas de contre-indication à la médiation équine à proprement parler, hormis peut-être de très rares maladies que le cheval pourrait transmettre à l'être humain (Vidament & Yvon-Galloux, 2018). Cependant, selon le docteur Patrick Bacquaert (2016), il existe quelques contre-indications à la pratique de l'équitation. On retrouve donc selon lui :

- Les troubles liés à des pathologies de la colonne vertébrale
- Les allergies sévères
- L'asthme sévère
- La phobie du cheval
- Les maladies cardiorespiratoires
- La coxarthrose (Bacquaert, 2016)

Monter à cheval n'est pas recommandé durant la grossesse bien qu'aucune étude sur l'influence de l'équitation sur le bien-être du fœtus n'ait été menée. (*Equitation - Risques et Avis Médical*, 2023)

Lors de nos activités de médiation équine, nous sommes obligés de prendre en compte ces contre-indications. D'ailleurs, généralement, cette activité est proposée sous réserve d'un certificat médical d'aptitude pour s'assurer que le patient tirerait un maximum de bénéfices de cette activité et qu'il ne court aucun risque pour sa santé. Nous devons donc respecter les préconisations pour ne pas aggraver les handicaps en place (Vidament & Yvon-Galloux, 2018).

D'après la Société Française d'Equithérapie (SFE) « *L'utilisation du cheval comme médiateur thérapeutique est préconisée et s'adapte à toute personne présentant des difficultés psychiques, motrices, sensorielles, cognitives et sociales inhérentes ou non à une pathologie, quel que soit le degré de souffrance et quel que soit l'âge de la personne* » (SFE, s. d.). Aussi, nous pouvons revenir sur les pratiques proposées à Rosa et aux résidentes de l'EHPAD et à la manière dont elles ont été adaptées à chacun : Rosa, contrairement aux résidentes n'a aucune pathologie qui gêne sa motricité et il n'y a donc pas de frein pour la mise en selle. Le groupe a encore trop de difficultés et le nombre de séances était insuffisant pour permettre une mise en confiance et une mise en selle. La question ne s'est d'ailleurs pas posée car la structure n'était pas adaptée pour mettre à cheval des personnes à mobilité réduite.

Par la flexibilité et les apports multiples de la médiation équine (à cheval et à pied), nous retiendrons principalement que les limites seraient les allergies et les phobies car elles retireraient à l'individu tout le plaisir et la motivation qu'il éprouve à venir en séance et seraient donc un grand frein au travail thérapeutique.

B/ Bientraitance humaine

La HAS munit depuis plusieurs années des réflexions autour de la notion de bientraitance lors de l'accueil d'une personne, notamment en cas de handicap ou de dépendance. La bientraitance se définit comme étant « *une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins.* » (HAS, 2018). Elle s'oppose de fait au concept de maltraitance qui implique tout acte ou négligence portant atteinte au

développement et aux besoins de la personne à qui elle est infligée conformément à l'article L119-1 du code de l'action sociale et des familles.

Quatre grands axes sont abordés pour assurer la bientraitance de la personne accueillie : la rendre actrice du projet de soin qui lui est proposé par sa validation, son intérêt et son implication dans l'écriture de ce projet. Créer un relationnel de confiance entre soignant et soigné renforce le phénomène et l'adhésion thérapeutique à la prise en charge. Cela doit néanmoins être renforcé par l'orientation vers un professionnel compétent lorsque le travail sort du champ disciplinaire du professionnel. Enfin, un soutien doit être mis en œuvre pour permettre à chaque professionnel d'être bientraitant et d'augmenter son niveau de vigilance sur les actions de maltraitance involontaires dont il pourrait être l'auteur. (HAS, 2018)

Dans un nouvel environnement, de nombreuses adaptations sont nécessaires pour accueillir dignement un individu comme adapter son mode de communication, ses demandes ou proposer un temps de visite et de présentation individualisées pour permettre de s'habituer à un nouveau lieu, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un lieu de vie. Cela passe également par le respect du refus, des aspects culturels, culturels, ainsi que de la prise en compte de son mal-être ou de sa vie affective et sexuelle. Les principes sont valables dans tous contextes et doivent tenter de s'adapter aux capacités de l'interlocuteur qui rencontre parfois des difficultés à s'exprimer clairement (HAS, 2024).

Un temps de visite des lieux, de présentation avec les animaux et les intervenants a été prévu pour l'ensemble des patients rencontrés. Aussi, les prises en charge de Rosa et des résidents de l'EHPAD tentent au maximum de respecter les concepts de bientraitance tout en incitant chacun à donner le meilleur de soi-même pour assurer un progrès dans la rééducation. Rosa par exemple comprend son projet de soin et adhère à sa prise en charge. Cela dit, il est parfois nécessaire de la pousser lorsqu'elle hésite pour lui permettre de surmonter les barrières psychologiques qu'elle s'impose et assurer des petits progrès constants. De leur côté, les résidentes que j'ai orienté vers l'atelier de médiation équine ont plusieurs fois exprimé leur refus de se rendre en séance. Cela pour des raisons diverses que nous avons tenté de questionner et de surmonter ensemble. Malgré ma foi en ce projet et l'importance des progrès observés en séance, il ne me semble pas possible d'obliger une personne âgée à participer à une sortie extérieure coûteuse en énergie lorsqu'elle est fatiguée. Ou alors de la convaincre d'être actrice d'un projet auquel elle n'adhère pas. Nous avons donc négocié pour diminuer ces sorties à une fois par mois avec leur accord. La participation des résidents aux interventions extérieures étant un frein majeur actuellement dans la résidence que nous essayons de résoudre au fur et à mesure du temps.

C/ Bientraitance animale, quel cheval peut devenir médiateur ?

1- Assurer le bien-être des équidés

Le sujet de la bientraitance va au-delà des murs des institutions ou des cabinets lorsqu'il s'agit de médiation animale. Il existe des prérequis pour favoriser le bien-être et la bonne disposition de l'animal lors de la rencontre patient-cheval. En effet, d'après Grandgeorge et Hausberger (2018) « *il peut être clairement admis qu'un animal qui ne va pas bien ne peut pas faire du bien* ». Les chevaux dans le mal-être vont se montrer plus agressifs, moins tolérants. Certains animaux de médiation peuvent développer des maladies chroniques en quelque mois d'exercice et ne jamais s'en remettre.

Une étude réalisée en avril 2025 mesurant le taux de cortisol présent dans la crinière des chevaux (témoin de l'état de stress sur une période de six semaines) met en avant des mesures similaires lors des activités de médiation et celles de loisir. En revanche, au sein des activités de médiation, de légères variations ont été relevées avec en particulier un taux plus important lors des activités physiques comme la rééducation à cheval. L'étude montre également que le niveau de stress de l'animal peut redescendre lorsqu'on lui ménage des pauses fréquentes (Zitek et al., 2025).

De nombreux facteurs peuvent être modulés. Tout d'abord au niveau des conditions de vie. Les chevaux de la psychomotricienne que j'ai suivie en libéral vivent dans une écurie active, un lieu d'hébergement avec différents espaces de vie au plus proche de leurs besoins naturels : une zone d'herbe pour se nourrir, un espace avec de nombreux abris et de la paille pour que les chevaux puissent se reposer, parc en sable idéal pour pouvoir se rouler. Des abreuvoirs sont disponibles en libre accès ainsi qu'un distributeur d'aliment automatique qui peut réguler les apports en grains et en compléments alimentaires grâce à un bracelet avec une puce électronique. Les apports de foin sont à volonté et disposés tout au long de l'espace extérieur qui offre un parcours aux terrains variés pour encourager les animaux à avoir des déplacements réguliers comme à l'état naturel.

Le centre équestre qui nous a accueilli avec l'EHPAD est un centre d'équitation éthologique. Les chevaux passent le plus clair de leur temps dehors, et ce dès que le temps le permet. La propriétaire des écuries privilégie le box selon les conditions météorologiques (en cas de pluie ou de froid). Leurs prés ne disposent pas d'abris pour se protéger des intempéries. Les apports en foin et en eau sont réguliers mais assurés par l'homme.

Ensuite, le temps de travail de l'animal auprès des patients doit être adapté à ses besoins et ses capacités physiques. Pour ces chevaux, il s'agit de deux sessions par semaine en moyenne, d'une heure à une demi-journée selon leurs capacités. Ils ont tous des entraînements équestres adaptés à leur âge et à leur condition physique. Napo par exemple participe à des compétitions ou part faire des sorties avec sa propriétaire, tandis que Régisse est à la retraite et passe le plus clair de son temps en liberté dans le domaine. La médiation équine lui permet de conserver une activité physique et des relations avec les

êtres humains vers lesquels elle porte de l'intérêt mais elle n'est plus montée ou ne fournit plus d'effort physique à proprement parler. Quant à Sirius, il est en préretraité et conserve deux cours de 30 minutes par semaine avec des petits (2-3 ans) et diminue progressivement son activité.

D'après Nicolas Emond (2024), il est nécessaire pour assurer le bien-être du cheval de respecter le temps journalier qu'il consacre à ses différentes activités dans un environnement naturel. On entend par là brouter, marcher, jouer avec ses pairs, boire, se reposer...

Les capacités physiques du cheval sont également à prendre en compte. En effet, les vétérinaires conseillent souvent que le poids du cavalier ne dépasse pas 15% de celui du cheval pour ne pas perturber leur locomotion ni altérer leur ossature. Selon Grandgeorge et Hausberger, l'animal ressentirait des difficultés autour des 25 à 30 %. L'épaisseur de ses canons (partie inférieure de la jambe) est à prendre en compte pour déterminer s'il est plus ou moins porteur (Grandgeorge et Hausberger, 2018).

Bien sûr, les soins vétérinaires, ostéopathiques, maréchalerie etc. doivent être à jour pour garantir leur état de santé. La surveillance et la connaissance de leur état mental sont essentielles pour que le professionnel garantisse un bien-être partagé entre les deux protagonistes. L'ensemble des équidés rencontrés lors de mes expériences professionnelles était à jour dans les soins nécessaires pour leur santé.

2- Choisir un cheval médiateur

Cet item semble s'aborder en deux axes. D'une part les qualités recherchées chez un cheval pour assurer des séances de médiation équine de qualité et d'autre part les prédispositions du cheval de médiation qui assurent son bien-être physique et mental.

Les qualités consensuelles d'un cheval médiateur seraient la régularité des allures, notamment dans le cadre de la rééducation. Le cheval de médiation doit posséder les capacités physiques nécessaires pour supporter du poids et assurer la constance des séances. On retrouve également l'aspect calme du comportement, la tolérance de l'animal face aux demandes du patient et la variabilité de ses états émotionnels ainsi que son affinité avec l'être humain. Enfin, le cheval de médiation se doit d'être docile et attentif à l'autre afin de mettre la personne fragile en sécurité (Grandgeorge et Hausberger, 2018). Toutefois, à ce jour, aucun critère d'âge ou de race n'a été évoqué comme ayant des qualités particulières pour tolérer les activités de médiation (Zitek et al., 2025).

L'éducation de l'animal revêt une importance majeure dans la prise en soin. Un travail constant des bases du travail à pied ou à cheval est nécessaire pour entretenir les connaissances des chevaux et les empêcher de prendre de mauvaises habitudes face aux gestes, parfois peu cohérents des patients,

débutants. Le cheval de médiation doit être habitué à ne pas réagir aux stimulations extérieures lorsqu'il travaille pour ne pas être surpris et donc avoir de réactions fortes lors des séances (Lansade et al., 2019).

Le thérapeute doit veiller à instaurer une relation forte avec son partenaire pour s'assurer d'être son référentiel et qu'il réponde en confiance à toutes ses demandes. Le cheval doit pouvoir être rassuré par sa présence dans des environnements étrangers. (Grandgeorge et Hausberger, 2018)

Selon Emond (2024) le cheval de médiation doit « *exprimer spontanément et aussi souvent que possible une grande variété de comportements habituels de leurs espèces* ». C'est ce qui permet de faire le parallèle entre les vécus humains et équins en thérapie.

Bien que le choix du cheval médiateur semble être un enjeu majeur dans la mise en place de soins en médiation équine, on constate un manque d'études significatives sur le sujet, notamment dues au fait que les recherches effectuées ont montré une importante diversité de réponse dues à la subjectivité des personnes interrogées. (Grandgeorge et Hausberger, 2018)

CONCLUSION :

La marche est une activité complexe qui se développe autour de 18 mois chez l'enfant. Cette activité implique de nombreuses capacités, à la fois de coordination, d'équilibre mais aussi de repérage dans l'espace et dans son corps. Aussi, la façon de marcher est soumise à des altérations tout au long de la vie de l'individu et varie selon le contexte émotionnel, physique et social dans lequel il se trouve.

Après une chute, les capacités de marche peuvent être réduites par des conséquences physiques (fractures, alitement temporaire de la personne) mais également psychologiques. Tomber représente véritablement un traumatisme de la mise en avant pour les personnes fragiles et peut entraîner différents syndromes comme le syndrome de désadaptation psychomotrice où l'on constate une décompensation des fonctions posturales et locomotrices du sujet.

En tant que psychomotricien, nous sommes habilités à rééduquer ces troubles par notre approche psychocorporelle en favorisant l'expression des émotions, le travail de l'équilibre et de la confiance en soi. Aussi, pouvons-nous proposer différentes médiations pour motiver le patient lors de la rééducation comme la médiation animale et particulièrement la médiation équine.

En effet, cette pratique présente de nombreux avantages car elle plonge l'individu dans un environnement sensoriel riche de stimulations. Le cheval en tant qu'animal fort et puissant est un enjeu de motivation pour le patient et facilite l'adhésion thérapeutique entre la personne et son thérapeute. Différentes pratiques et disciplines équestres existent pour adapter cette activité aux capacités de chacun et atteindre les objectifs définis lors du bilan.

Face à des personnes atteintes de SDPM, le cheval a de nombreux atouts : sa taille motive à se verticaliser, à recruter son tonus pour être à sa hauteur. Il permet de faire le lien entre nos sens, nos gestes, notre posture, notre équilibre et notre confiance. Cet animal forme une base solide à pied ou en selle pour réexpérimenter cette fonction centrale à l'autonomie de la personne. En outre, les expériences cliniques abordées vont dans le sens d'une évolution positive à long terme de l'équilibre ainsi que de l'anxiété. Certaines personnes vont même jusqu'à lâcher leurs aides techniques pour favoriser l'interaction homme-cheval.

L'ensemble de ces observations théorico-cliniques permettent d'affirmer que la pratique de la médiation équine en psychomotricité permet d'améliorer la marche chez les personnes atteintes de SDPM. Toutefois, nous pouvons nous demander si la médiation équine proposée seule a autant d'impact que si elle est intégrée dans un parcours de soins plus global. Le patient progresserait-il autant s'il n'avait pas de prise en charge lui permettant de généraliser ses acquis dans un contexte plus commun ? A méditer.

SIGLES :

AGGIR (Grille) : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

CEN : Collège des Enseignants de Neurologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

FFE : Fédération Française d'Equitation

HAS : Haute Autorité de Santé

IFCE : Institut Française du Cheval et de l'Equitation

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

INSERM : Institut Français de la Santé et de la Recherche Médicale

NEM : Niveau d'Evolution Motrice

SFE : Société Française d'Equithérapie

SDPM : Syndrome de Désadaptation PsychoMotrice

SIPME : Syndicat Interprofessionnel des Praticiens de la Médiation Equine

TAC : Thérapies Avec le Cheval

UP : Unité Protégée

BIBLIOGRAPHIE :

- Abdoul-Carime, S. (2020, 31 janvier). *Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé*. Drees. Consulté le 23 mars 2025, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-tiers-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement-sont-dans-un?utm>
- André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Odile Jacob.
- Andreux, E. (2018). *L'apport de la médiation canine en psychomotricité auprès des enfants polyhandicapés* [Mémoire de fin d'études, Université de Bordeaux].
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01838814/document>
- Ansorge, J. (2011a). La médiation équine comme outil thérapeutique. *Le Journal des Psychologues*, 286, 52-55. <https://shs.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-3-page-52?lang=fr>
- Anzieux, D. (1974). *Le Moi-Peau* (2e éd.). Dunod.
- Araujo, T. B., Silva, N. A., Costa, J. N., Pereira, M. M., & Safons, M. P. (2011). Effect of equine-assisted therapy on the postural balance of the elderly. *Brazilian Journal Of Physical Therapy*, 15(5), 414-419. <https://doi.org/10.1590/s1413-35552011005000027>
- Article L119-1 Code de l'action sociale et des familles (J.O. 9 février 2022).
- Association ARPE – EQUIDES. (2024, 1 juin). *Les ateliers bien-être avec les chevaux pour les plus de 60 ans*. Consulté le 7 avril 2025, à l'adresse <https://arpeasso.blog/2024/06/01/les-ateliers-bien-etre-avec-les-chevaux-pour-les-plus-de-60-ans/>
- Assaïante, C. (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori moteur de l'enfant. Dans A. Bullinger et l'ABSM (dirs.), *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (pp. 41 à 60). Éditions érès.
- Attwell, C., Jöhr, J., Pincherle, A., Pignat, J., Kaufmann, N., Knebel, J., Berney, L., Ryvlin, P., & Diserens, K. (2019). Neurosensory stimulation outdoors enhances cognition recovery in cognitive motor dissociation : A prospective crossover study. *Neurorehabilitation*, 44(4), 545-554. <https://doi.org/10.3233/nre-192692>
- Ayres, J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. WPS.
<https://archive.org/details/sensoryintegrati00ayre/page/n4/mode/1up>
- Bacquaert, P. (2016, 21 octobre). *L'équitation, du loisir à la compétition*. IRBMS. Consulté le 22 avril 2025, à l'adresse <https://www.irbms.com/mieux-connaître-la-pratique-de-lequitation/?utm>

- Badel, J. (2017). Une enquête auprès de pédopsychiatres sur la médiation équine en Hauts-de-France. Dans *IFE* [Conférence]. Colloque : Regards Sur la Médiation Équine, Paris, Ile de France, France. <https://www.youtube.com/watch?v=TkL8m0NafJg>
- Barbu-Roth, M., Lejeune, L., Anderson, D. I., Campos, J. J., Bui, M., Molina, M., & Jouen, F. (2005). Chapitre 6. Apprendre à contrôler sa posture aux débuts de la vie : rôle de la vision et de la locomotion. Dans *Agir dans l'espace* (p. 109-131). Éditions de la Maison des sciences de l'homme. <https://books.openedition.org/editionsmsmh/7153?utm>
- Barrey, J.-C. (s. d.). *L'Isopraxie, condition première de la légèreté*. Equin'ox. Consulté le 9 mars 2025, à l'adresse <https://equin-ox.ffe.com/?cs=99443ffe59e6b387c2473575a86818d88c93f08cb9a26fcd42d9b86a1109f91c56dd6a89a2bbce9fa8ffbf428c8de77>
- Barrey, J.-C., & Lazier, C. (2010). *Ethologies et écologies équines : Etude des relations de chevaux entre eux, avec leur milieu et avec l'homme*. Vigot.
- Barrois, C., Jean, P., Lebon, C., & Muller, E. (2020). *Médiation thérapeutique avec le cheval : Expérience institutionnelle de l'équithérapie*.
- Bekoff, M. (2007). *The emotional lives of animals*. https://openlibrary.org/books/OL8750425M/The_Emotional_Lives_of_Animals
- Bergès, J. (1991). *Les gestes et la personnalité*. Hachette. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k33561301/f15.item>
- Boutinaud, J., & Orjubin, J.-M. (2023). *Groupes et psychomotricité : Une corporéité qui fait lien*. Editions in press.
- Brandily, A. (2023). *Psychomotricité et sujet âgé, Place du corps dans le vieillissement*. Editions in press.
- Bruni, F. (2012). De la présence de nos amis les chiens en psychothérapie. *Outils Thérapeutiques Pour L'approche Systémique*, 48, 93-117. <https://doi.org/10.3917/ctf.048.0093>
- Carceres, C.-M. (2014). Psychomotricité et médiation équine. *Evolutions Psychomotrices*, 26(105), 165-169.
- CEN. (2019). *Troubles de la marche et de l'équilibre - Troubles de la marche et de l'équilibre chez le sujet âgé*. Collège des Enseignants de Neurologie. Consulté le 15 avril 2025, à l'adresse <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/troubles-de-la-marche-et-de-lequilibre-troubles-de-la-marche-et-de-lequilibre-chez-le-sujet-age>

- Chefdhotel, A. (2010). Cheval, mon beau miroir. *Le Carnet Psy*, 46-50. <https://shs.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2009-9-page-46?lang=fr>
- Claude, I. (2010). *Le cheval, miroir de nos émotions*. Camaïs.
- Covelet, R. (2007). Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 30 / n° 123(4), 249-262. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0249>
- Craig, A. D. (Bud). (2020). *How do you feel ? : An interoceptive moment with your neurobiological self*. Princeton university Press.
- De Ajuriaguerra, J. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2^e éd.). Masson.
- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice - Légifrance. (6 mai 1988). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097> consulté le 6/01/2025
- Degiorgio, C., Ferry, P., Polus, B., & Watelet, A. (s.d.). *Comprendre les fonctions exécutives*. Crfna. Consulté le 19 avril 2025, à l'adresse <http://www.crfna.be/Portals/0/fonctions%20ex%C3%A9cutives.pdf>
- De Lubersac, R., & Lallery, H. (1973). *La rééducation par l'équitation* (Crepin-Leblond).
- De Lubersac, R., Bailly, L., Barrey, J.-C., De Bernardo-Molard, A., Darques, D., Jacquelin, I., Lippmann-Martin, B., Oreggia, C., Preat, G., Schoonheyet, F., & Weith-Deck, M. (2000). *Thérapies avec le cheval*. FENTAC.
- De Mello, E. C., Diniz, L. H., Lage, J. B., Ribeiro, M. F., Bevilacqua, D. E., Junior, Rosa, R. C., Cardoso, F. A. G., Ferreira, A. A., Ferraz, M. L. F., De Paula A Teixeira, V., & Espindula, A. P. (2022). Analysis of Trunk Neuromuscular Activation During Equine-Assisted Therapy in Older Adults. *Perceptual And Motor Skills*, 129(5), 1458-1476. <https://doi.org/10.1177/00315125221112249>
- D'Ignasio, A., & Gorgy, O. (2022). *Concevoir des programmes sensoriels pour personnes autistes concrètement que faire ?* Tom Pousse.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil.
- Dormia, C., & Feve, S. (2014). *Psychomotricité auprès de la personne âgée : Fiches d'activité à l'usage du psychomotricien*. ERA.
- Ecot, P., Yvon-Gallou, C., & Mos, J. (2020, 1 avril). *Activités assistées par le cheval à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie*. Equipedia. Consulté le 24 février 2025, à

- l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/activites-assistees-par-le-cheval-pour-personnes-agees>
- Emond, N. (2024, 6 septembre). *Chevaux et Psycho* (saison 5, épisode 1). Institut de Formation en Equithérapie. Consulté le 25 janvier 2025, à l'adresse <https://podcasts.apple.com/fr/podcast/chevaux-psycho/id1728875070?i=1000668648920>
- Equitation - Risques et avis médical*. (2023, 5 septembre). Vidal. Consulté le 30 mars 2025, à l'adresse <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/81/equitation/risques-avis-medical/?utm>
- Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. (2009, juin). HAS Haute Autorité de Santé. Consulté le 13 mars 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W W Norton & Company. <https://archive.org/details/dli.ernet.19961/page/n5/mode/2up>
- Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2020). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*. Dunod.
- Flourens, P. (1842). *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés* (2^e éd.). Baillière. <https://archive.org/details/recherchesexpr00flou/page/n8/mode/1up>
- Forestier, M. (2011). *De la naissance aux premiers pas*. Eres.
- Garcin, J. (2010). *L'Ecuyer mirobolant*. Gallimard.
- Garner, B. A., & Rigby, B. R. (2014). Human pelvis motions when walking and when riding a therapeutic horse. *Human Movement Science*, 39, 121-137. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2014.06.011>
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76, 51-60. <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2017-4-page-51?lang=fr>
- Gouraud, J.-L. (2024). *Amazones : Femmes de cheval chez tous les peuples de la Terre depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours*. Actes Sud.
- Grille AGGIR et calcul du GIR*. (s. d.). Grille AGGIR. Consulté le 20 mars 2025, à l'adresse <https://www.grille-aggir.fr/>

- Guyot, R., & MacLean, P. D. (1990). *Les trois cerveaux de l'homme*. Robert Laffont.
- HAS. (2020, novembre). *Le patient à risque de chutes*. Consulté le 26 avril 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/pied_de_la_personne_agee_-_fiche_outil_n3_patient_a_risque_de_chutes.pdf
- HAS. (2024, octobre). *Fiche 2. Rappel de postures professionnelles bientraitantes à adopter avec la personne accueillie*. Consulté le 14 avril 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/fiche_2_rappel_postures_bientraitantes_professionnelles_2024-10-17_11-56-57_325.pdf
- HAS. (2018, 16 mars). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Consulté le 14 avril 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre
- HCL. (2024, 20 février). *Hyperplasie congénitale des surrénales (HCS)*. HCL Hospices Civiles de Lyon. Consulté le 15 mars 2025, à l'adresse <https://www.chu-lyon.fr/hyperplasie-congenitale-des-surrenales>
- Hénault, F. (2023). Le néocortex : lieu de la complexité humaine. *L'Amnésique*. <https://amnesique.com/2023/11/14/le-neocortex-lieu-de-la-complexite-humaine-par-florence-henault/>
- Hilliere, C., Collado-Mateo, D., Villafaina, S., Duque-Fonseca, P., & Parraça, J. A. (2018). Benefits of Hippotherapy and Horse Riding Simulation Exercise on Healthy Older Adults : A Systematic Review. *PM&R*, 10(10), 1062-1072. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.03.019>
- Il trotte à la médiation équine. (2025, 27 avril). *La Montagne*. https://www.lamontagne.fr/saint-remy-en-rollat-03110/actualites/il-trotte-a-la-mediation-equine_14678515/
- INSEE. (2025, 14 janvier). *Espérance de vie à divers âges : Données annuelles de 1994 à 2024*. Consulté le 26 avril 2025, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
- Innocent-Mutel, D. (2018). Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM). Dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 345-349). Boeck Supérieur.
- Irwin, C., & Weber, B. (2022). *Les chevaux ne mentent jamais*. Diable Vauvert.
- ISRP. (2022, 20 septembre). *Le métier de psychomotricien - Se former avec l'ISRP*. ISRP, Institut de Formation En Psychomotricité À Paris, Marseille, Vichy et Metz. <https://www.isrp.fr/metier-psychomotricien/>

- ISRP. (2023, 9 février). *Devenez Psychomotricien à l'ISRP - Parcoursup c'est parti*. ISRP, Institut de Formation En Psychomotricité À Paris, Marseille, Vichy et Metz. <https://www.isrp.fr/relaxation-psychosomatique-decouvrez-la-methode-giselle-b-soubiran-fondatrice-de-lisrp/>
- Jigan, L. (2018). Un regard, un toucher, des liens se tissent . . . Complexité relationnelle : Posture du psychomotricien dans la relation triangulaire avec la personne âgée au cours de séances de médiation animale. Dans *Dumas*. HAL Open Science. Consulté le 9 mars 2025, à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178234v1/document>
- Kapandji, I. A. (2009). *Anatomie fonctionnelle : Tome 2 - Membre inférieur*. Educa Books.
- Kendall, J. (1991). The horse and the human: The role of the horse in human development. *Animal-assisted therapy: A guide for mental health professionals* (pp. 102-115). Haworth Press.
- Kinésithérapie et séniors : Ne prenons pas la chute à la légère !* (2019, 1 avril). Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes. Consulté le 1 mars 2025, à l'adresse <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesitherapie-et-seniors/>
- Kohanov, L. (2001). *Le tao du cheval*. Ronan Denniel éditeur.
- Lafon, C. (2008). Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir. *Recherche En Soins Infirmiers*, N° 94(3), 4-27. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0004>
- La Fondation Adrienne et Pierre Sommer. (2024, 23 novembre). *La médiation animale - La Fondation Adrienne et Pierre Sommer*. <https://fondation-apsommer.org/la-mediation-animale/>
- Lansade, L., Vidament, M., Briand, C., & Genoux, N. (2019, août 14). *Habitude et sensibilisation*. Equipedia. Consulté le 16 avril 2025, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/sante-et-bien-etre-animal/bien-etre-et-comportement-animal/relation-homme-cheval/habitude-et-sensibilisation>
- Lansade, L. (2023). *Dans la tête d'un cheval*. humenSciences.
- La médiation équine : qu'en pensent les scientifiques ?* (2018). IFCE.
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : sénescence - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9nescence/72064>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : vieillissement - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement/81927>
- La thérapie avec le cheval*. (2014). FENTAC Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval. Consulté le 15 mars 2025, à l'adresse <https://www.fentac.org/tac.php>
- Le Boulch, J. (1981). *Le développement psychomoteur de la naissance à six ans*. Les Editions ESF.

- Le Metayer, M. (1998). *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : Education thérapeutique* (2^e éd.). Masson.
- Lepape, C. (2021). Médiation équine et repères spatio-temporels en orthophonie : étude comparative auprès de cinq enfants présentant un trouble des apprentissages ayant bénéficié ou non de cet outil thérapeutique. *HAL*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03261410>
- Le Robert. (s. d.). *relation*. Le Robert Dico En Ligne.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/relation>
- Lourd, C., Vidament, M., Ecot, P., Martouzet, J., Peignet, S., & Yvon-Galloux, C. (2020, 25 mars). *Les métiers de la médiation équine : quand le cheval vient en aide à l'homme*. IFCE. Consulté le 19 janvier 2025, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/metier-emploi-et-formation/metier/cheval-utilitaire/les-metiers-de-la-mediation-equine>
- Martin, E. (2018). Manuel d'enseignement de psychomotricité. Dans *De Boeck Supérieur eBooks* (p. 336-344). <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0336>
- Matusiak-Wieczorek, E., Dzikowska-Zaborszczyk, E., Synder, M., & Borowski, A. (2020). The Influence of Hippotherapy on the Body Posture in a Sitting Position among Children with Cerebral Palsy. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(18), 6846. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186846>
- Médiation animale*. (s. d.). Résilienfrance. Consulté le 3 avril 2025, à l'adresse <https://www.resilienfrance.org/definition-mediation-animale>
- Mermet, L. (2012). Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *Le Journal des Psychologues*, 303, 68-71. <https://doi.org/10.3917/jdp.303.0068>
- Ministère chargé de l'autonomie. (2022). *PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES*. Consulté le 24 novembre 24avr. J.-C., à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf
- Montagner, H. (2002). *L'enfant et l'animal : Les émotions qui libèrent l'intelligence*. Odile Jacob.
- Noble, C. [Equipsychomot']. (2025, 28 avril). *Je t'explique pourquoi Napo va à l'EHPAD* [Vidéo]. Tiktok. Consulté le 29 avril 2025, à l'adresse <https://www.tiktok.com/@equipsychomot/video/7498445780949241111>
- Olivier, A., Faugloire, E., Biau, S., Lejeune, L., & Isableu, B. (2012, 1 mars). Sensibilité proprioceptive et stabilité de la tête : marqueur d'expertise chez les cavaliers. *IFCE*. https://mediatheque.ifce.fr/doc_num.php?explnum_id=20163

- Ocampo, G. N., Bréjard, V., & Bonnet, A. (2016). La chute chez le sujet âgé : de l'impact psychologique au travail psychique. *NPG. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie/NPG*, 17(97), 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.003>
- Piaget, J. (1948). *La représentation de l'espace chez l'enfant*. PUF.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Puf.
<https://ia601501.us.archive.org/11/items/FRENCHPDF.COMLaPsychologieDeLenfantJeanPiaget/FRENCHPDF.COM%20La%20psychologie%20de%20l'enfant%20-%20Jean%20Piaget.pdf>
- Piaget, J. (1985). *Le Développement de la notion de temps chez l'enfant*. PUF.
- Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Delefosse, M. S. (2007). Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative. *Bulletin de Psychologie*, Numéro 492(6), 515-525. <https://doi.org/10.3917/bupsy.492.0515>
- Ponton, G. (2022). La prévention des chutes du sujet âgé, un avenir pour les psychomotriciens : Retrouver la capacité de se relever au sol et danser pour ne pas rechuter. Dans *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (Dunod, p. 403-409)
- Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Eres
- Pourquoi le cheval pour la médiation animale ?* (2023, 9 février). Equiterra. Consulté le 30 mars 2025, à l'adresse <https://equiterra45.fr/pourquoi-le-cheval-pour-la-mediation-animale-2/>
- Prévention des chutes au domicile*. (2019). Gerontopôle Sud. Consulté le 15 mars 2025, à l'adresse <https://www.gerontopolesud.fr/synth%C3%A8se-th%C3%A9matique/chutes/chiffres>
- Repérage de la fragilité et prévention de la perte d'autonomie*. (2019, 5 février). ARS. Consulté le 2 février 2025, à l'adresse <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/index.php/reperage-de-la-fragilite-et-prevention-de-la-perte-dautonomie>
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2011). *Les neurones miroirs*. Editions Odile Jacob.
- Rubic, A. (2020, 9 mars). *Apparition et développement de la médiation équine*. SIPME.
<https://www.sipmediationequine.fr/2020/02/27/apparition-et-developpement-de-la-mediation-equine/>
- Saïd, S. (2000). *Prévention des chutes Effet d'un programme d'entraînement neuromoteur multisensoriel sur le contrôle postural chez les personnes âgées de 75 ans et plus à risque de chutes et vivant à domicile* [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke].
https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/740/Saib_Souad_MSc_2000.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Schweitzer, L. (2021). *Recensement des programmes de médiation animale en France*. Fondation Adrienne et Pierre Sommers. Consulté le 23 mars 2025, à l'adresse https://www.mae-mediation.fr/pdf/Fondation-A-et-P-Sommer_RECENSEMENT-NATIONALE-2021.pdf
- SFE. (s. d.). *Modalités thérapeutiques*. Consulté le 22 avril 2025, à l'adresse <https://sfequitherapie.fr/modalite-therapeutiques/?utm>
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale & Haute Autorité de Santé (2005). *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, recommandations*. [Microsoft Word - Prévention chutes - Reco - Version finale.doc](#)
- Stefanacci, R. G., & Wilkinson, J. R. (2023, 5 octobre). *Troubles de la marche chez les personnes âgées*. Édition Professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/troubles-de-la-marche-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/troubles-de-la-marche-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>
- Stern, D. N. (2000). *The Interpersonal World of the Infant*. First Paperback Edition.
- Syndicat Interprofessionnel des Praticiens de la Médiation Équine. (2025, 4 février). *Accueil - SIPME*. <https://www.sipmediationequine.fr/>
- Vidament, M. (2021, mai). *L'IFCE impliqué dans le développement de la médiation équine*. IFCE. Consulté le 2 avril 2025, à l'adresse https://equipedia.ifce.fr/fileadmin/bibliotheque/3_Guide_pocket_et_autres_pdf/3.6_Articles_equ_idee/equidee-L-IFCE-implique-dans-le-developpement-de-la-mediation-equine-05-21.pdf
- Vidament, M. (2021, 17 mars). *Médiation équine au sens large (soins, soutien, sport-loisir) : quelles différences ?* IFCE. Consulté le 19 janvier 2025, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/mediation-equine-au-sens-large-soins-soutien-sport-loisir-queelles-differences>
- Vidament, M., & Yvon-Galloux, C. (2018). Qu'est-ce que la médiation équine ? Dans *La médiation équine, qu'en pensent les scientifiques ?* (p. 14-24). Essentiel
- Volle, E. (2013). *Organisation anatomo-fonctionnelle du cortex préfrontal latéral pour la mémoire de travail* [Thèse de doctorat, Paris VI]. https://www.researchgate.net/publication/281599346_Functional_organization_of_the_lateral_prefrontal_cortex_for_working_memory
- Vulpian, A. (1866). *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*. Germer Baillere. <https://archive.org/details/leonssurlaphys00vulp/page/n8/mode/1up>

Wallon, H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Flammarion.

Winnicott, D. W. (1968). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

White-Lewis, S., Johnson, R., & Russel, C. (2019). An equine-assisted therapy intervention to improve pain, range of motion, and quality of life in adults and older adults with arthritis : a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 49, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.07.002>

Zítek, Š., Machová, K., Procházková, R., Vaníčková, Z., & Svobodová, I. (2025). Hair cortisol assessment of equine assisted therapy horses : Assessing long-term welfare and influencing management factors. *Applied Animal Behaviour Science*, 285. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168159125000681>

Annexes

Annexe 1 :

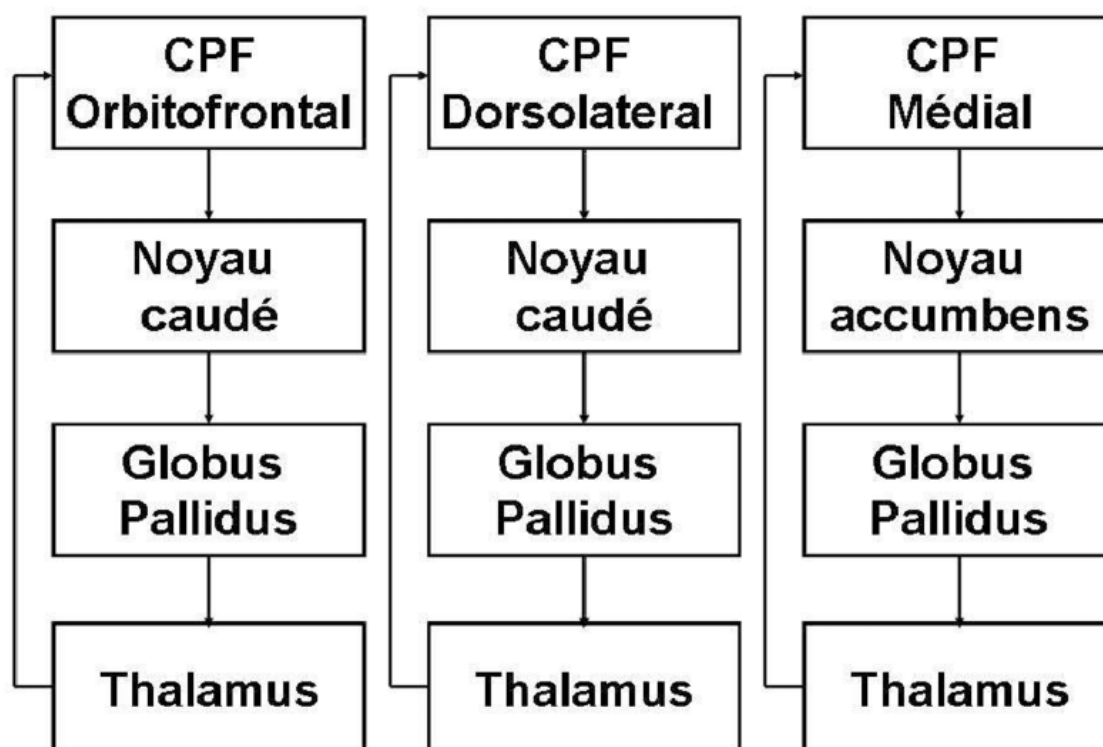
Classification des différents niveaux d'autonomie via la Grille AGGIR

GIR 6 : Regroupe les personnes autonomes ou nécessitant une aide très occasionnelle
GIR 5 : Concerne les personnes nécessitant une aide partielle
GIR 4 : Désigne les personnes pouvant se déplacer seules mais ayant besoin d'aide lors des transferts et des soins
GIR 3 : Est attribué dans le cas où l'autonomie motrice seule de la personne est touchée, nécessitant plusieurs interventions de soins corporels par jour
GIR 2 : Représente une personne ayant des capacités motrices seules ou mentales seules altérées
GIR 1 : Personne alitée ou au fauteuil, dépendante de l'intervention d'autrui et dont les capacités mentales sont altérées

Source : Grille AGGIR. 2022

Annexe 2 :

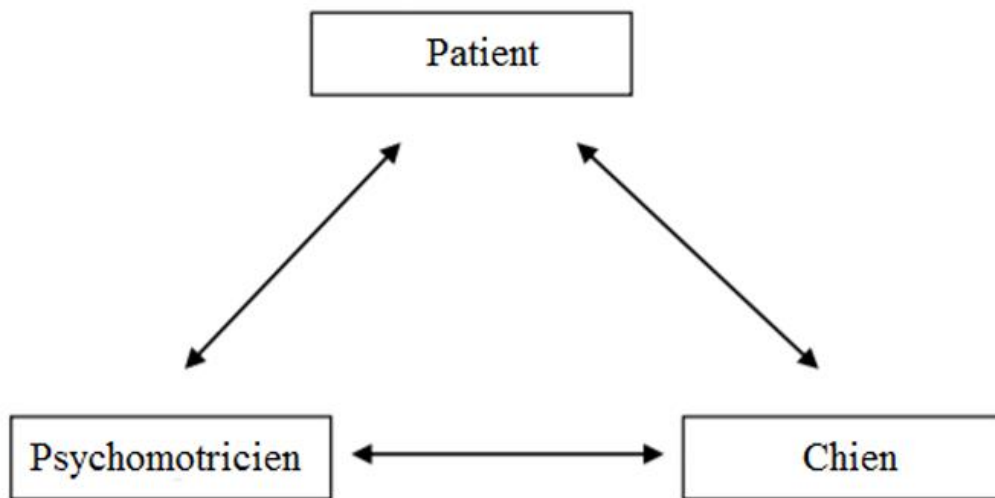
Principales structures anatomiques des circuits sous-cortico-frontaux



Source : Volle, E. (2013) (Institut Français de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM, Institut du Cerveau, ICM)

Annexe 3 :

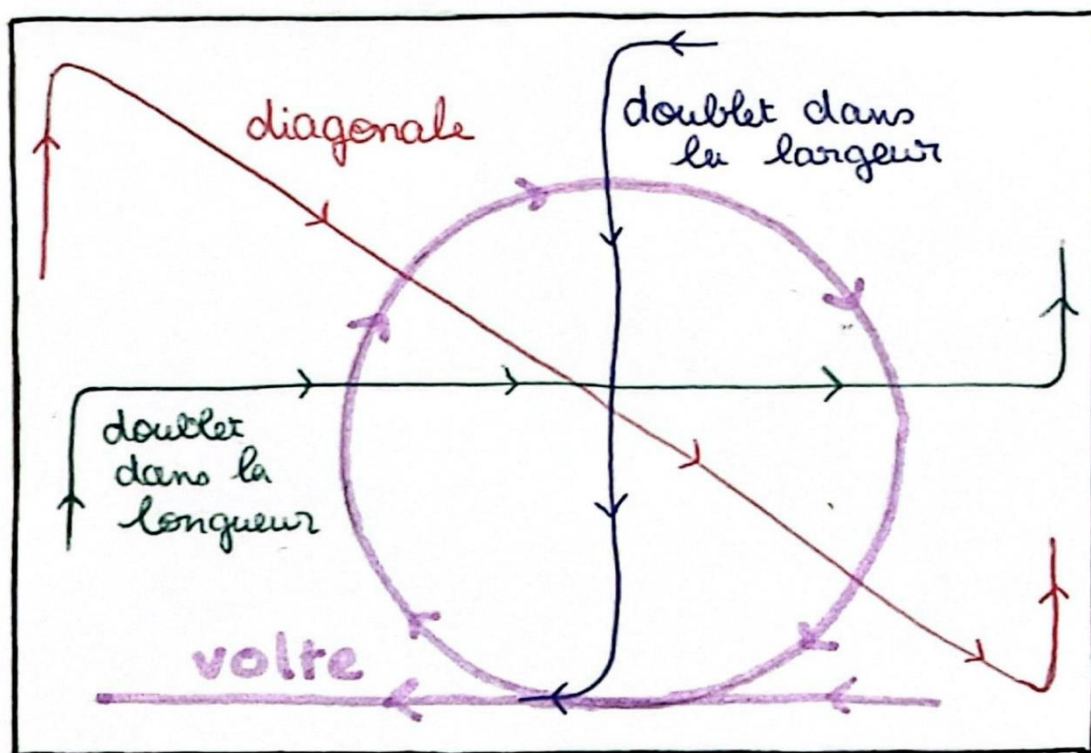
Schéma de la relation triangulaire instaurée entre le thérapeute et l'animal médiateur :



Source : Andreux, E. 2018

Annexe 4 :

Schéma des figures de manège de base :



Source : Baleix, M (réalisé par mes soins dans le cadre de cet écrit)

Annexe 5 :

Carte d'identité : Présentation de Napoléao, cheval de médiation



Napoléao

Taille : 1,53m

Age : 17 ans

Race : Origine non constatée

Comportement : Font anxieux, en recherche de contact avec l'humain, calme, bienveillant

Population type : Patient calme, introverti, personnes âgées



Source : Baleix, M (réalisé par via Canva dans le cadre de cet écrit), Photos Noble C. et moi-même

Annexe 6 :

Carte d'identité : Présentation de Liptonik, poney de médiation



Liptonik

Taille : 1,47m

Age : 4 ans

Race : Poney français de selle

Comportement : Volontaire, intéressé par l'humain, miroir des émotions, travail en liberté

Population type : Tout public, agitation, manque de confiance

Source : Baleix, M (réalisé par via Canva dans le cadre de cet écrit), Photos Noble C.

Annexe 7 :

Carte d'identité : Présentation de Réglisse, poney de médiation



Réglisse

Taille : 1,09 m

Age : 30 ans

Race : Shetland

Comportement : Calme, docile, s'adapte beaucoup à la personne en face d'elle

Population type : Très jeunes enfants, personnes âgées

Source : Baleix, M (réalisé par moi-même via Canva dans le cadre de cet écrit), Photos Baleix M.

Annexe 9 :

Carte d'identité : Présentation de Sirius, poney de médiation



Sirius

Taille : 94 cm

Age : 27 ans

Race : Shetland

Comportement : Calme, curieux, et proche de l'homme, il apprécie les activités calmes

Population type : enfants, personnes âgées



Source : Baleix, M (réalisé par moi-même via Canva dans le cadre de cet écrit), Photos Baleix M.

Résumé : La médiation équine est une pratique émergente ces dernières années. Proposée généralement à des enfants, elle s'étend peu à peu à différents types de publics et s'introduit progressivement auprès des personnes adultes à âgées. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'interrogerai le rôle que peut prendre la médiation équine en psychomotricité pour rééduquer la marche chez les personnes atteintes de syndrome de désadaptation psychomotrice. Du développement de la marche au vieillissement des fonctions psychomotrices de l'individu, nous aborderons comment l'anxiété s'installe dans ce trouble et comment la présence de cheval peut servir de levier pour redonner de la motivation et de la confiance dans le mouvement. Pour cela, nous traiterons du cas d'une adulte prise en charge en cabinet libéral ainsi que d'un groupe de médiation équine au sein d'un EHPAD.

Mots Clefs : Médiation équine / Psychomotricité / Syndrome de Désadaptation Psychomotrice / Anxiété / Equilibre / Marche

Abstract : Equine mediation is an emerging practice in recent years. Generally offered to children, it is gradually being extended to different types of public, and is gradually being introduced to adults and the elderly. In my dissertation, I will explore the role of equine mediation in psychomotricity to re-educate walking in people with psychomotor maladjustment syndrome. From the development of walking to the aging of the individual's psychomotor functions, we'll look at how anxiety sets in with this disorder and how the presence of a horse can act as a lever to restore motivation and confidence in movement. To do this, we'll look at the case of an adult treated in a private practice, as well as an equine mediation group in a nursing home.

Translated with DeepL.com (free version)

Key words : Equine mediation / Psychomotricity / Psychomotor Disadaptation Syndrome / Anxiety / Balance / Walking