Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié-Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 PARIS

Habiter un corps douloureux

« La médiation équine comme soutien psychomoteur de la régulation tonico-émotionnelle chez l'adolescente avec un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile »

Mémoire présenté par Amandine BRUNET

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

Référent de mémoire :

Mme NOBLE Chloé

Session de Juin 2026

REMERCIEMENTS

À mes parents et mes grands-parents, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue sans faille dans ce projet qui me tient tant à cœur.

À ma maman, sur qui j'ai pu me reposer quand j'avais des doutes ou que je ne voyais pas le bout.

À mes amis, merci d'avoir été mes piliers, merci de m'avoir écouté parler de mon sujet pendant des heures, merci pour tous ces rires.

À mes copines rencontrées à l'IFP, Anaëlle, Jade, Juliette, Zoé, Hélèna et Johanna, merci à vous toutes pour votre soutien sans qui cette formation n'aurait pas eu la même saveur, merci pour ces rires en TD, vos conseils et votre écoute.

À mon copain, tu m'as été d'une aide inestimable, merci d'avoir pris le temps de m'écouter parler des mêmes choses en boucle et d'avoir cru en moi.

À ma maitre de stage et de mémoire, un grand merci pour ton accompagnement exigeant et bienveillant, merci de m'avoir transmis ta rigueur professionnelle et de m'avoir aidée à prendre confiance en ma pratique. Tu m'as permis d'enrichir mon bagage professionnel, faisant de cette expérience un pilier dans ma future identité de psychomotricienne.

À toute l'équipe pédagogique de l'IFP, merci pour vos enseignements riches et passionnants, et plus particulièrement à Monsieur Haramboure, merci pour cette passion que vous avez su nous transmettre tout en long de ces trois années, merci d'avoir nourri mon envie d'exercer ce beau métier.

À mes patientes et leurs familles, merci pour votre confiance et ces moments d'écoute partagés qui ont donné tout son sens à mon travail.

Enfin, je dédie ce mémoire à ma persévérance, à mes heures de sommeil sacrifiées et aux émotions traversées pour y aboutir.

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... **II**

INTRODUCTION **1**

PARTIE THÉORIQUE **3**

1. LA REGULATION TONICO-EMOTIONNELLE 3

1.1 Le tonus : définitions et fonctions 3

1.1.1 Développement du tonus : physiologie et régulation 3

1.1.2 Troubles de la régulation tonique 6

1.1.3 La psychomotricité et le tonus 7

1.2 L'émotion : définitions et fonctions 9

1.2.1 Développement des émotions 10

1.2.2 Lien entre tonus, émotion et relation 12

1.2.3 L'impact de l'émotion dans la tonicité 13

1.2.4 La psychomotricité et les émotions 14

2. LE SYNDROME D'EHLERS-DANLOS 15

2.1. Définition et caractéristiques générales du SED hypermobile 16

2.1.1. Le diagnostic clinique du SED hypermobile 17

2.2. Manifestations corporelles 17

2.3. La douleur chronique : un facteur majeur de vulnérabilité 18

2.4. La fatigue chronique : un facteur aggravant 19

2.5. Retentissements émotionnels et psychologiques 20

2.6. Enjeux liés à l'adolescence 20

2.7. Impacts psychomoteurs du SEDh 21

2.8. Prise en charge psychomotrice du SED hypermobile 23

2.8.1. Objectifs psychomoteurs 24

2.8.2. Outils et médiations 24

3. LA MEDIATION EQUINE EN PSYCHOMOTRICITE 24

3.1. Le métier de psychomotricien et ses champs d'intervention 24

3.2. La médiation animale : cadre théorique et principes 26

3.3. L'histoire de la médiation équine en France 27

3.4. Les différentes formes de médiation équine 28

3.5. Apports psychocorporels du cheval dans la prise en charge 30

3.5.1 Apports sensori-toniques du cheval 30
3.5.2 Apports psychomoteurs 32
3.5.3 Dimension relationnelle et émotionnelle de la rencontre avec le cheval 33
3.6. La médiation équine comme support de la régulation tonico-émotionnelle 35
3.7. Intérêt de la médiation équine chez les adolescentes présentant un SEDh 36

PARTIE CLINIQUE **37**

1. TERRAIN ET DISPOSITIF THERAPEUTIQUE 37
1.1 Cadre d'exercice et lieu de médiation équine 37
1.2 Le dispositif psychomoteur spécifique à la médiation équine 39
1.3 Le rôle du psychomotricien dans ce dispositif 39
2. POPULATION ET METHODOLOGIE CLINIQUE 41
2.1 Profil des patientes 41
2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion 41
2.3 Présentation synthétique des cas cliniques retenus 42
2.4 Cadre méthodologique 43
2.5 Outils et grilles d'observations 43
2.6 Analyses qualitatives 45
2.7 Limites méthodologiques 45
3. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES 46
3.1 Cas clinique d'Alix 46
3.1.1 Anamnèse 46
3.1.2 Indication en médiation équine 48
3.1.3 Axes thérapeutiques en médiation équine 49
3.2 Cas clinique de Lucie 49
3.2.1 Anamnèse 49
3.2.2 Indication en médiation équine 51
3.2.3 Objectifs psychomoteurs 51
4. ANALYSE DES SEANCES 52
4.1 Première rencontre avec Alix 52
4.2 Déroulé chronologique des séances d'Alix 53
4.2.1 Synthèse de l'évolution d'Alix 64
4.3 Première rencontre avec Lucie 65
4.4 Déroulé chronologique des séances de Lucie 66

4.4.1 Synthèse de l'évolution de Lucie 71

PARTIE DISCUSSION **72**

1. LE SEDH COMME TROUBLE DE LA PREDICTIBILITE CORPORELLE 72

2. SOUTENIR LA REGULATION TONICO-EMOTIONNELLE FACE AUX EXPRESSIONS ANXIEUSES 73

2.1 La médiation équine comme cadre de régulation tonico-émotionnelle 73

2.1.1. Le suivi d'Alix : vers un relâchement tonico-émotionnel 73

2.1.2 le suivi de Lucie : un apaisement progressif de l'anxiété 74

2.1.3 Une fonction régulatrice partagée dans les deux suivis 74

2.2 La douleur comme révélateur de l'état tonico-émotionnel 75

3. UNE MEDIATION PENSEE AU REGARD DES SPECIFICITES ADOLESCENTES 77

3.1 Le mouvement dans performance 77

3.2 L'enjeu de l'estime de soi et du regard d'autrui 78

4. LE CHEVAL AU SERVICE DU DIALOGUE TONIQUE ET EMOTIONNEL 79

5. LE CHEVAL COMME CO-REGULATEUR NERVEUX AUTONOME 80

6. APPORT CLINIQUES ET LIMITES DE LA MEDIATION EQUINE 81

6.1 Une analyse théorico-clinique en construction 82

6.2 Le cheval, un médiateur vivant 82

6.3 La méthodologie 83

6.3.1. Biais méthodologiques chez Alix 83

6.3.2. Biais méthodologiques chez Lucie 84

7. UNE MEDIATION VIVANTE : BIEN-ETRE ANIMAL ET REFLEXION ETHIQUE DU CADRE 84

8. APPORT DE LA MEDIATION EQUINE DANS LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE 87

CONCLUSION **88**

BIBLIOGRAPHIE **90**

ANNEXES **106**

LISTE DES ABREVATIONS **120**

RÉSUME

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 20/11. Élaboration personnelle.

Figure 2. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 27/11. Élaboration personnelle.

Figure 3. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 15/01. Élaboration personnelle.

Figure 4. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 05/02. Élaboration personnelle.

Figure 5. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 19/02. Élaboration personnelle.

Figure 6. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 26/02. Élaboration personnelle.

Figure 7. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 12/03. Élaboration personnelle.

Figure 8. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 26/03. Élaboration personnelle.

Figure 9. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 09/04. Élaboration personnelle.

Figure 10. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 11/12. Élaboration personnelle.

Figure 11. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 08/01. Élaboration personnelle.

Figure 12. Comparaison des scores du niveau d'anxiété avant et après la séance du 16/04. Élaboration personnelle.

Figure 13. Évolution du score du niveau de douleur d'Alix d'après l'EVA. Élaboration personnelle.

Figure 14. Évolution du score du niveau de douleur de Lucie d'après l'EVA. Élaboration personnelle.

Figure 15. Évolution du score du niveau d'anxiété d'Alix d'après l'inventaire de Spielberger. Élaboration personnelle.

Figure 16. Évolution du score du niveau d'anxiété de Lucie d'après l'inventaire de Spielberger. Élaboration personnelle.

INTRODUCTION

« L'animal ne juge pas, l'animal ne ment pas, l'animal ne reprend jamais ce qu'il a donné ; l'animal règle le rythme de notre vie » — Gilbert, G. (2018).

Au cours de mon stage en psychomotricité à médiation équine, j'ai été amenée à rencontrer des adolescentes, présentant un corps douloureux, dans un contexte de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (SEDh) associé à de l'anxiété. Dans ce cadre, j'ai été interpellée par la manière dont la présence du cheval amène un engagement corporel et émotionnel avec différentes modalités d'échange. Le cadre thérapeutique de cette médiation a suscité ma curiosité, face à cet apport vivant que renvoie le cheval dans ce dispositif.

Cette réflexion s'est nourrie de plusieurs apports théoriques venus éclairer mes observations cliniques. Les notions de régulation tonico-émotionnelle et de dialogue tonico-émotionnel m'ont offert un premier cadre de compréhension des liens entre états corporels et affectifs. S'en suivent, les travaux, portant sur la douleur chronique, la proprioception et le SEDh qui m'ont permis d'analyser plus finement les difficultés corporelles rencontrées par ces adolescentes. Enfin, la littérature consacrée à la médiation équine m'a permis de mettre progressivement en lumière que la présence du cheval en milieu thérapeutique agissait à la fois sur le plan sensoriel, relationnel et émotionnel.

C'est dans ce contexte que c'est formulé ma question centrale : Comment la médiation équine parvient-t-elle à amener une meilleure gestion tonico-émotionnelle chez des adolescentes présentant un corps douloureux ? Cette question a fait émerger deux hypothèses. La première s'oriente autour de la relation au cheval via les séances de psychomotricité qui favorise l'expression émotionnelle, et la seconde concerne la médiation équine en psychomotricité qui soutient une meilleure perception et appropriation corporelle.

Ce travail m'a conduit à la problématique suivante : En quoi la médiation équine en psychomotricité favorise-t-elle la régulation tonico-émotionnelle chez des adolescentes présentant un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ? Afin d'y répondre, j'ai choisi de m'appuyer sur deux cas cliniques observés en suivi psychomoteur thérapeutique et

rééducatif à médiation équine. La méthodologie adoptée repose sur l'analyse des séances et l'étude des évolutions cliniques par l'appui d'outils d'évaluation psychométriques.

Dans un premier temps, je présenterai théoriquement les bases de l'organisation tonico-émotionnelle, les enjeux corporels et la place du SEDh dans le fonctionnement psychomoteur de l'adolescente. J'aborderai par la suite, la médiation équine en psychomotricité et ses apports spécifiques pour cette problématique. Dans un second temps, en clinique, je présenterai le dispositif thérapeutique de deux adolescentes SEDh, ainsi que leur prise en charge psychomotrice en médiation équine. Enfin, dans la dernière partie de discussion, je démontrerai l'apport de la psychomotricité à médiation équine dans la régulation tonico-émotionnelle chez des adolescentes SEDh tout en discutant des limites de la pratique et des questionnements qui émergent face à la place du cheval dans cette médiation vivante.

PARTIE THÉORIQUE

1. La régulation tonico-émotionnelle

1.1 Le tonus : définitions et fonctions

Le mot tonus provient du grec “ tonos" qui signifie tension. C’est la réaction du muscle à son propre étirement et dû à sa sensibilité lors de l’étirement- Selon l’étude de Cacciatore et al. (2024), le tonus est “un phénomène sensorimoteur omniprésent et fondamental, sous-jacent à la tension musculaire et au soutien postural”. Il est dit involontaire, en constante adaptation, interconnecté dans tout le corps, sensible aux exigences posturales et distinct du contrôle volontaire (Ivanenko et al., 2017).

Il existe 3 types de tonus, chacun ayant des fonctions diverses (Scialom et al., 2011) :

- Le tonus de fond est l’état de contraction légère, permanente et involontaire, qui soutient le sentiment d’unité corporelle et d’individualisation.
- Le tonus postural correspond à l’activité tonique minimale nécessaire au maintien des postures et de l’équilibre. Il prépare le mouvement et peut-être réflexe ou volontaire.
- Le tonus d’action constitue la base de la motricité, de la communication non verbale et du langage. Il repose sur une contraction phasique volontaire permettant l’action

1.1.1 Développement du tonus : physiologie et régulation

A. Évolution du tonus

Le développement du tonus chez le nourrisson est intimement lié à la maturation neurologique et à la myélinisation progressive des voies nerveuses. Ce processus est indispensable à l’amélioration de la conduction de l’influx nerveux ainsi qu’à l’émergence de contrôles moteurs de plus en plus fins (Vaivre-Douret, 1997). Bien après la naissance, cette maturation se poursuit. Elle repose notamment sur la mise en place des relations inter-neuronales, sur l’organisation de l’activité électrique cérébrale et sur la structuration des grands systèmes neuro-fonctionnels.

À la naissance, le nouveau-né présente une hypotonie axiale marquée qui est associée à une hypertonie périphérique prédominante des muscles fléchisseurs des membres. Ainsi cela se manifeste, cliniquement, par une posture en flexion rappelant la position fœtale (Gassier, 1982). Cette organisation tonique traduit l'immaturité du système corticospinal, dit système supérieur, dont la myélinisation débute tardivement, à partir d'environ 32 semaines de gestation et se poursuit jusqu'à l'enfance (Vaivre-Douret, 1997). Le système sous-corticospinal ou extrapyramidal (issu du tronc cérébral), à l'inverse, est myélinisé plus précocement et assure prioritairement le maintien de la posture et la fonction antigravitaire (Fourneret et Gentaz, 2022).

L'évolution du tonus suit les lois du développement neurologique et s'inscrit dans une organisation progressive et hiérarchisée. La loi céphalo-caudale gère l'organisation permettant dans un premier temps le contrôle des muscles de la tête et du cou, puis du tronc et enfant des membres inférieurs. Parallèlement, la loi proximo-distale régit l'acquisition du contrôle moteur des muscles proches de l'axe corporel vers la périphérie, favorisant alors progressivement l'accès à une motricité plus fine (Fourneret et Gentaz, 2022). Au fur et à mesure de la maturation, une organisation tonique plus équilibrée s'installe, en effet l'opposition initiale entre hypotonie axiale et hypertonie périphérique tend à s'atténuer.

Comme le souligne Robert-Ouvray (2002), « les deux pôles toniques opposés s'orientent vers une ambivalence et un premier état d'équilibre », permettant à l'enfant de développer des ajustements posturaux de plus en plus adaptés. Cette évolution tonique ne peut toutefois être envisagée comme un processus strictement linéaire ou uniforme. Elle s'inscrit dans la loi de variabilité du développement psychomoteur, selon laquelle les acquisitions se font par périodes de progrès, de stagnations, voire de régressions transitoires, tout en respectant une logique développementale commune à tous les enfants (Meunier, 2019). Le rythme de ces acquisitions dépend de facteurs génétiques mais également de la qualité de l'environnement sensoriel et relationnel, soulignant l'indissociabilité du tonus, du développement émotionnel et de la relation précoce.

B. Les variations toniques physiologiques

Il existe des variations de tonus propres à chaque individu, qui relèvent du fonctionnement physiologique. Chaque sujet présente une organisation tonique singulière qui lui est propre.

A l'image de la personnalité, le tonus constitue une dimension intime et unique de l'individu, façonnée à la fois par des déterminants biologiques et par l'histoire affective, psychique et relationnelle de l'individu (Ajuriaguerra, 2008, p35).

Le sexe constitue un premier facteur influençant l'expression du tonus. En effet, il agit considérablement sur le développement des compétences motrices, « les hommes sont généralement encouragés à s'engager dans des activités qui développent la force et la puissance tandis que les femmes ont plus souvent la possibilité de pratiquer la coordination et la flexibilité » (Barnett, 2016). L'âge représente un autre facteur essentiel. L'étude du tonus est totalement associée au niveau de maturation neuromotrice de l'enfant. Le tonus évolue continuellement au cours du développement, en lien avec la myélinisation progressive des systèmes nerveux et l'intégration croissante des fonctions posturales et motrices (Vaivre-Douret, 1997). Une étude transversale menée auprès de 8500 enfants italiens âgés de 3 à 11 ans étaye ces différences (voir Annexe I). Elle s'appuie sur l'outil d'évaluation TGMD-3 (Test of Gross Motor Development-3) qui évalue les habiletés motrices fondamentales. Les résultats montrent une augmentation progressive des compétences motrices avec l'âge, marquée entre 3 et 5 ans, témoignant du processus de maturation neuromotrice. Par ailleurs, les garçons présentent des scores significativement plus élevés en motricité globale à tous âges, confirmant des différences de profils moteurs selon le sexe (D'Anna et al., 2025).

L'état de vigilance est également étroitement lié au tonus. Toute évaluation tonique doit tenir compte de l'état veille sommeil de l'enfant, celui-ci influençant directement le tonus de fond et les réponses posturales. Chez le jeune enfant, cet état est parfois difficile à apprécier, ce qui rend nécessaire une observation répétée, à différents moments de la journée, afin d'éviter toute interprétation biaisée (Gassier, 1982).

Les flux sensoriels jouent enfin un rôle majeur dans la modulation tonique. Toute stimulation peut entraîner une augmentation de la vigilance et provoquer le passage d'un tonus de fond ou postural à un tonus d'action. Le tonus apparaît ainsi comme une fonction dynamique, continuellement ajustée aux sollicitations de l'environnement. Cette conception rejoint l'approche sensori-motrice du Bullinger (2004) selon laquelle les informations sensorielles, en particulier les flux proprioceptives, tactiles et gravitaires participent directement à l'organisation et à l'ajustement du tonus au cours du développement.

Au-delà de ces facteurs, le tonus s'inscrit pleinement dans la relation. Le dialogue tonico-émotionnel, tel que décrit par Julian de Ajuriarguerra en 1974, désigne un processus d'ajustements réciproques entre les états toniques et émotionnels du nourrisson et de son « *caregiver* », partenaire émotionnel. Un événement émotionnel ou douloureux peut se traduire corporellement par une modification de la tonicité, soulignant que le tonus ne relève pas uniquement du registre moteur, mais constitue un véritable médiateur entre le corps, l'émotion et la relation.

1.1.2 Troubles de la régulation tonique

Le tonus repose sur un équilibre dynamique permettant au sujet de s'adapter aux flux internes et aux variations environnementales. Lorsque cette régulation est altérée, des troubles du tonus peuvent apparaître, chroniques transitoires ou réactionnels. Ils sont en général accentués par un contexte émotionnel fort (Boiscaini & Saint-Cast, 2010, p.81).

L'hypertonie est une « augmentation pathologique du tonus avec pour signes cliniques une augmentation de la résistance du muscle à son étirement ». On distingue l'hypertonie pyramidale ou spastique, liée à une augmentation du réflexe tonique d'étirement, à l'hypertonie extra-pyramidale ou rigidité, marquée par une résistance constante lors de la mobilisation passive (Albaret et al., 2018).

L'hypotonie est caractérisée par « une diminution pathologique du tonus avec pour signes cliniques une diminution de la résistance du muscle à son allongement passif ». Elle s'accompagne d'une augmentation du ballant et de l'extensibilité, et se décline sous plusieurs formes, notamment cérébelleuse, sensitive ou vestibulaire (Albaret et al., 2018).

La dystonie se caractérise par des contractions musculaires, involontaires, soutenues et prolongées, conduisant à des positions anormales. Elles peuvent survenir au cours d'un mouvement, ce sont des dystonies de fonction ou lors du maintien postural, elles sont dues à une hyperactivité dans plusieurs régions cérébrales (Delwaide & Gérard, 2013).

Les réactions de prestance ou de contenance correspondent à des manifestations d'ordre gestuel, tonico-moteur, postural ou des mimiques inadaptées dans un contexte relationnel (Ajuriaguerra J., 2008).

Les syncinésies sont des « mouvements involontaires ou de renforcement tonique, qui surviennent dans un groupe musculaire lors de mouvements généralement volontaires et conscients, d'une autre partie du corps » (Recondo, 2004). Ajuriaguerra (2008) distingue les syncinésies d'imitation ou tonico-cinétiques et celles de diffusion tonique. Elles deviennent pathologiques quand elles perdurent (au-delà de 12 ans). Et sont souvent en association avec différents troubles psychomoteurs comme la dyspraxie, le bégaiement ou encore les troubles des apprentissages (Vaivre-Douret, 2011).

Les paratonies sont « l'impossibilité de réaliser sur commande la résolution musculaire » (Delorme, 2016). Elles traduisent une difficulté de relâchement pouvant perturber la perception corporelle, la représentation de soi et l'ajustement tonique dans l'action et la relation (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

La myoclonie se caractérise par des contractions vives et brutales d'un muscle ou d'un groupe de muscles. La myoclonie peut apparaître naturellement, mais elle peut aussi être due à un trouble (Vaivre-Douret, 2011).

Les tics, les tremblements, le bégaiement ont également une composante tonique (Vaivre-Douret, 2011).

1.1.3 La psychomotricité et le tonus

En psychomotricité, le tonus occupe une place centrale dans la compréhension du fonctionnement corporel et relationnel du sujet. Il constitue un indicateur privilégié du lien entre les dimensions motrices, émotionnelles et relationnelles. Le tonus ne se limite pas à une simple activité musculaire. Il traduit également l'état interne de la personne et sa manière d'entrer en relation avec son environnement (Ajuriaguerra, 1974b).

Dans la clinique, l'observation du tonus constitue ainsi un élément essentiel de l'évaluation tel que l'examen du tonus. Où le psychomotricien met en jeu un toucher thérapeutique, ce

qui engage un dialogue tonique. Cet examen fournit des informations sur le fonctionnement psychomoteur du patient face à la gestion d'une distance relationnelle de proximité (Vaivre-Douret, 1997). Le psychomotricien s'appuie sur différents indicateurs tels que la posture, la qualité du mouvement, les appuis corporels, les ajustements posturaux ou encore les modalités de contact et de relâchement. Ces éléments permettent d'appréhender ce que Pireyre (2019) nomme le profil tonique du sujet, c'est-à-dire la manière dont celui-ci s'organise dans l'action et la relation. L'observation tonique permet notamment d'identifier la manière dont la personne module son tonus dans différentes situations : capacité de relâchement, niveau de tension musculaire de base, qualité des ajustements posturaux ou encore fluctuations toniques liées aux états émotionnels. Le psychomotricien s'intéresse également à la façon dont le sujet mobilise son corps dans l'espace, à la stabilité de ses appuis, à la fluidité ou à la rigidité de ses mouvements, ainsi qu'à la présence éventuelle de crispations ou de réactions toniques excessives. Ces éléments fournissent des indications précieuses sur les capacités de régulation tonique et sur la manière dont le sujet s'adapte à son environnement (Corraze, 1981).

Ainsi en psychomotricité, nous essayons de favoriser une meilleure régulation tonico-émotionnelle, pour permettre au sujet d'ajuster ses réactions corporelles en fonction des situations vécues. Différentes médiations peuvent être mobilisées pour soutenir ce processus. Les techniques de relaxation psychomotrice permettent notamment de développer la conscience corporelle et d'expérimenter des états de détente ou de modulation tonique (Soubiran & Coste, 1975). Les activités motrices et sensorielles favorisent quant à elles l'exploration des appuis corporels, l'ajustement postural et la fluidité du mouvement.

La relation thérapeutique constitue également un support essentiel de ce travail. À travers sa présence corporelle, son rythme et ses ajustements relationnels, le psychomotricien participe à un dialogue tonico-émotionnel avec le patient. Comme le souligne Robert-Ouvray (2002), le tonus est au cœur de la construction du sentiment d'unité corporelle et du rapport à l'autre. Le travail psychomoteur vise ainsi à soutenir l'intégration corporelle, la sécurité interne et les capacités d'ajustement relationnel du sujet.

Ainsi, la psychomotricité considère le tonus comme une fonction centrale de l'organisation psychocorporelle. Son observation et sa modulation amène le sujet dans le développement de ses capacités d'adaptation motrices, émotionnelles et relationnelles.

1.2 L’émotion : définitions et fonctions

Les émotions occupent une place centrale dans le fonctionnement psychique et corporel de l’individu. Selon Darwin (1872), les émotions sont reliées par deux points fondamentaux selon lesquelles elles sont universelles et adaptatives. Au début du 20ème siècle, les réflexions se sont orientées vers une approche multicomponentielle selon laquelle « l'émotion est typiquement définie comme une modification d'état rapide et transitoire en deux temps : un déclenchement initial dû à la pertinence d'un événement (réel ou imaginé) menant à une réponse dans plusieurs composantes (système nerveux périphérique, tendance à l'action, expression motrice et ressenti conscient) » (Sander, 2016).

Les émotions mobilisent à la fois des modifications physiologiques (variations du rythme cardiaque, activations neurovégétatives, ajustements toniques), des expressions corporelles et faciales, ainsi qu’un vécu subjectif conscient. Lemaire (2021) souligne qu’elles dépendent d’une évaluation cognitive consciente ou non de la situation vécue, expliquant qu’un même événement suscite des réponses émotionnelles différentes selon les individus.

Dans la littérature, une distinction est classiquement opérée entre émotions primaires dites « de base » (joie, peur, colère, tristesse, dégoût, surprise) évoquer par Ekman en 1972 et émotions secondaires dites « sociales » pour Damasio en 1995 (honte, culpabilité, fierté, jalousie). Toutefois, au-delà de cette catégorisation, deux dimensions fondamentales permettent de caractériser toute émotion : la valence (agréable/désagréable) et l’intensité (faible/forte), qui varient de façon continue (Lemaire, 2021).

Ces dimensions influencent directement l’engagement corporel et tonique du sujet. Une émotion de forte intensité s’accompagne généralement d’une mobilisation tonique plus marquée, tandis qu’une émotion de faible intensité peut se traduire par des ajustements plus discrets du tonus et de la posture. Les émotions remplissent plusieurs fonctions essentielles. Elles ont une fonction adaptative, en préparant l’organisme à l’action (Sander, 2016). Elles ont également une fonction communicationnelle, en permettant au sujet de transmettre à autrui son état interne à travers des expressions faciales, posturales et toniques (Gobin et al., 2021).

1.2.1 Développement des émotions

Le développement émotionnel s'inscrit dans un processus progressif, étroitement lié à la maturation neurologique. Les étapes majeures sont la compréhension des émotions, l'identification et la régulation de ses propres émotions, la reconnaissance des émotions d'autrui et la cognition sociale (Gullone & Hughes, 2010).

Dès la période prénatale, les bases de la réactivité émotionnelle sont présentes. En effet, des variations du rythme cardiaque fœtal ont été observées en réponse à la voix maternelle ou aux stimulations tactiles, témoignant d'une capacité précoce de discrimination sensorielle et d'ajustement physiologique (Kisilevsky & Hains, 2011). À la naissance, le nourrisson ne se présente pas comme un être passif, mais comme un partenaire interactionnel compétent. Les travaux de Brazelton (1990) mettent en évidence les capacités précoces du nouveau-né à moduler ses états d'éveil, à détourner le regard pour se protéger d'une surcharge sensorielle et à utiliser des comportements auto-apaisants (succion, agrippement, recherche de contenance corporelle) pour maintenir un équilibre interne. Des formes primitives d'auto-régulation sont déjà présentes.

Sur le plan comportemental, les premiers mois de vie sont marqués par des expressions émotionnelles globales, principalement corporelles et toniques : variations du tonus, agitation, pleurs, détente (Brazelton & Cramer, 1990). Ces expressions mobilisent plusieurs canaux simultanément ; corporel, vocal et facial ; traduisant une organisation encore peu différenciée des états affectifs (Sander, 2016).

Au cours de la première année, des capacités de reconnaissances émotionnelles émergent. Vers 7 mois, le nourrisson devient capable de discriminer certaines expressions émotionnelles, tant sur le plan visuel qu'auditif (Bayet et al., 2014). Autour de 9–10 mois, cette compétence s'intègre dans un comportement adaptatif où l'enfant ajuste son action en fonction de l'expression émotionnelle de l'adulte dans des situations ambiguës (Feinman, 1982). À partir de 2 ans, l'enfant accède à une première catégorisation verbale des émotions de base. Dans un premier temps, les émotions semblent organisées selon une distinction globale fondée sur la valence d'émotions agréables ou désagréables avant de se différencier progressivement en catégories plus spécifiques (Perron & Gosselin, 2007). Selon Widen (2013) l'identification de chaque émotion se fait en fonction de l'âge (voir Annexe II).

Parallèlement, les compétences de régulation émotionnelle évoluent chez l'enfant. Entre 3 et 6 ans, il devient progressivement capable de moduler l'expression de ses émotions selon le contexte et de masquer certaines manifestations affectives. (Fourneret & Gentaz., 2022).

Cette perspective comportementale rejoint le développement cérébral des compétences émotionnelles. D'un point de vue neurocognitif, le développement émotionnel repose sur une organisation hiérarchique et progressive des structures cérébrales impliquées dans le traitement émotionnel. Selon Casey et al. (2019) la maturation émotionnelle s'organise en quatre étapes (voir Annexe III).

Dans l'enfance, les premières connexions s'organisent majoritairement au sein des structures sous-corticales, impliquant notamment l'amygdale et le striatum ventral. Ces circuits sont fonctionnels relativement tôt, permettant au bébé des réactions émotionnelles rapides et globales face à un stimulus. Toutefois elles sont indépendantes de leur valence. Dans un second temps, des connexions dites *« bottom up »* (de bas en haut) se développent notamment dans l'amygdale vers le cortex préfrontal (zone d'inhibition des comportements inappropriés). Ces transmissions permettent un premier traitement cortical plus élaboré bien que les mécanismes de contrôle volontaire soient encore instables et immatures.

Ce n'est qu'à l'adolescence, qu'on parle d'étape déterminante avec l'installation de connexions *« top-down »* (du haut vers le bas) du cortex préfrontal vers les régions sous-corticales, en particulier entre le cortex préfrontal ventromédian et l'amygdale. On observe alors que la relation fonctionnelle entre ces régions évolue d'une co-activation à une relation d'inhibition, acheminant à un développement de capacités de régulation émotionnelle plus adaptées. Enfin, la maturation tardive des connexions cortico-corticales, notamment impliquant le cortex préfrontal latéral, soutient l'émergence de stratégies cognitives élaborées telles que le rétrocontrôle permettant une modulation plus volontaire et contextualisée des réponses émotionnelles (Casey et al., 2019 ; Fourneret & Gentaz, 2022).

Les recherches récentes soulignent également l'importance de facteurs environnementaux et biologiques dans la régulation émotionnelle, notamment à travers l'axe intestin-cerveau. Le microbiote intestinal est constitué de l'ensemble des micro-organismes présents dans le tube digestif. Entre, il existe une communication bidirectionnelle avec le système nerveux central

via le système immunitaire et des voies neuronales (Cryan et al., 2019). Ce système est désigné comme un « second cerveau » en raison de la richesse de son réseau neuronal.

Chez l'enfant, cette connexion est particulièrement déterminante. Le microbiote se développe dès les premières étapes de la vie et influence directement le développement cérébral, les capacités de régulation émotionnelle et les comportements sociaux (Quach et al., 2020). Le microbiote est lui-même fortement modulé par l'environnement de l'enfant, incluant l'alimentation et les expériences précoces, qui constitue un levier majeur dans cette dynamique. Une revue systématique menée par O'Neil et al. (2014) met en évidence un lien significatif entre la qualité de l'alimentation et la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. Une alimentation riche en nutriments essentiels permettrait de prévenir les troubles émotionnels. À l'inverse, une alimentation déséquilibrée serait associée à une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs. Ces effets s'expliquent notamment par l'influence de l'alimentation sur le microbiote intestinal, mais également sur les processus neurobiologiques impliqués dans le développement des émotions.

Le développement émotionnel ne relève ni d'un simple processus maturationnel ni d'un apprentissage purement relationnel. Il résulte d'une articulation constante permettant progressivement de passer d'une régulation externe à une régulation plus autonome.

1.2.2 Lien entre tonus, émotion et relation

Le développement émotionnel ne peut toutefois être envisagé indépendamment du développement psychomoteur et de la qualité des interactions précoces. Le corps constitue le premier support d'expression des émotions. Les expériences sensori-motrices et les interactions corporelles précoces contribuent à la construction de repères internes permettant à l'enfant de reconnaître, contenir et exprimer ses émotions.

Le tonus occupe une place de médiateur entre les états internes de l'enfant et la relation à l'autre. En effet, le tonus constitue un véritable tissu d'échanges sensoriels entre le sujet et son environnement. Ces échanges permettent au sujet de traduire ses états émotionnels et de s'ajuster aux interactions. Le tonus participe ainsi à un langage corporel préverbal, présenté comme le support de la communication (Bachollet & Marcelli, 2010). Dans cette perspective, Boscaini et Saint-Cast (2010) mettent en évidence le rôle central de la relation

corporelle dans l'expérience émotionnelle, soulignant que la qualité du lien tonico-émotionnel avec l'autre participe à l'organisation des capacités de régulation affective.

Wallon (1949) souligne que l'émotion constitue l'une des premières modalités de communication entre le bébé et son environnement. Le nouveau-né reste largement dépendant de la réponse apportée par l'adulte : « ses besoins physiologiques et émotionnels [...] (pleurs, cris, mouvements d'hyper-extension), déclenche chez l'adulte des actes emblématiques (changements de couches, repas etc.) mais surtout des gestes de soins suffisamment bons pour reprendre l'expression de Winnicott [...] c'est-à-dire un état de disponibilité à la rencontre avec un autre » (Feldman et Eidelman, 2007). Cette réponse s'inscrit dans le registre du soin mais constitue une « présence tendre, accueillante et contenante qui permet à l'enfant de trouver l'apaisement au cœur de son être somatopsychique » (Borghini, 2015). Le contact tactile instauré dans l'interaction active les flux sensoriels que le bébé est en capacité de traiter, participant à l'émergence du dialogue tonique et tonico-émotionnel.

Les états tonico-émotionnels du nourrisson et de l'adulte s'ajustent mutuellement par les intéractions corporelles, par le dialogue tonico-émotionnel (Ajuriaguerra,1974a). Dans la relation précoce, le tonus permet un véritable langage relationnel implicite, amenant à la sécurité affective. L'émotion est ainsi à la fois un phénomène corporel et un phénomène social, surtout médiateur du lien parent-enfant.

1.2.3 L'impact de l'émotion dans la tonicité

Ajuriaguerra rappelle que le tonus ne peut être dissocié de l'état émotionnelle :

> Les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature, la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise (Ajuriaguerra, 1974b).

Elles se manifestent corporellement selon leur intensité et leur valence, engageant des modulations toniques en lien avec l'émotion vécue.

Ackerley et al. (2017) ont étudié l'impact des émotions sur la sensibilité des fuseaux musculaires en lien avec le système proprioceptif. Les situations de tristesse amènent à une augmentation de la réponse dynamique des fuseaux. Hajcak et al. (2007) ont observé que les stimuli émotionnels augmentent l'excitabilité du cortex moteur, préparant ainsi le muscle à l'action via les circuits corticospinaux. Ces résultats montrent que l'émotion prépare le tonus musculaire dès les premières étapes de la mobilisation, avant tout mouvement volontaire.

Les émotions agissent également sur la tonicité posturale. Takahashi et al. (2025) ont montré qu'une émotion forte en intensité diminue l'activité du soléaire et modifie la cohérence intermusculaire lors de la station debout. Ces ajustements révèlent que la tonicité posturale est sensible à l'état émotionnel, ce qui peut influencer la stabilité et l'équilibre. Enfin, l'impact des émotions se manifeste aussi au niveau facial. Des études en myographie faciale montrent que les muscles du visage répondent automatiquement aux stimuli émotionnels. Leur activité augmente selon la valence perçue, même sans mouvement volontaire (Cacioppo et al., 1986). Cependant, l'expression corporelle de l'émotion n'est pas toujours correctement exprimée. Des travaux sur des populations ayant des difficultés d'identification émotionnelle montrent une discordance entre l'intensité émotionnelle rapportée et les réponses physiologiques mesurées, suggérant que l'expression tonique ne reflète pas systématiquement l'état affectif interne (Putica et al., 2023).

1.2.4 La psychomotricité et les émotions

Dans la continuité des propos précédemment développés, l'émotion a une place centrale dans la psychomotricité qui propose une approche globale. Elle considère le corps comme un lieu d'expression, de régulation et de transformation des états affectifs. L'espace thérapeutique permet à l'enfant d'aborder les émotions et de développer les compétences émotionnelles. Plusieurs étapes peuvent être travaillées en séance, comme l'identification des émotions, l'expression des émotions et la gestion (régulation) des émotions (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

À ce propos, le cadre psychomoteur offre également un espace contenant, dans lequel la relation thérapeutique joue un rôle central. Le psychomotricien s'appuie sur le dialogue tonico-émotionnel, pour entrer en relation avec le patient. Par des ajustements corporels et posturaux, il propose une co-régulation qui permet au sujet de faire l'expérience d'un

accordage sécurisant. Ce processus soutient progressivement l'intégration des émotions et leur mise en sens (Marcelli, 2013). Pour Stern (1985), l'accordage affective se fait par l'ajustement des états émotionnels du patient et l'accueil du psychomotricien.
Les médiations psychomotrices permettent également d'aborder les émotions dans une dimension plus expressive. Des supports tels que le jeu, le mouvement ou encore certaines médiations corporelles offrent un espace où l'émotion peut être mise en forme, expérimentée et transformée. Ces médiations facilitent l'expression émotionnelle, notamment lorsque celle-ci ne peut pas encore être verbalisée (Gobin et al., 2021).

Enfin, la psychomotricité contribue à réconcilier le sujet avec son vécu corporel. Lorsque le corps est associé à des expériences négatives, telles que la douleur ou l'instabilité, le travail psychomoteur vise à restaurer un sentiment de continuité corporelle et de sécurité interne. En permettant des expériences corporelles ajustées, contenantes et valorisantes, il favorise une transformation du rapport au corps et, par extension, du vécu émotionnel (Bullinger,2004).

Dans certaines pathologies somatiques, ces liens entre corps et émotions peuvent être particulièrement mis à l'épreuve. C'est notamment le cas du syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, dans lequel les altérations corporelles, la douleur et l'instabilité peuvent impacter le vécu corporel et émotionnel du sujet.

2. Le syndrome d'Ehlers-Danlos

Les syndromes d'Ehlers-Danlos (SED) constituent un groupe hétérogène de maladies rares héréditaires du tissu conjonctif, caractérisées par une atteinte structurelle de la matrice extracellulaire, en particulier du collagène. Le tissu conjonctif est un tissu commun à tous les organes, constitué de fibres (fibres de collagène, fibres élastiques, fibres réticulaires), de liquide et de cellules (fibroblastes, mastocytes). Ce tissu est une toile qui solidarise 80 % des constituants du corps humain (Tinkle et al., 2017).

Selon le Consortium Internationale sur les syndromes d'Ehlers-Danlos créé en 2014 par la Ehlers-Danlos National Fondation (EDNF) et Ehlers-Danlos Support UK, 13 sous-types de SED sont décrits (Malfait et al., 2017). Douze d'entre eux possèdent une étiologie génétique

identifiée, à l'exception du SED hypermobile (SEDh), pour lequel aucun marqueur moléculaire spécifique n'ayant à ce jour été clairement identifié (Benistan & Guichou, 2026). L'étude la plus récente intègre désormais un 14ème type décrit par Blackburn et al. (2018) : le SED classique-like de type 2 (AEBP1).

Sur le plan sémiologique, les SED partagent une triade clinique (voir Annexe IV) :

- Hypermobilité articulaire,
- Hyperélasticité cutanée,
- Fragilité tissulaire.

Toutefois, l'expression clinique est extrêmement variable, tant d'un individu à l'autre qu'au cours de la vie d'un même patient, ce qui complique le repérage diagnostique (Benistan & Guichou, 2026).

2.1. Définition et caractéristiques générales du SED hypermobile

Le SED hypermobile est le sous-type le plus fréquent des syndromes d'Ehlers-Danlos. Il se distingue par une hypermobilité articulaire généralisée, souvent associée à des douleurs musculosquelettiques chroniques, une fatigabilité importante et des troubles fonctionnels multiples. Tinkle et al. (2017) soulignent que le SEDh est une pathologie systémique, et non uniquement articulaire. Ils précisent que « le SED hypermobile est un trouble multisystémique caractérisé non seulement par l'hypermobilité articulaire, mais aussi par la douleur chronique, la fatigue, des dysfonctionnements du système nerveux autonome et une souffrance psychologique ».

Le SEDh n'est pas une pathologie statique, structurée en trois phases (Castori et al., 2011) :

1. **Phase d'hypermobilité** (enfance) **:** Marquée par une hypotonie néonatale et un retard des acquisitions motrices. La dyspraxie développementale y est fréquente, conséquence du manque de feedback sensoriel précis.

2. **Phase de douleur** (adolescence/adulte) **:** Phase de généralisation des douleurs, de la fatigue et de la dysautonomie (syndrome de tachycardie orthostatique posturale). L'aggravation symptomatique est souvent brutale à la puberté chez la femme.

3. **Phase de raideur** (personnes âgées) **:** Réduction paradoxale de la mobilité articulaire, faiblesse musculaire et limitations motrices sévères liées au déconditionnement et aux blessures accumulées

2.1.1. Le diagnostic clinique du SED hypermobile

En l'absence de marqueur génétique spécifique, le diagnostic du SED hypermobile repose sur une évaluation clinique rigoureuse. Celle-ci s'appuie sur trois critères (Benistan & Guichou, 2026) :

Critère 1 : Hypermobilité Articulaire Généralisée (GJH). Ce critère est vérifié à l'aide du score de Beighton qui mesure de l'hypermobilité articulaire généralisée. L'examen consiste en 5 manœuvres cotées sur 9 points : plus le score est élevé, plus la laxité est grande. Elle est vérifiée selon des scores en fonction de l'âge (voir Annexe V).

Si le score est inférieur d'un point selon l'âge du patient, un autre examen est effectué, le questionnaire de Hakim et al. (2004). Ce questionnaire comporte cinq questions (voir annexe V). Pour poser le diagnostic d'une hypermobilité articulaire généralisée, le score du questionnaire doit être d'au moins 2 réponses positives sur 5.

Critère 2 : Signes Systémiques et Hérédité. Ce critère exige de valider au moins deux des caractéristiques suivantes. La caractéristique A demande la présence d'au moins 5 signes parmi 12. La caractéristique B requiert un antécédent familial au premier degré. La caractéristique C concerne les atteintes musculosquelettiques, au moins 1 point sur 3 (voir Annexe IV).

Critère 3 : absence de signes ou symptômes évoquant une autre pathologie **(exclusion).** Il impose de vérifier l'origine des signes et symptômes, pour poser un diagnostic d'exclusion. Le diagnostic du SEDh exclut plusieurs pathologies (voir Annexe V).

2.2. Manifestations corporelles

Le SED est une pathologie du tissu conjonctif entraînant une fragilité tissulaire avec une rupture des vaisseaux, une fragilité de la peau et des difficultés de cicatrisation. La deuxième

conséquence est « la modification des réactions mécaniques des tissus conjonctifs qui sont étirables mais ont perdu leur élasticité [...] les capteurs de sensations (contact, déplacement, douleur, chaleur, froid) ne réagissent pas ou trop ou de façon inappropriée en déformant les sensations ou en les localisant mal » (Hamonet et al., 2016). Ces dysfonctionnements de la transmission des informations sensorielles sont responsables de perturbations du tonus, de la posture et d'altération de la proprioception. Ce qui se manifeste cliniquement par une hypotonie de fond, associée à des stratégies de surcontrôle musculaire compensatoire.

Tinkle et al. (2017) décrivent une altération du contrôle moteur liée à la laxité ligamentaire ce qui « entraîne une altération du retour proprioceptif et un contrôle moteur inefficace. » L'organisme compense par des spasmes musculaires. Cette hypertonie de protection, bien qu'indispensable à la stabilité articulaire, génère un coût métabolique massif. Cette tension tonique permanente et involontaire devient la source d'une fatigue chronique. L'extensibilité excessive des tissus induit un « flou sensoriel », ce qui prive les mécanorécepteurs de la résistance tissulaire. Des signaux erronés sont envoyés au cerveau et perturbent les ajustements posturaux anticipés. Le mouvement perd alors de sa fluidité, menant à une désorganisation posturale (Clayton et al., 2015). Cazzato et al. (2016) ont identifié une réduction de la densité des fibres nerveuses intradermiques comme une caractéristique commune à tous les types de SED. Cette réduction altère la région corticale somatosensorielle et amène une perte de repères sensoriels. Cliniquement, cela se traduit par une réduction de la force d'appui du sol (Celletti et al., 2013b). Le sol devient une base moins stable, ce qui fragilise l'équilibre et la confiance spatiale.

Le SEDh est une maladie systémique associée à de fréquents troubles gastro-intestinaux, touchant jusqu'à 86 % des patients. Ils incluent le reflux gastro-œsophagien, la dyspepsie, la constipation chronique et le syndrome de l'intestin irritable. Un autre symptôme fréquent est la dysautonomie, notamment le syndrome de tachycardie orthostatique posturale (STOP) responsable d'étourdissements, de palpitations et d'une fatigue intense (Hamonet, 2018).

2.3. La douleur chronique : un facteur majeur de vulnérabilité

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou

potentielle ou décrite en ces termes » (Nevers, 2017). La douleur en tant que telle est caractérisée par quatre composantes (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2024) :

- Sensorielle (décodage neurophysiologique) sur le type de douleur et l'intensité,
- Émotionnelle (connotation affective) concernant la perception négative,
- Cognitive (processus mentaux),
- Comportementale (réaction du patient douloureux).

Les dimensions cognitive et comportementale renvoient aux réactions de défense, d'anticipation, de compensation et de mémorisation de la douleur (Nevers, 2017). La douleur aiguë joue le rôle d'alarme et de défense de l'organisme, limité dans le temps. La douleur chronique quant à elle est persistante ou se reproduit plus de 3 mois (Collège Officiel des Formations en Rhumatologie, s.d). Cette dernière constitue un symptôme central du SED hypermobile, retrouvé chez 90 à 97% des personnes atteintes. Elle est souvent diffuse, fluctuante, d'intensité variable, et peut apparaître dès l'enfance ou l'adolescence. Benistan et Guichou (2026) soulignent que cette douleur s'inscrit dans un terrain de fatigue chronique, de troubles du sommeil et de dysautonomie. Selon Tinkle et al. (2017) « la douleur chronique dans le SED hypermobile est multifactorielle, impliquant des mécanismes mécaniques, neuropathiques et de sensibilisation centrale » (voir Annexe VI).

2.4. La fatigue chronique : un facteur aggravant

La fatigue constitue également un symptôme fréquent du SEDh retrouvée chez 84% des personnes atteintes. Elle est décrite comme handicapante, continuelle et fluctuante impactant les activités de la vie quotidienne. Elle est liée à divers facteurs, notamment à un sommeil irrégulier, au déconditionnement psychique et au STOP (Kizilbash et al ; 2014). Selon l'étude de Voermans en 2011, il a été démontré que l'exercice jusqu'à la fatigue physique altère la stabilité posturale, augmentant le risque de blessures et de chutes (Dickin & Doan, 2008). Elle est menée sur 30 patients SED, dont cinq SEDh, montrant une corrélation entre la fatigue et la faiblesse musculaire. Lors d'un exercice physique en lien avec impacts posturaux et proprioceptifs chez le SEDh, on observe une majoration de la fatigue physique. Elle s'associe à une diminution de la force d'appui au sol pendant la marche, suggérant une baisse de la proprioception. Dans le SEDh, la fatigue chronique s'accompagne aussi d'une kinésiophobie, limitant l'activité (Celletti et al., 2013a).

La douleur chronique liée à cette fatigue devient alors facteur de vulnérabilité globale, impactant les capacités d'adaptation et l'engagement corporel.

2.5. Retentissements émotionnels et psychologiques

Les retentissements psychologiques du SEDh sont importants et souvent sous-estimés. On rapporte une prévalence particulièrement élevée de troubles anxieux et dépressifs. Les patients peuvent présenter une anxiété élevée, des symptômes dépressifs, une hypervigilance corporelle et un sentiment d'incompréhension (Centre de Référence des Maladies Osseuses Constitutionnelles & Filière OSCAR, 2020).

Tinkle et al. (2017) rappellent que le retard diagnostique est fréquent, en raison de la banalisation des symptômes et de leur caractère subjectif « les patients atteints de SED hypermobile connaissent souvent des retards diagnostiques importants et sont fréquemment considérés à tort comme présentant des troubles fonctionnels ou psychosomatiques ». Ainsi, « la détresse psychologique est fréquente et peut être aggravée par la remise en question des symptômes et l'absence de diagnostic. » Il est donc nécessaire de mettre en place une prise en charge multidisciplinaire, intégrant les dimensions somatiques et psychiques, afin d'éviter les ruptures de parcours de soins.

2.6. Enjeux liés à l'adolescence

L'adolescence, selon l'Organisation mondiale de la santé (s.d.) se situe « entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans ». C'est une étape du développement entrecoupé de changements physiques et psychiques. Pour Valérie Discours (2011), psychologue clinicienne, le corps est mis à l'épreuve puisqu'il « se transforme, se modifie malgré lui, dans un sentiment de grande passivité ».

Le SEDh impliquant également des transformations corporelles et psychiques, l'adolescence intensifie les symptômes chroniques et fait émerger de nouvelles manifestations corporelles. L'enjeu majeur de la puberté réside dans la modification de la laxité articulaire. À l'adolescence, la mobilité articulaire augmente davantage chez les filles que chez les garçons. Cette évolution est évaluée à l'aide du score de Beighton (voir annexe VII). Les filles

présentent une augmentation significative de la laxité articulaire entre la période prépubère et la période post-pubère. Chez les garçons, les scores restent globalement stables ou diminuent légèrement. Une différence entre les sexes émerge à partir de la puberté (Quatman et al. 2008). Cela explique la forte prédominance féminine du SEDh à l'âge adulte (Wijnhoven et al., 2006).

La croissance pubertaire peut s'accompagner de vergetures et de troubles vertébraux. Chez les adolescents avec le SEDh, les enjeux corporels sont majeurs et évoluent vers une « phase de douleur ». Les changements développementaux augmentent le risque de douleurs musculosquelettiques. La fatigue est aussi très présente, touchant généralement un tiers des adolescents. Dans le SEDh, elle est considérée comme une plainte majeure et invalidante chez les adolescents (Kizilbash et al., 2014). Ces enjeux s'ajoutent aux exigences scolaires et sociales qui interfèrent avec l'assiduité scolaire et les relations. Le sentiment de différence est un frein dans cette période. Tinkle et al. (2017) ajoutent que l'adolescence est souvent marquée par une aggravation des symptômes douloureux et de la fatigue, nécessitant un accompagnement spécifique.

2.7. Impacts psychomoteurs du SEDh

Les atteintes corporelles liées au syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ont des répercussions psychomotrices importantes, qui dépassent largement la seule dimension articulaire. Le caractère diffus des symptômes, leur variabilité et leur chronicité viennent perturber les processus d'intégration sensorielle, de régulation tonique et de construction de l'identité corporelle. Comme le soulignent Tinkle et al. (2017), le SEDh s'inscrit dans une pathologie multisystémique, associant instabilité articulaire, douleur chronique, fatigue et troubles proprioceptifs. D'un point de vue psychomoteur, ces manifestations peuvent être comprises comme des facteurs de désorganisation tonico-posturale. Elles entraînent une difficulté à maintenir des postures stables avec un recours fréquent à des stratégies de compensation. S'observe alors une alternance entre hypotonie de fond et surinvestissement musculaire (Hamonet et al., 2016). Ces ajustements permanents, souvent coûteux sur le plan énergétique, participent à la fatigabilité décrite chez ces patients et influencent profondément leur rapport au corps.

En psychomotricité, le schéma corporel se définit comme :

> Un fonctionnement physiologique non subjectif. C'est une représentation sensorimotrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements. Cette représentation implique différents systèmes sensoriels, les coordinations et leur intégration (proprioception, vision, vestibulaire). La proprioception est, chez l'adulte, la référence principale. Ce qu'on appelle « Espace péri-personnel » fait partie intégrante du schéma corporel (Pireyre, 2021).

Dans le SEDh, l'instabilité articulaire et les troubles proprioceptifs fragilisent le schéma corporel. La proprioception est la perception inconsciente du corps basée sur une innervation sensitive (proprioceptive) grâce aux muscles, tendons et articulations (Tuthill & Azim, 2018). Chez les patients SEDh, les sensations corporelles internes ou externes sont erronées et partielles voire absentes. La perception de leur corps dans l'espace devient alors très compliquée. Lors des déplacements dans l'espace, le contrôle visuel est indispensable pour se situer, afin d'éviter les angoisses et les chutes.

Selon Catherine Potel (2018), psychomotricienne, l'image du corps est « l'image que l'on se fait de soi ». Elle se construit dans les expériences psychocorporelles en lien avec les autres. Elle évolue donc tout au long de la vie. L'image du corps est un ensemble de représentations mentales du corps, incluant l'expérience perceptive (consciente) de son propre corps. Elle contribue au sentiment d'appartenance et à la distinction de soi (Schilder, 1968). Une personne ayant le SEDh peut vivre des expériences répétées de douleur et de chute. Ces événements peuvent progressivement s'inscrire dans une mémoire corporelle douloureuse, susceptible d'altérer la confiance dans son propre corps. Les traumatismes, soins répétés et hospitalisation peuvent altérer la perception de soi. Le corps devient un lieu vécu comme fragile et imprévisible. L'image du corps peut alors devenir instable, renforçant un sentiment d'insécurité interne (Hamonet et al., 2016). L'image du corps changeante amène à un sentiment de décalage face à ses pairs, voire de honte vis-à-vis de son propre corps. Cette comparaison peut être difficile à vivre et peut affecter l'estime de soi (Potel, 2018).

Le rapport au mouvement est profondément influencé par l'expérience corporelle du SED hypermobile. La douleur chronique, l'imprévisibilité des symptômes et la peur des blessures peuvent conduire à une ambivalence motrice : désir de bouger d'un côté, crainte du mouvement de l'autre. Tinkle et al. (2017) évoquent des stratégies d'évitement du mouvement, fréquemment mises en place par les patients afin de prévenir la douleur ou les accidents articulaires. Si ces stratégies peuvent être protectrices à court terme, elles favorisent à long terme le déconditionnement physique, la majoration des troubles proprioceptifs et la restriction du répertoire moteur. Le mouvement peut alors être vécu comme dangereux et épuisant. Dans cette perspective, l'accompagnement psychomoteur vise à restaurer un rapport plus sécurisant et plus ajusté au mouvement, en travaillant à la fois la qualité du geste, la perception corporelle et le plaisir.

2.8. Prise en charge psychomotrice du SED hypermobile

La prise en charge du SEDh repose sur une approche globale, individualisée et progressive. Elle intègre les dimensions corporelles, fonctionnelles et relationnelles. Dans ce cadre, la psychomotricité trouve toute sa place, en lien avec les recommandations de rééducation et les approches pluridisciplinaires. Hakimi (2025) insiste sur la nécessité d'une progressivité lente dans les objectifs et l'intensité des exercices, en raison de la fatigue importante et du risque d'exacerbation des symptômes. Elle respecte le rythme du patient et son ajustement tonico-émotionnel.

En psychomotricité, la prise en charge débute par un entretien et un bilan psychomoteur sur prescription médicale. Chez les patients présentant un SEDh, l'entretien explore l'histoire corporelle et émotionnelle du trouble, en tenant compte de l'impact émotionnel et social lié au vécu du corps du patient. Le sommeil et les centres d'intérêt sont aussi explorés pour comprendre le mode de vie global). L'évaluation psychomotrice s'oriente ensuite vers l'observation du tonus et du schéma corporel. Un examen du tonus évalue sa modulation et la régulation, en complément le test du sens musculaire de Soubiran renseigne sur les repères proprioceptifs du patient. Le schéma corporel est observé via le test des somatognosies de Bergès et l'engagement corporel en action. Enfin, le dessin de soi peut apporter des informations sur l'investissement affectif du corps (CR MOC & Filière OSCAR, 2020).

2.8.1. Objectifs psychomoteurs

Les objectifs de prise en charge psychomotrice s'articulent autour de plusieurs axes :

- Favoriser une meilleure régulation tonique
- Restaurer un sentiment de sécurité corporelle
- Réinvestir une image du corps plus positive
- Favoriser l'intégration sensorielle (proprioceptive)

Ces objectifs s'inscrivent dans une logique de prévention du déconditionnement physique et de limitation des stratégies d'évitement, tout en tenant compte de la douleur et de la fatigabilité (Hakimi, 2025).

2.8.2. Outils et médiations

Les outils et médiations utilisés en psychomotricité s'appuient sur des techniques de rééducation adaptées aux spécificités du SEDh. Hakimi (2025) mentionne notamment :

- Le travail proprioceptif
- La relaxation et des méthodes de respiration (cohérence cardiaque)
- Les exercices sensorimoteurs (mettre du sens sur les ressentis psychocorporels),
- Les activités fonctionnelles orientées vers les centres d'intérêt du patient

L'éducation thérapeutique du patient occupe également une place centrale, notamment autour de l'autogestion de la douleur, de la fatigue et de l'hypermobilité articulaire. Enfin, la prise en charge doit s'inscrire dans un cadre pluridisciplinaire, pour favoriser la cohérence des interventions et la continuité du parcours de soins (CR MOC & Filière OSCAR, 2020).

3. La médiation équine en psychomotricité

3.1. Le métier de psychomotricien et ses champs d'intervention

La psychomotricité constitue un champ disciplinaire à l'interface des sciences biomédicales et des sciences humaines et sociales. Elle s'intéresse aux liens dynamiques entre les

dimensions sensorielles, motrices, cognitives et affectives du sujet dans son environnement. Elle émerge en France dans les années 1950, à travers les travaux de Julian de Ajuriaguerra et Giselle Soubiran dans un contexte de recherche visant à penser conjointement le corps (corporéité) et le fonctionnement psychique (Giromini et al., 2024).

La psychomotricité se distingue par l'étendue de ses champs d'intervention, du nouveau-né à la personne âgée. Elle concerne un large éventail, allant de difficultés instrumentales aux pathologies avérées. Elle se fonde sur une approche globale de l'accompagnement du patient et de son trouble (Bonneil & Meunier,2020). La pratique psychomotrice mobilise des médiations à visée thérapeutique et rééducative.

De façon courante, la médiation est définie comme le « fait de servir d'intermédiaire entre deux ou plusieurs choses » (Girard & Musiol, 2016). Dans le champ de la clinique, la notion qui s'en rapproche est le tiers. Le tiers s'inscrit dans une relation duelle, en écho au développement relationnel initial de l'enfant. Il introduit un processus de triangulation correspondant à un troisième élément médiateur entre le sujet et autrui (Winnicott, 2015). Eiguer (2013) souligne que le tiers, notamment à travers des dispositifs médiatisés, soutient les processus de symbolisation. La relation triangulaire peut être ainsi comprise comme une organisation à trois pôles : sujet, autrui et élément tiers (Giromini, 2017).

Dans ce cadre, la médiation peut être définie comme un support intermédiaire inscrit dans la relation thérapeutique. Elle propose un espace d'exploration sensorielle et corporelle sécurisé par le cadre. Ce lieu amène à un processus d'élaboration progressive du vécu, par la transformation des éprouvés en représentation (Giromini, 2017). En psychomotricité, la médiation dépasse l 'usage d'un outil et soutient la rencontre thérapeutique. Elle prend sens dans l'expérience partagée entre le patient et le psychomotricien. Elle soutient une relationnelle indirecte, favorisant l'engagement du patient et la construction du lien thérapeutique (Giromini, 2019). Potel (2019) souligne que la médiation permet un accès privilégié au vécu corporel et émotionnel, notamment lorsque que la verbalisation est insuffisante ou impossible. Elle laisse ainsi place à une communication non verbale, où le psychomotricien prend en compte les éprouves psychocorporels du patient en passant par la symbolisation.

Pour Rodriguez (2022), les médiations s'inscrivent dans un cadre thérapeutique structuré et intentionnel, défini par des objectifs cliniques précis. Elles sont expliquées en amont afin de recueillir le consentement du patient et d'être adaptées à la prise charge. Le médiateur peut prendre différentes formes comme un objet, une activité, un jeu et une technique.

3.2. La médiation animale : cadre théorique et principes

L'International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHIAO) a posé, en 2014, des définitions précises concernant la pratique d'intervention assistée par l'animal (IAA). Les IAA sont des interventions structurées incluant l'animal dans un objectif précis. La mise en place de ce dispositif doit être menée par une personne ayant une formation initiale dans la santé, l'éducation ou le secteur social. Le professionnel doit aussi posséder des connaissances éthologiques précises sur l'animal afin de ne pas dériver vers des pratiques non recommandées pour le bien-être de l'animal et du patient accueilli (Lehotkay, 2021). Les IAA s'appuient sur une dyade entre l'humain et l'animal au service du bénéficiaire. Il existe trois types d'approche : la thérapie assistée par l'animal (TAA), l'éducation assistée par l'animal (EAA) et l'activité assistée par l'animal (AAA) (Lehotkay, 2021). Il n'existe pas de qualification reconnue par l'État en médiation animale.

L'animal n'est pas thérapeute, mais médiateur thérapeutique. En psychomotricité, c'est le psychomotricien qui propose au patient des exercices mettant en scène l'animal dans des objectifs thérapeutiques précis. Le psychomotricien, grâce à sa double formation paramédicale et à sa connaissance de l'animal, observe, adapte et oriente le suivi selon les besoins du patient. La médiation animale repose sur une relation triangulaire où le cheval joue un rôle de médiateur vivant dans la relation thérapeutique. (Lomellini-Dereclenne, 2018). La présence de l'animal amène un effet motivant, réduit les résistances et les réticences du patient et défocalise l'attention du patient de ses troubles. Il agit à établir l'alliance thérapeutique, en offrant une porte d'entrée neutre dans la prise en charge. Le patient peut entrer dans la prise en charge sans confrontation immédiate avec lui-même (Lehotkay, 2021).

La Fondation Adrienne et Pierre Sommer qui occupe aujourd'hui une place centrale dans le champ de la médiation animale définit la médiation animale comme « une méthode basée

sur les interactions positives entre l'humain et l'animal ». Ces interactions sont mobilisées dans des objectifs précis tels que la prévention, l'éducation et la thérapie. Cette médiation vise plusieurs dimensions, le bien-être, la communication, les capacités cognitives, psychiques, physiques et sociales. Ils concernent le sujet dans sa globalité. Elle repose sur un cadre professionnel identifié et sur des objectifs clairement définis (Fondation Adrienne et Pierre Sommer, 2024).

3.3. L'histoire de la médiation équine en France

Avant 1960, le cheval est principalement utilisé dans une perspective de rééducation motrice. Après les guerres mondiales se développe une rééducation physique des blessés de guerre et des personnes ayant un handicap moteur. La dimension psychique et relationnelle de l'apport du cheval n'est pas encore questionnée (Emond, 2022).

Le tournant fondateur en France se situe durant la décennie de 1960 à 1970. Renée de Lubersac, psychomotricienne, aborde en 1969 la rééducation par l'équitation dans son mémoire. Son approche mêle alors les techniques équestres classiques et les objectifs thérapeutiques. Hubert Lallery, kinésithérapeute, s'inscrit dans une approche centrée sur la rééducation motrice. Le cheval demeure encore comme un outil technique (Martin, 2025). Ensemble, ils contribuent à un modèle français articulant les champs de la rééducation médicale et une vision plus psychomotrice, s'appuyant sur le lien corps-psyché et la relation. Ce modèle hybride intègre progressivement la dimension psychique, relationnelle et la globalité du sujet. Le cheval est alors envisagé dans un contexte de soin complet (Martin, 2025).

En 1972, la création de l'Association Nationale de Rééducation par l'Équitation (ANDRE) structure une pratique nationale portée conjointement par Hubert Lallery et Renée de Lubersac. Elle promeut la rééducation par l'équitation et développe des actions à l'échelle nationale. À cette période, coexistent donc deux visions, celle de l'équitation adaptée et celle du soin thérapeutique (Emond, 2022).

En 1996, la création de la Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval (FENTAC) par Renée de Lubersac marque un tournant thérapeutique. La thérapie assistée avec le cheval

(TAC) exclut le champ sportif équestre et les techniques équestres classiques pour se centrer sur la relation au cheval. Le cheval devient un partenaire thérapeutique, dépassant le côté performant. Il se centre sur l'accompagnement du patient dans son vécu psychique et corporel global (Emond, 2022). Depuis 2010, on observe une multiplication des formations professionnelles, reflétant la diversité des pratiques actuelles (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018).

3.4. Les différentes formes de médiation équine

La médiation équine occupe aujourd'hui une place croissante dans l'accompagnement thérapeutique, éducatif et social. L'Institut Français du Cheval et de l'Équitation (IFCE) la définit comme « une relation de soins ou d'aide entre humains avec la participation d'un cheval, d'un poney ou d'un âne », précisant qu'elle peut proposer « une aide psychologique, une rééducation sensori-motrice, une aide éducative ou sociale » (IFCE, 2020). Elle souligne la diversité des modalités d'intervention et distingue leurs cadres professionnels et les mécanismes mobilisés.

Parmi ces modalités, l'équithérapie et l'hippothérapie constituent deux approches majeures particulièrement pertinentes dans le cadre de ce mémoire. Bien qu'elles reposent toutes deux sur l'utilisation du cheval comme médiateur, elles se différencient nettement par leurs objectifs thérapeutiques.

L'équithérapie s'inscrit dans une approche globale de la personne, en articulant les dimensions corporelles, psychiques et relationnelles. Elle mobilise le lien à l'animal dans une perspective psychocorporelle, visant à soutenir le bien-être émotionnel, favoriser l'expression psychique et accompagner certaines rééducations psychomotrices. Cette pratique peut être intégrée dans des dispositifs de soin portés par des professionnels des secteurs médico-social et paramédical (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018 ; Emond, 2022). Elle engage simultanément le corps, les émotions et la relation, ce qui la rend adaptée aux prises en soin complexes. L'équithérapie peut s'inscrire dans une démarche préventive en amont de l'apparition d'un trouble ou dans une approche à visée thérapeutique lors d'un diagnostic formel. Elle peut aussi renforcer l'adhésion du patient aux soins (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018).

À l'inverse, l'hippothérapie repose davantage sur une visée fonctionnelle et neuromotrice. Encadrée par des professionnels paramédicaux, elle utilise les propriétés biomécaniques du mouvement du cheval afin de stimuler les capacités motrices et posturales du patient (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018). Le cheval agit ici comme support dynamique de rééducation. Ses mouvements tridimensionnels, associés à sa chaleur corporelle, sollicitent directement les systèmes sensorimoteurs (Clayton & Hobbs, 2017). Elle demande au patient de maintenir son équilibre par de nouveaux ajustements posturaux. En effet, 30 minutes passer sur le dos d'un cheval mobilise en moyenne plus de 300 muscles et génère plus de 1600 stimulations neuromotrices. Ces mobilisations soutiennent le travail proprioceptif par des feed-back sensoriels et neuromoteurs (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018).

La médiation équine va au-delà du champ thérapeutique. Elle comprend également des approches orientées vers le développement personnel, social ou sportif. L'équicoaching, relève d'un accompagnement expérientiel à visée individuelle ou collective. Le cheval favorise la communication, la cohésion, les codes sociaux et le développement du potentiel individuel. Cette démarche, qui ne relève pas du soin, est portée par des psychologues et thérapeutes spécifiquement formés (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018 ; Emond, 2022). L'équicie s'inscrit davantage dans des dimensions sociales et éducatives, notamment autour des enjeux d'inclusion, d'autonomie et d'accès à des activités adaptées. Enfin, l'équitation adaptée se situe dans le champ du sport et du loisir. Elle propose un enseignement équestre et sportif aménagé pour les personnes en situation de handicap. Elle ne relève pas directement du soin ni d'objet thérapeutique (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018).

En définitive, la médiation équine recouvre un ensemble de pratiques hétérogènes, différenciées par leurs objectifs, leurs modalités d'intervention, les publics auxquels elles s'adressent ainsi que les compétences professionnelles requises (Caillarec-Chassé, Vidament, 2018). Les contre-indications demeurent relativement limitées et concernent principalement certaines allergies, des risques infectieux ou des restrictions liées à la pratique d'une activité physique ou de contextes pathologiques complexes.

Dans la perspective de ce mémoire, une attention particulière sera portée à l'équithérapie et à l'hippothérapie.

3.5. Apports psychocorporels du cheval dans la prise en charge

Par sa taille et sa force, le cheval possède une forte valeur symbolique pour l'Homme. Le cheval associe puissance et maîtrise, tout en restant un animal paisible et sociable (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018). Sur le plan psychique, il soutient les projections, facilite l'expression des affects et participe à une revalorisation de soi (Barrois et al., 2020). Sur le plan corporel, il mobilise le tonus et l'engagement global dans l'action. Le cheval devient alors médiateur par le dialogue tonico-émotionnelle instauré avec le patient. Sa présence soutient une expérience globale, où corps et psychisme s'articulent (John & Lemay, 2023).

3.5.1 Apports sensori-toniques du cheval

Le mouvement du cheval induit une mobilisation tridimensionnelle du bassin, comme un déplacement en « huit », engageant le corps dans une adaptation permanente (IFCE, 2020). Ce mouvement, proche du schéma de la marche humaine, sollicite et rééduque les mécanismes d'organisation tonico-posturale (IFCE, 2020). On observe alors un transfert d'appui controlatéral, une élévation et une antériorisation du bassin. Le cheval et le patient forment un système biomécanique où chaque mouvement influence la posture, avec une co-adaptation des mouvements et des ajustements toniques (Clayton & Hobbs, 2017). Les mouvements du cheval apportent des stimulations neuromotrices et des feedbacks sensoriels. Il favorise une mobilisation motrice plus intégrée (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018).

Dans ce contexte, les ajustements toniques se mettent en place de manière automatique, sans contrôle volontaire direct. Le maintien de l'équilibre assis sur le cheval nécessite un redressement actif du tronc. La marche du cheval induit des déséquilibres antéro-postérieurs et latéraux. Le patient doit ajuster en continue son tonus axial et maintenir son attention. Ces ajustements toniques rapides et précis constituent un support essentiel de la stabilité posturale (Clayton & Hobbs, 2017).

Les oscillations du dos du cheval sollicitent les mécanismes réflexes du maintien postural. Elles prolongent les ajustements initiaux et affinent le contrôle postural. Le bassin devient alors l'interface principale de la régulation, avec un rôle majeur de transmission et de modulation des ajustements toniques (Clayton & Hobbs, 2017). Le pas du cheval produit un effet de bercement régulier, favorisant une diminution des tensions musculaires et une

tendance au relâchement corporel. À l'inverse, le trot sollicite davantage les ajustements toniques, en augmentant le niveau d'activation corporelle et posturale. Les variations d'allure permettent ainsi une modulation fine du tonus en fonction des objectifs de stimulation (Caillarec-Chassé & Vidament, 2018).

La tonicité est également mise en jeu lors du travail à pied avec le cheval, contrairement à la situation montée, où c'est le cheval qui induit en grande partie les ajustements du patient. À pied, le patient participe activement à sa régulation tonico-posturale. En effet, Léa Lansade, chercheuse en éthologie, décrit le cheval comme un être sensible aux signaux corporels et émotionnels de l'humain. Le cheval perçoit finement les ajustements posturaux, les variations de tonicité et les manifestations corporelles. Cette lecture corporelle crée une forme de relation miroir, où les états internes de l'humain entraînent une forme de résonance dans les réponses du cheval (Lansade, 2023).

La mobilisation du cheval à pied nécessite alors un accordage avant toute action dirigée. Le patient doit instaurer un dialogue tonique cohérent. Si le patient décide d'avancer sans engager son buste et son regard vers l'avant, sa demande ne peut aboutir. Cet accordage se centre dans le corps du patient, qui doit moduler son tonus et maintenir une certaine stabilité posturale. Face à un patient hypertonique et avec une instabilité psychomotrice, le cheval peut se détourner de la relation. Un tonus ajusté favorise une interaction plus coopérative (Lansade, 2023). Il s'agit d'une co-régulation, rendant visibles les ajustements nécessaires.

Progressivement, un lien se crée entre intention, posture et dialogue tonique chez l'animal. Le sujet s'engage dans un ajustement corporel constant, par essais-erreurs. Les balades et les parcours psychomoteurs en longe sollicitent simultanément l'équilibre, l'orientation spatiale du corps et la régulation tonique. Cette activité s'inscrit dans un apprentissage sensorimoteur, où le geste influence automatiquement la réponse du cheval (Noble, 2025).

Des travaux éthologiques portant sur les neurones miroirs suggèrent que les chevaux sont capables d'ajuster leurs comportements moteurs en fonction de ceux de l'humain. Dans ce contexte, la notion d'isopraxie peut être mobilisée pour décrire la capacité du cheval à s'accorder aux comportements moteurs de l'humain. Le terme d'isoesthésie lui renvoie à un ajustement émotionnel entre les deux partenaires. Ces éléments rejoignent les travaux de Lansade sur la perception des états émotionnels humains par le cheval, notamment via

différentes modalités sensorielles (Jardat et al., 2023). Ce n'est pas une imitation directe, il s'agit néanmoins d'une coordination comportementale et émotionnelle (Trösch et al., 2019)

À pied, la mobilisation du cheval dépend de l'implication corporel global du patient. Le corps constitue alors le principal vecteur de communication, mobilisant une intention motrice claire et une organisation corporelle cohérente. Le patient engage un schéma corporel structuré, une régulation tonico-posturale ajustée et des capacités d'anticipation.

3.5.2 Apports psychomoteurs

La médiation équine engage le corps dans sa globalité. Le cheval devient un partenaire d'expérience, à partir duquel le patient peut éprouver, ajuster et transformer son organisation psychocorporelle. La médiation équine mobilise différentes fonctions psychomotrices.

Tonus : La relation au cheval et son mouvement soutiennent l'ajustement tonique du patient. Chaque variation de tension, même minime, est captée chez le cheval. Cette dynamique renvoie au dialogue tonique, où le corps devient support de communication non verbale (Ajuriaguerra, 1974a). Le patient apprend à moduler son engagement, à réguler ses tensions par la communication infra-verbale avec le cheval. Peu à peu, un accordage tonico-affectif peut émerger. Le cheval capte les variations émotionnelles, y répond, et offre ainsi un retour immédiat au patient. La médiation équine soutient la modulation du tonus de fond. Certaines situations favorisent l'apaisement, d'autres sollicitent davantage la mobilisation. L'ajustement se fait au cas par cas, en fonction des besoins du patient (Barrois et al., 2020 ; Martin, 2025).

Schéma corporel et image du corps : L'expérience avec le cheval sollicite fortement le schéma corporel. Le patient ajuste sa posture, coordonne ses mouvements et perçoit son corps en lien avec celui du cheval. Le travail sur de l'axe corporel soutient l'alignement, l'équilibre et organise des appuis. Ces expériences participent à une structuration corporelle progressive (Barrois et al., 2020). Le contact avec le cheval contribue également à renforcer les limites corporelles. Le patient différencie mieux de l'extérieur. Cette différenciation soutient la construction d'une enveloppe psychocorporelle (Anzieu, 1985). Cela rejoint la notion de *holding* de Winnicott, dans laquelle le corps est soutenu par un environnement contenant et sécurisant. Le cheval porteur, par son mouvement régulier, offre un contenant

corporel sécure. Le bercement, associé au contact et à la chaleur de l'animal, favorise des sensations proprioceptives qui participent à une meilleure perception des limites corporelles (Winnicott, 1965). Enfin, les expériences de réussite jouent un rôle important, comme parvenir à guider et entrer en relation avec le cheval. Ces réussites valorisent le patient, et soutiennent l'image du corps (Barrois et al., 2020 ; Martin, 2025). Les soins apportés au cheval évoquent la notion de *handling*. Prendre soin de l'autre contribue au sentiment de compétence. (Winnicott, 1965).

Motricité globale et fine : Les situations de médiation équine sollicitent largement la motricité globale. Marcher à côté du cheval, monter, s'adapter à ses déplacements implique l'équilibre dynamique et des coordinations globales. Le patient anticipe, planifie, ajuste en fonction des réactions du cheval. La motricité s'inscrit alors dans une intention. Les temps de soins mobilisent davantage la motricité fine. Brosser, curer les sabots, manipuler le matériel impliquent la dextérité et le contrôle gestuel, tout en incluant les coordinations oculo-manuelles. Les différents outils de pansage favorisent la prise et l'adaptation du geste. Ces activités soutiennent le développement des praxies, entendues comme des actions organisées et finalisées. (Barrois et al., 2020).

Espace et temps : La présence du cheval structure l'espace. Le patient doit ajuster sa distance et ses déplacements face au cheval. L'espace propre devient alors un espace partagé. Elle mobilise des repères extéroceptifs et intéroceptifs. Le patient apprend à se positionner, à anticiper les déplacements, à s'orienter dans l'environnement. Ces compétences soutiennent la structuration spatiale (Barrois et al., 2020). Le rythme du cheval impose une temporalité à laquelle le patient doit s'accorder selon les situations. Cette synchronisation favorise l'intégration du rythme. En écurie, chaque espace est délimité, et le patient peut alors anticiper, se repérer en fonction du lieu de la séance. La répétition des séances, leur régularité, participent également à structurer le temps (Barrois et al., 2020).

3.5.3 Dimension relationnelle et émotionnelle de la rencontre avec le cheval

Le cheval est un être vivant dynamique qui suscite curiosité et attention. Ce lien affectif avec le cheval permet un espace d'échange émotionnel non verbal. Le patient peut s'investir dans une relation non jugeante et contenante, où émerge un sentiment d'acceptation inconditionnel. Le cheval ne juge pas et ne compare pas. Il réagit directement aux attitudes

corporelles, aux intentions et aux variations du patient. Cette relation offre un cadre lisible et cohérent. Le patient peut alors repérer plus facilement les effets de ses comportements, car le cheval réagit immédiatement (Arachtingi & Lecocq, 2022).

La relation au cheval peut également prendre une dimension d'attachement. Certains patients investissent l'animal comme une figure stable, disponible, constante. Cette présence fiable peut soutenir un attachement sécurisant. Le cheval soutient ainsi la construction du lien thérapeutique, en constituant un premier point d'ancrage relationnel (Martin, 2025). Le cheval peut alors être envisagé comme un objet de transition. Il se situe entre le monde interne du sujet et la réalité extérieure. Il permet d'explorer des expériences passées, de rejouer certaines situations, tout en maintenant une distance suffisamment sécurisante. Cela explique les apports de Winnicott autour des objets transitionnels (Winnicott, 1975). La proximité corporelle, le toucher et le portage renforcent ce sentiment de sécurité. Le cheval offre une présence incarnée, en engageant pleinement le corps. Elle s'inscrit dans une expérience vécue, plus accessible quand la verbalisation est difficile (Barrois et al., 2020).

Dans l'interaction, le cheval capte avec finesse les tensions, les hésitations, les états d'agitation ou d'apaisement du patient. L'éthologie montre aussi que le cheval est capable de percevoir les émotions humaines. Il peut s'appuyer sur les expressions corporelles, les caractéristiques de la voix, mais également sur des indices olfactifs (Lansade, 2023). Plus précisément, certaines études montrent que les chevaux croisent différentes informations sensorielles pour identifier une émotion. Par exemple, ils peuvent associer une expression faciale à une tonalité vocale cohérente. Cette capacité suggère que le cheval ne perçoit pas juste les informations isolées. Il les associe pour catégoriser l'émotion (Jardat et al., 2021). D'autres travaux mettent en évidence le rôle de l'olfaction dans cette perception. Les chevaux sont capables de différencier des odeurs humaines associées à des états émotionnels distincts, comme la peur et la joie. Ils différencient les odeurs selon leur valence émotionnelle (Jardat et al., 2023). Les émotions humaines peuvent être perçues par le cheval même en l'absence de communication directe, à travers des signaux corporels implicites. Espèce grégaire, le cheval a développé des compétences fines de lecture des signaux sociaux pour assurer sa sécurité et celle du groupe. La domestication a renforcé cette sensibilité aux états émotionnels humains (Vidament, 2021).

Ainsi, capter les émotions ne signifie pas seulement les détecter, mais aussi les utiliser comme des informations pour orienter son comportement. Le patient reçoit alors un retour immédiat. Il s'inscrit dans le corps et les mouvements du cheval. Cette boucle interactionnelle favorise une prise de conscience progressive des liens entre états internes et effets relationnels. Dans ce cadre, la notion de « cheval-miroir » est évoquée, le comportement de l'animal pouvant refléter en partie l'état émotionnel du sujet. Toutefois, cette idée demande à être utilisée avec prudence. Nicolas Emond souligne l'importance de ne pas réduire les réactions du cheval à une simple lecture des émotions du patient (Emond, 2022). Le cheval reste un être vivant, avec ses propres perceptions, ses expériences et ses limites. La psychomotricienne doit maintenir une position clinique ajustée, en observant et mettant en lien sans interprétations projectives. Ce cadre permet de préserver la richesse de la rencontre, sans enfermer le patient dans une lecture univoque de ses émotions.

Par ailleurs, le cheval peut soutenir une forme de régulation émotionnelle. Sa présence stable, son rythme, sa chaleur corporelle participent à un apaisement. Cette co-régulation, souvent implicite, s'inscrit dans le corps avant d'être intégré psychiquement (Barrois et al., 2020). La relation au cheval offre un espace où les émotions peuvent être vécues sans crainte immédiate de jugement. Il peut tester, explorer, se tromper contenue par le cadre thérapeutique, ce qui soutient un travail émotionnel en profondeur (Martin, 2025).

3.6. La médiation équine comme support de la régulation tonico-émotionnelle

La médiation équine engage simultanément le corps et l'expérience émotionnelle. L'activité, la présence du cheval et les ajustements dans l'action mobilisent le patient dans sa globalité. Dans cette dynamique, le cadre proposé permet une mise en jeu du corps qui dépasse la simple exécution motrice. L'espace ouvert et sensoriellement riche favorise un ancrage dans le présent (IFCE, 2020). Le cheval, par sa sensibilité aux variations d'état, participe à une forme de co-régulation implicite. Cette interaction favorise ainsi un travail d'accordage tonico-émotionnel. Le sujet est alors amené à moduler ses réponses corporelles afin de maintenir une interaction stable et cohérente (Lansade, 2023). La médiation équine propose un espace permettant au patient de mieux percevoir, moduler et organiser ses états internes dans l'action et dans la relation.

3.7. Intérêt de la médiation équine chez les adolescentes présentant un SEDh

En psychomotricité, la prise en charge du SEDh vise la régulation tonique, la réappropriation corporelle, et la rééducation d'évitement lié à la douleur et à la fatigabilité (Hakimi, 2025). Dans cette perspective, la médiation équine peut être envisagée comme un support complémentaire. Elle offre une expérience corporelle de qualité.

Les activités de contact et de soin, comme le pansage, mobilisent une attention fine portée aux sensations tactiles, ainsi qu'à la posture du corps dans l'espace. Elle stimule la proprioception et améliore la perception des appuis. Dans l'hypermobilité articulaire, elle renforce les repères corporels et l'ancrage dans l'action (Barrois et al., 2020).
La présence du cheval nécessitant l'ajustement sollicite une régulation continue des états internes et constitue un support dans la gestion de la douleur. Elle engage le patient dans des expériences corporelles sans attente de performance. Le patient peut agir sans être centré sur ses sensations douloureuses. Cette implication peut ainsi contribuer à moduler le vécu de la douleur et à favoriser une reprise de confiance dans le mouvement (Brezing, 2020).

La médiation équine s'inscrit dans une relation triangulaire, entre le patient, le cheval et le thérapeute. Ce cadre relationnel soutient l'engagement du sujet, tout en offrant un espace sécurisé d'expérimentation corporelle. La présence du cheval facilite l'entrée en relation. Le psychomotricien peut s'appuyer sur les réactions du cheval pour faire prendre conscience au patient son corps et soutenir une régulation progressive des états internes (Molard, 2019).

Partie clinique

1. Terrain et dispositif thérapeutique

Pour cette dernière année, j'ai décidé de m'intéresser à des pratiques que je ne connaissais pas. Dans cette perspective, j'ai choisi d'effectuer un stage dans le cadre de la médiation équine avec une psychomotricienne exerçant en libéral, les jeudis, de septembre 2025 à juin 2026. Une fois diplômée, elle s'est spécialisée en médiation équine auprès de l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) en 2023 puis a entamé un diplôme universitaire de rééducation assistée par le cheval en 2024. Elle est propriétaire de deux chevaux médiateurs. Elle a adopté et formé son premier cheval, Napoleao en 2023. C'est un espagnol pie noir (avec de grandes taches noires et blanches) de 18 ans. Il est surnommé Napo pour les patients. Il a un caractère plutôt calme, respectueux et très sensible au contexte émotionnel qu'il est amené à rencontrer. Son second partenaire, Liptonik (Lipto pour les patients) est âgé de 5 ans. C'est un poney français de selle crème qu'elle a adopté et formé en 2024. Bien que jeune, il est très volontaire et est un parfait partenaire pour le travail en liberté. Par ses ajustements comportementaux, il reflète les variations tonico-émotionnelles de celui-ci (cheval miroir). Les deux chevaux sont très complémentaires, Napo convient plus aux populations inhibées, sensibles et personnes âgées. Et Lipto est à l'aise avec tout public (voir Annexe VIII).

La journée de stage s'organise en deux temps avec une matinée consacrée à la passation de bilan psychomoteur au sein d'une maison de santé, suivie par la rédaction de comptes rendus. Puis l'après-midi, un temps dédié aux séances de médiation équine. Ces dernières se déroulent à l'écurie, où nous retrouvons les patients pour des prises en charge d'une durée de 30 à 60 minutes selon leurs pathologies.

1.1 Cadre d'exercice et lieu de médiation équine

L'écurie de propriétaire fonctionne sous un format d'écurie active. Ce concept permet de proposer au cheval un mode de vie plus naturel et en lien avec ses besoins physiologiques et comportementaux. Elle respecte pleinement l'éthologie du cheval, vivant en troupeau et dehors avec un apport nutritif à volonté.

Ce centre se compose de plusieurs espaces ayant chacun des fonctions spécifiques :

- Le lieu de vie du cheval, l'écurie active, comprend des mangeoires à foin en libre accès ainsi qu'un distributeur automatique de complément, programmé et individualisé pour les besoins de chaque cheval ;
- L'équi-piste permet d'accueillir les chevaux dans un environnement répondant à leurs besoins fondamentaux (socialisation, déplacement libre, alimentation fibrée à volonté). Elle se compose de parcelles de champ fragmentées, ouvertes par alternance et entourées de chemin de circulation ;
- Le manège de 40 sur 20 m, semi-ouvert, qui permet le travail avec les chevaux quelles que soient les conditions météorologiques. Les cheveux, eux, y ont accès librement tous les matins pour favorise l'exploration et la détente (se rouler dans le sable) ;
- La carrière de 80 sur 40 m qui est connectée à un *spring garden* (espace aménagé avec différents sols et obstacles) ;
- L'abri paillé ouvert, avec disposition de foin et d'eau qui est dédiée aux séances de médiation équine (voir Annexe IX).

Lors des séances, au préalable, nous amenons les chevaux à l'écart de l'espace de vie. Cette démarche est faite pour permettre de créer un espace contenant et moins stimulant pour les patients. Le choix de ce lieu ne répond pas uniquement à des enjeux pratiques, il prend aussi en compte le bien-être du cheval. L'espace se rapproche de son lieu de vie, avec nourriture à disposition, liberté de mouvement possible, semi-ouvert permettant de rester en lien avec l'environnement et les autres congénères, et enfin de la paille pour les moments de repos.
Cet espace est polyvalent, offrant à la fois une protection vis-à-vis de l'environnement extérieur et un accès direct à celui-ci. Le sol recouvert de paille propose un support sensoriel spécifique, favorisant l'exploration tactile et vestibulaire, notamment lors de la marche. Cet environnement multisensoriel sollicite le patient l'engagement corporel et les capacités d'adaptation du patient. Il constitue aussi un espace privilégié pour les premiers contacts avec le cheval, dans une proxémie relationnelle sécurisante, favorisant le lien thérapeutique.

Le lieu des séances peut néanmoins varier en fonction de l'objectif travaillé : l'abri paillé, la sellerie, le manège, la carrière, voire un temps en extérieur (en forêt). Cette variabilité spatiale constitue un support d'adaptation aux besoins psychomoteurs du patient et de moduler les niveaux de stimulation sensorielle.

1.2 Le dispositif psychomoteur spécifique à la médiation équine

La fréquence des séances dépend des besoins du patient et des axes thérapeutiques établis à l'issue d'un bilan psychomoteur. Pour les patients que je rencontre le jeudi, une alternance d'une semaine sur deux est proposée. La situation financière des familles est prise en compte, les séances de médiation équine étant plus onéreuses que le cabinet. D'autant plus que la psychomotricité n'est pas remboursée. Chez les patients polyhandicapés, une fréquence hebdomadaire est privilégiée, au regard d'une rééducation plus intensive.

La séance débute par un temps d'accueil du patient auprès de sa famille ou du transporteur. Un premier échange permet de recueillir des éléments cliniques sur son état général. La rencontre avec les chevaux, Napo et Lipto, constitue un temps d'entrée dans la séance. Ce moment peut inclure des activités de pansage, un premier contact corporel, un nettoyage de l'écurie ou un échange verbal. Ce début de séance favorise la relation et la disponibilité psychocorporelle du patient. Le déroulé de la séance est ensuite expliqué au patient. Selon les situations, les exercices sont structurés ou laissés au choix du patient. Cette modalité est privilégiée chez les adolescents ou avec des patients présentant un TOP afin de favoriser l'engagement actif.

Le cœur de la séance peut s'appuyer sur différents supports : le travail à pied en longe avec le cheval, la création et la réalisation d'un parcours psychomoteur dans le manège, le pansage coordonné du cheval, le renforcement postural et du tonus axial à cheval, la relaxation psychomotrice à côté ou sur le cheval ainsi que le travail en liberté avec lui. Selon les patients et les problématiques rencontrées, d'autres propositions psychomotrices peuvent également être mises en place avec le cheval. Le retour de séance se déroule auprès des chevaux, avec un moment de contact ou de soin. Des supports comme le dessin ou l'écriture prolongent l'expression du vécu émotionnel du patient.

1.3 Le rôle du psychomotricien dans ce dispositif

Par sa formation initiale, la psychomotricienne apporte un regard spécifique sur les séances de médiation équine. Elle articule les dimensions corporelles, émotionnelles et relationnelles mobilisées avec le cheval. Elle assure tout d'abord un cadre thérapeutique clair et sécurisant, tant pour le patient que pour les chevaux médiateurs. Elle garantit la mise en place de ce

cadre et prend en compte les spécificités de l'écurie. En amont, elle prend en compte les éventuelles contre-indications (allergies, conditions médicales) afin d'adapter la prise en charge. Elle veille à la sécurité physique du patient face à l'animal, notamment en cas de réactions imprévisibles. Le cadre est ainsi explicité au patient afin d'assurer un environnement sécurisant, pour lui comme pour le cheval. La psychomotricienne est également vigilante au vécu émotionnel du patient. Le cheval, de grande taille et sensible aux variations émotionnelles, peut susciter des réactions intenses. L'environnement multisensoriel peut amener certains patients à manifester des comportements d'agitation et d'exploration désorganisée. La psychomotricienne observe ces comportements pour accompagner le patient à les identifier et limiter toute mise en danger. Elle repère lors du travail les différentes variations toniques, posturales, émotionnelles. Elle est attentive à la qualité du lien qui se construit entre le patient et le cheval. Elle respecte aussi le choix du cheval, acteur de la relation.

Elle relie ses observations cliniques à des apports théoriques, en donnant du sens à l'expérience corporelle, sensorielle et émotionnelle vécue par le patient. Elle accompagne leur mise en mots et leur élaboration symbolique afin de développer des compétences relationnelles adaptées. Enfin, elle s'appuie sur l'environnement et sur le cheval pour élaborer des dispositifs thérapeutiques en lien avec des axes psychomoteurs. Elle ajuste ses propositions aux capacités du patient et à la distance au cheval. Elle adapte progressivement les objectifs et activités aux besoins actuels du patient.

La psychomotricienne veille au bien-être des chevaux en s'assurant que les patients respectent leur espace et n'adoptent pas d'attitudes trop envahissantes dans les interactions. Elle respecte le rythme, les temps de repos et les besoins physiologiques des chevaux. En amont des séances, le paddock et l'abri sont préparés, en y disposant de la paille, du foin et de l'eau pour garantir un accueil adapté aux chevaux tout au long de l'après-midi. Durant la séance, elle adapte les rencontres en fonction des caractéristiques émotionnelles et comportementales de chaque cheval. Napo est davantage sollicité avec des patients calmes, afin d'éviter l'agitation motrice qui entraîne une surcharge émotionnelle du cheval. Cette vigilance soutient le bien-être du cheval et la qualité de son engagement dans la médiation. La psychomotricienne ne travaille pas uniquement avec le cheval, mais à travers lui, en tant que médiateur du vécu corporel et relationnel.

2. Population et méthodologie clinique

2.1 Profil des patientes

Dans le cadre de la médiation équine, le public accueilli comporte un large éventail. Au cours de ce stage, nous accompagnons des enfants et des adolescents de 4 à 19 ans, ainsi qu'une adulte de 35 ans. Les patients présentent une grande diversité de profils cliniques, relevant principalement des troubles du neurodéveloppement, notamment le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le haut potentiel intellectuel ainsi que le trouble du développement intellectuel. D'autres patients présentent des pathologies d'origine génétique, comme le SED, ou encore des patients avec des répercussions entraînant un polyhandicap moteur, cognitif et/ou sensoriel. Dans ce contexte, mon choix s'est porté sur deux patientes adolescentes, toutes deux présentant un SED de type hypermobile. Ce choix repose à la fois sur leur similarité de leur pathologie et la convergence de leurs manifestations cliniques, notamment concernant les douleurs chroniques, la fatigabilité importante, l'instabilité corporelle et des difficultés de régulation émotionnelle observées.

Mon intérêt s'est orienté sur leur parcours de soins dense, marqué par des multiples prises en charge médicales et paramédicales. Elles expriment se sentir moins engagées dans des approches thérapeutiques plus formelles. A l'inverse, le cadre de la médiation équine semble favoriser chez elles une implication accrue, un engagement relationnel plus important et un investissement corporel plus spontané. Ce sont toutes deux des patientes investies dans leur suivi, avec des évolutions progressives malgré des périodes de stagnation, voire de rechute, en lien avec leur pathologie.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans cette perspective, la sélection des patients s'est appuyée sur des critères d'inclusion et d'exclusion précis, détaillés ci-dessous.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants : tout patient adolescents (de 10 à 19 ans), de sexe féminin, présentant un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, avec des

manifestations psychomotrice associés (douleurs chronique, instabilité posturale, fatigabilité importante, difficultés de régulation émotionnelle), suivi en psychomotricité en médiation équine. Les critères de non-inclusion/exclusion correspondent aux caractéristiques incompatibles dans la sélection en accord avec l'homogénéité attendue. Ils comprennent : tout patient enfants, adultes et personnes âgées, sexe masculin, absence de diagnostic de SEDh, contre-indication médicale à la pratique de la médiation, phobie majeure du cheval, allergies sévères.

Cette recherche de critères a été validée par l'accord verbal des patientes et de leurs familles de l'utilisation des données dans le cadre de mon mémoire.

2.3 Présentation synthétique des cas cliniques retenus

Afin d'illustrer cette étude, les deux cas cliniques retenus sont Alix âgée de 19 ans et Lucie âgée de 14 ans. Par souci de confidentialité, les prénoms ainsi que les lieux de prise en charge ont été anonymisés. Une présentation synthétique est développée ci-après.

Alix est en terminale dans une filière professionnelle, elle présente une grande sensibilité émotionnelle, associée à une certaine hypervigilance. Elle est suivie en médiation équine depuis 2023, à raison de 2 à 4 séances mensuelles. La fréquence varie en fonction de sa fatigabilité et de son emploi du temps dense au vu des autres prises en charge. Les objectifs thérapeutiques s'orientent principalement sur la gestion émotionnelle, au niveau de l'identification et l'expression des émotions. Tout en développant l'ajustement tonique avec un travail sur la gestion de l'anxiété, des émotions et de son vécu corporel douloureux.

Lucie est scolarisée en classe de troisième. Elle se montre curieuse et investie. Les séances ont lieu en fin de journée après les temps scolaires. L'année précédente, elle a bénéficié d'un suivi hebdomadaire. Cette année, le rythme a été ajusté en concertation avec ses besoins et la famille. Ainsi, le suivi permet de répondre à la volonté de Lucie afin de travailler sur des difficultés émotionnelles ponctuelles, avec une fréquence fluctuante allant d'une séance mensuelle à une séance tous les 2 mois. Le travail thérapeutique s'oriente principalement autour de la gestion de l'anxiété, des émotions et de la douleur.

2.4 Cadre méthodologique

Dans le cadre de ce travail, un dispositif méthodologique a été mis en place afin de structurer les observations cliniques. Dans la mesure du possible, cette étude protocolaire sert à objectiver les effets de la médiation sur la régulation émotionnelle et l'anxiété. L'objectif est de croiser une approche qualitative, issue des comptes rendus de séance, associé à des outils standardisés permettant d'évaluer de façon objective certains paramètres émotionnels. La mise en place de cette démarche protocolaire, vise à limiter les biais d'interprétation et d'interroger la spécificité des effets observés. Ces tests permettent aussi de déterminer une possible évolution, ou de distinguer des stagnations ou régressions. Cette approche vise à vérifier dans quelle mesure les changements observés peuvent être attribués à la médiation équine. Elle ne néglige pas l'influence d'autres facteurs, comme la relation thérapeutique, le contexte et la subjectivité. Ce protocole s'inscrit dans une démarche clinique rigoureuse, tout en prenant en compte des limites d'une étude clinique de ce type.

2.5 Outils et grilles d'observations

Afin de soutenir l'observation clinique par des données plus objectives, plusieurs outils d'évaluation psychométriques ont été mobilisés. Deux outils d'auto-évaluation ont été utilisés afin d'évaluer le niveau d'anxiété des deux patientes :

- L'Inventaire d'anxiété de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI)
- L'Inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI, forme Y).

Le *Beck Anxiety Inventory* (Beck et al., 1988) présente l'avantage d'être spécifiquement centré sur les symptômes anxieux, ce qui permet de distinguer l'anxiété d'autres troubles émotionnels, notamment la dépression (voir annexe X). En effet, bien que ces deux dimensions puissent coexister, leurs manifestations diffèrent, et le BAI cible principalement les symptômes somatiques associées à l'anxiété. Ce questionnaire repose sur une échelle de modalité d'impacts du signe sur la vie quotidienne sur 4 points : pas du tout : 0 point ; un peu : 1 point ; modérément : 2 points ; beaucoup : 3 points.

Il comprend 21 items. L'interprétation du score total se fait par addition des items. Il varie de 0 à 63. Les seuils d'interprétation sont les suivants :

- 0 à 7 correspond à une anxiété minimale ;
- 8 à 15 à une anxiété légère,
- 16 à 25 à une anxiété modérée ;
- 26 à 63 à une anxiété sévère.

Néanmoins, cet outil ne constitue qu'un élément de l'évaluation globale. Les résultats observés doivent être interprétés selon l'histoire clinique, l'état de santé général et le contexte psychologique du patient. Il peut être utilement complété par d'autres outils afin d'obtenir une vision plus globale du fonctionnement psychique.

L'Inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger, édité dans le manuel de Schweitzer et Paulhan (1993) est un questionnaire auto-administré (voir annexe XI). Cet outil propose une estimation ponctuelle du niveau d'anxiété, il ne constitue pas de diagnostic. Lors de sa passation, il est recommandé de présenter l'outil comme un « questionnaire d'auto-évaluation », sans mention explicite du terme anxiété pour limiter les biais de réponse. L'échelle d'anxiété-trait repose sur une fréquence des ressentis évaluée en quatre degrés : “non”, “plutôt non”, “plutôt oui”, “oui”. Chaque item est coté de 1 à 4 selon son intensité, avec une inversion de cotation pour certains items. Le score total varie de 20 à 80.

Les seuils d'interprétation sont les suivants :

- Un score inférieur à 35 correspond à un niveau d'anxiété minimal ;
- Entre 36 et 45 à un niveau faible ;
- Entre 46 et 55 à un niveau modéré ;
- Entre 56 et 65 à un niveau élevé ;
- Un score supérieur à 65 correspond à un niveau d’anxiété très élevé.

Ces outils fournissent des données quantitatives permettant de suivre l’évolution de l’anxiété au fil des séances. Ils viennent en complément des observations cliniques, sans toutefois, en rendre compte à eux seuls de la complexité du psychocorporel.

En complément, une échelle visuelle analogique (EVA) a été mise en place afin de mesurer l’intensité de la douleur. Cette échelle est graduée de zéro à dix, la valeur 0 correspond à l’absence de douleurs et 10 à la douleur la plus intense. Cet outil thérapeutique est simple d’utilisation afin de permettre aux patients d’identifier leurs douleurs.

2.6 Analyses qualitatives

L'analyse des données repose principalement sur une approche qualitative, centrée sur les observations cliniques réalisées au cours de la séance.

Elle s'organise autour de plusieurs axes complémentaires. D'une part, elle prend en compte variations de l'ajustement, tonique et de la posture globale en lien avec les contextes émotionnels. D'autre part, à travers la relation avec le cheval, elle observe l'impact sur la tonicité, l'équilibre, le dialogue tonique et l'engagement corporel du patient. Toute la sphère expressive du corps est également prise en compte, à travers la qualité des coordinations, la fluidité gestuelle et la respiration. Enfin, je m'intéresse aussi à la fonction thérapeutique du cheval dans le registre émotionnel. À travers son effet miroir et co-régulateur, j'analyse son influence autour de la prise de conscience et la verbalisation du vécu corporel du patient. L'intervention de la psychomotricienne est essentielle pour accompagner ces manifestations, les mettre en sens et soutenir leur élaboration au sein de la relation triadique.

2.7 Limites méthodologiques

Plusieurs limites méthodologiques sont à prendre en compte pour la réalisation de ce travail. Au vu de la taille de l'échantillon, limitée à deux patientes et l'individualité du suivi, les possibilités de comparaisons et de statiques mesurables sont restreintes. Cette étude s'inscrit davantage dans une perspective qualitative et exploratoire. Son objectif se centre principalement autour de l'apport de la médiation équine dans la clinique que de généraliser des résultats.

L'observation clinique peut comporter par ailleurs une part de subjectivité inhérente à tout travail de terrain psychomoteur. Les interprétations reposent sur l'analyse des ajustements corporels, des postures, des réactions émotionnelles et de la manière dont les patientes investissent la relation avec le cheval. Le cheval reste un partenaire vivant, ce qui constitue une variable difficilement contrôlable. Ses caractéristiques individuelles (tempérament, niveau de vigilance ou de détente, besoins physiologiques, maladie, blessures, etc.) influencent la dynamique de la séance, telle la qualité du lien et l'ajustement tonico-émotionnel du patient. Ces variations ne sont toujours pas prévisibles, même si elles peuvent enrichir la compréhension du processus thérapeutique. Par ailleurs, l'utilisation d'outils

d'auto-évaluation, bien qu'elle permette d'objectiver l'anxiété ou la douleur, reste fortement dépendant de la perception subjective des patientes. Les facteurs comme la fatigue, l'émotion ou la disponibilité psychique peuvent influencer la cohérence des réponses. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation des données, sans remettre en cause la pertinence de ces outils, qui restent complémentaires à la clinique. D'autres facteurs, tels que la régularité des séances et l'état psychocorporel et psychoaffectif du patient peuvent interagir avec les effets observés. Ces limites soulignent la nécessité de lire les résultats dans une perspective clinique rigoureuse.

3. Présentation des cas cliniques

3.1 Cas clinique d'Alix

3.1.1 Anamnèse

Alix est né le 23 mars 2007, d'une grossesse gémellaire médicalement assistée. Elle est marquée par une naissance prématurée à 33 semaines et 4 jours d'aménorrhée, causée par un contexte de rupture spontanée des membranes et de perte du bouchon muqueux. La naissance s'est faite en césarienne d'urgence. Elle présente des difficultés pour l'alimentation ce qui nécessite un gavage. Une tétine est mise en place pour stimuler le réflexe de succion.

Au niveau de son développement psychomoteur, ses acquisitions apparaissent hétérogènes. Alix n'est pas passée par le stade du quatre pattes, elle effectuait des déplacements en rampant. Très tôt, elle manifeste une difficulté à tolérer la position allongée, préférant être dans une position assise ou portée. La position assise est acquise avec aide vers 7 mois et demi, le retournement sur le ventre vers 8 mois et la station debout vers 11 mois. Des conduites motrices à risque sont rapportées, avec une tendance à grimper aux meubles, entraînant des chutes répétées. Cette recherche d'exploration motrice semble s'accompagner d'une maladresse importante. Le sommeil constitue un élément marquant du développement d'Alix. Elle présente un besoin de sommeil important dès la petite enfance, avec des siestes prolongées. Ce besoin persiste actuellement avec des siestes pouvant aller jusqu'à plus de 4 heures par jour en période de fatigue intense. Elle présente un investissement tardif et limité dans les activités de jeu. Elle ne joue pas seule durant l'enfance et n'accède aux jeux symboliques (Playmobil, Barbie, Lego, etc.) qu'autour de l'âge de 12 ans.

Sur le plan scolaire, Alix rencontre des difficultés d'adaptations et d'apprentissages. En maternelle, elle présente une fatigabilité importante nécessitant des temps de repos chez une assistante maternelle l'après-midi. Les apprentissages fondamentaux sont marqués par une lenteur de lecture et des difficultés d'organisation praxiques, notamment dans l'habillage. Des troubles visuels (astigmatie et hypermétropie) sont décelés à 4 ans nécessitant le port de lunettes. Une demande de bilan orthophonique est formulée en grande section, sans réel soutien de l'équipe enseignante. Face aux difficultés persistantes, Alix bénéficie d'un accompagnement scolaire adapté avec la mise en place d'une accompagnante d'élève en situation de handicap (AESH) en 2015, puis une orientation en dispositif d'unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) en 2017.

Sur le plan somatique, Alix présente une symptomatologie complexe. Une suspicion de SED est évoquée vers l'âge de 11 ans par une neuropsychologue. Le diagnostic de SEDh est confirmé en avril 2021. Au préalable, un bilan génétique a permis d'écarter d'autres formes du SED. Son tableau clinique s'accompagne de douleurs articulaires fréquentes (tendinites, entorses, subluxations), d'une cicatrisation longue et difficile, ainsi que d'une maladresse psychomotrice en lien avec un trouble de la proprioception.

Alix présente également une fatigabilité majeure, des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement) et des troubles sensoriels (hyperacousie, extrémités froides, troubles visuels avec diplopie). Sur le plan neurologique elle présente des tremblements des mains s'accompagnant de parésies aux niveaux des doigts qui se caractérisent par des fourmillements. Une faiblesse latéralisée à gauche, avec un manque de sensation lors du toucher (paresthésies) est observée. Des troubles digestifs sont également présents, incluant une constipation chronique et des brûlures gastriques. Une dysphagie est également observée, avec un passage alimentaire partiel au niveau de l'œsophage.

Sur le plan cognitif et psychique, elle présente un trouble de l'attention avec hyperactivité mentale, associé à des difficultés d'inhibition et de flexibilité mentale avec logorrhées. Un déficit de la mémoire de travail est aussi observé, impactant les nouveaux apprentissages. Alix présente également un tableau anxieux important, marqué par des peurs envahissantes (mort, ascenseur, anxiété sociale, etc.), s'inscrivant dans un syndrome anxio-dépressif. Elle présente des tachycardies supra jonctionnelles nécessitant un traitement par bêta-bloquant.

Le parcours de soins d'Alix est dense et pluridisciplinaire. Elle bénéficie d'un suivi ORL et gastrologique depuis ses 2 ans puis d'un suivi cardiologique débutant à ses 7 ans. Ces suivis sont toujours d'actualités, à raison de 1 à 2 consultations par an. Elle est également suivie en pneumologie depuis 2023. Sur le plan rééducatif, elle a bénéficié d'un suivi en ergothérapie de 2015 et 2023 et d'orthophonie de 2013 à 2022. Un suivi pédopsychiatrique et neuropsychologique sont également instaurés à partir de 2019. Concernant la prise en charge en psychomotricité, un premier suivi est mis en place entre juillet 2019 et novembre 2021. Il est repris en décembre 2021, avec la psychomotricienne qui la suit actuellement. Un bilan psychomoteur a été réalisé en 2022, avec une rééducation à raison d'une séance toutes les deux semaines, puis d'une séance hebdomadaire depuis décembre 2025 à la demande d'Alix dans un contexte de recrudescence dépressive. Alix bénéficie d'une reconnaissance de handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), couvrant les frais médicaux et en partie paramédicaux. Elle est reconnue avec un fort pourcentage de handicap.

3.1.2 Indication en médiation équine

En septembre 2023, les séances de psychomotricité réalisées au cabinet ont été suspendues au profit d'un suivi en médiation équine. La fréquence a été ajustée à une séance hebdomadaire d'une heure. Cette modalité a permis d'observer une meilleure continuité dans l'accompagnement et une plus grande stabilité des effets thérapeutiques en 2024-2025.

La médiation équine a été indiquée pour mobiliser davantage la sphère psychoaffective et poursuivre un travail moteur de fond. La prise en charge s'inscrit dans la durée au vu des acquisitions restant fragiles et susceptibles de fluctuer en fonction de son état de santé. Dans ce contexte, la médiation équine permet de proposer un cadre contenant et adapté à la variabilité de ses capacités, tout en soutenant un engagement corporel. Par les stimulations sensorielles et rythmiques qu'il induit, le cheval favorise une mobilisation douce du corps, compatible avec ses douleurs et ses limitations articulaires. Les observations cliniques des années précédentes mettent en évidence les effets bénéfiques de cette médiation. Elle a contribué à la diminution de l'anxiété, dont l'augmentation était notable durant l'année. Sur le plan moteur et sensoriel, des progrès sont observés dans la disponibilité corporelle, la modulation tonique et l'implication d'Alix au cours des séances.

3.1.3 Axes thérapeutiques en médiation équine

Au regard de la fatigabilité d'Alix et de la variabilité de son état de santé, les axes thérapeutiques sont ajustés de manière souple et individualisée au cours des séances. Le projet thérapeutique en médiation équine comprend les axes suivants :

- Amener une régulation tonico-émotionnelle
- Renforcer le sens proprioceptif et les ajustements tonico-posturaux
- Favoriser des appuis solides et un meilleur équilibre
- Renforcer le repérage spatial par des biais sensoriels
- Soutenir l'autonomie et l'engagement corporel

Ce projet vient soutenir l'équilibre psychocorporel dans un cadre sécurisant et adapté à ses besoins.

3.2 Cas clinique de Lucie

3.2.1 Anamnèse

Lucie est née le 9 juin 2011, à la suite d'une grossesse sans complications. Les trois dernières semaines de grossesse sont marquées par des fourmillements et engourdissements diffus dans les membres de sa mère, ayant conduit à une consultation en urgence. Un bilan hépatique relève une altération du fonctionnement du foie, conduisant à un accouchement déclenché sous péridurale, sans complication majeure.

Les premiers mois de vie de Lucie sont marqués par une forte somnolence, elle dort beaucoup et nécessite d'être stimulée pour s'alimenter. Par la suite, elle devient plus irritable, avec des pleurs fréquents et un besoin de réassurance important. Elle présente de nombreuses pathologies infantiles conduisant à un suivi à l'hôpital pour suspicion de déficience immunitaire. Une amélioration est observée autour de l'âge de ses 3 ans. Le développement psychomoteur de Lucie apparaît contrasté. Les compétences cognitives sont décrites comme bien développées, avec un langage riche et soutenu acquis rapidement. En revanche, sur le plan moteur, elle semble passive et exprime peu d'intérêt aux activités motrices et

corporelles. Lucie manifeste des douleurs lors de la mise en mouvement, la conduisant à se replier sur des activités plus sédentaires.

Des particularités sensorielles sont rapportées. Lucie présente une hypersensibilité tactile, au niveau de certaines matières ou éléments de vêtements. L'alimentation est également décrite comme complexe, en lien avec des sélectivités sensorielles concernant les textures, les odeurs et les goûts. Sur le plan dermatologique, Lucie a une peau atopique avec de l'eczéma et des difficultés de cicatrisation, notamment au niveau du contour des yeux.

L'entrée à l'école maternelle se déroule initialement dans un cadre contenant et bienveillant avec des enseignants attentifs à ses besoins. Toutefois, la dernière année de maternelle est plus difficile, Lucie étant alors perçue comme une enfant "difficile". Lucie apparaît en retrait dans ses relations avec ses pairs et les adultes, entraînant deux épisodes de déscolarisation en CE2 et CM2. La relation parent-enfant est conflictuelle, notamment autour des limites et de la frustration, difficilement tolérables pour Lucie. Un besoin de proximité important est retrouvé, avec un cododo prolongé jusqu'à l'entrée du collège.

Sur le plan médical, le questionnement autour du SED émerge à partir de l'entrée au collège. Les signes évocateurs sont des entorses à répétition, une hyperlaxité articulaire et des anomalies de la peau (eczéma, vergetures, cicatrices). Le diagnostic est SEDh est posé par un généticien en 2024.

Le parcours de soins de Lucie est lui aussi pluridisciplinaire. Elle bénéficie d'un suivi en kinésithérapie afin de prévenir et limiter les conséquences de l'hypermobilité articulaire et diminuer les douleurs articulaires. En complément, elle est accompagnée par un centre anti-douleur avec la mise en place d'un dispositif de neurostimulation transcutanée (TENS), permettant d'atténuer les crises de douleurs. Un suivi psychologique est instauré après sa deuxième déscolarisation et identifie en 2017 un haut potentiel intellectuel (HPI). Lors de l'évaluation du quotient intellectuel (QI), des hypothèses de troubles spécifiques des apprentissages, tel que la dyspraxie, sont évoquées. Cependant, après un bilan psychomoteur en 2024, le diagnostic de dyspraxie n'est pas retenu. Le suivi en psychomotricité a débuté en cabinet puis l'indication en médiation équine a été proposée à la famille.

3.2.2 Indication en médiation équine

Dans le cadre de la prise en charge psychomotrice de Lucie, la médiation équine a été proposée au regard de son fonctionnement global, marqué par une forte sensibilité émotionnelle et un vécu corporel fragilisé.

Lucie présente une anxiété importante et des difficultés relationnelles avec ses pairs. Son rapport au corps montre un désengagement dans les activités motrices, en lien avec des vécus douloureux. Dans ce contexte, la médiation équine constitue une indication pertinente, le cheval offrant un support relationnel et corporel spécifique. Par sa présence contenante et non jugeante, il favorise un engagement relationnel plus apaisé. Le cadre thérapeutique de l'écurie favorise également les interactions avec la psychomotricienne et facilite l'engagement corporel. Il s'inscrit dans un espace moins formel, se distinguant des modalités de prises en charge plus classiques. Les observations cliniques de l'année précédente mettent en évidence des effets positifs de cette médiation. Lucie montre une meilleure gestion du stress et régulation des émotions. Elle exprime réussir à s'engager davantage dans un contexte moins anxiogène. Ces effets se répercutent positivement dans son quotidien, y compris en milieu scolaire.

La médiation équine s'inscrit comme un outil thérapeutique adapté, tout en respectant les besoins de Lucie. Face à l'évolution favorable et pérenne des compétences psychomotrices de Lucie, incluant la sphère émotionnelle, la psychomotricienne a proposé un arrêt de suivi. Cette proposition a été refusée par Lucie et sa famille, qui ont souhaité maintenir des séances mensuelles, afin de préserver un espace d'expression psychocorporelle positif.

3.2.3 Objectifs psychomoteurs

Les séances de psychomotricité à médiation équine pour Lucie s'inscrivent dans un projet thérapeutique visant plusieurs axes :

- Favoriser la régulation tonique et tonico-émotionnelle
- Soutenir l'identification, l'expression et la régulation des émotions
- Renforcer l'investissement du corps et l'ancrage
- Soutenir l'affirmation de soi et l'ajustement relationnel

- Développer les capacités attentionnelles et de concentration

Il vient soutenir l'émergence d'une régulation tonico-émotionnelle dans un cadre sécurisant et adapté à ses besoins.

4. Analyse des séances

4.1 Première rencontre avec Alix

Je rencontre Alix, âgée de 18 ans, dans le cadre d'un suivi en psychomotricité à médiation équine depuis 2023. Dès les premiers échanges, Alix semble être à l'aise dans la relation, avec une bonne capacité d'adaptation en ma présence. Elle adopte une posture ouverte, en verbalisant facilement ses ressenties et son parcours de soin. Toutefois, derrière cette aisance relationnelle, Alix arrive avec un état de tension, elle exprime une grande anxiété face aux enjeux de son année. Elle anticipe les périodes où elle sait que son état de santé est bas, et espère que cela n'aura pas d'impact sur les échéances du baccalauréat et les différents qu'elle doit effectuer.

J'observe ainsi au niveau de son organisation tonico-posturale, une posture marquée par un schème à dominance antéro-postérieure, associée à un versant hypotonique. Cette hypotonie relative se traduit cliniquement par un manque de tenu de tronc, amenant à l'affaissement axial et à une difficulté à maintenir un équilibre statique.

J'ai pu noter un changement d'émotions et d'engagement, à la vue des chevaux. Alix était plus attentive à son environnement. Elle s'est immédiatement approchée de Napo, avec qui elle a un lien très fusionnel. Alix rentre en relation avec lui, en veillant à être ajustée et prend le temps de ralentir, venir le caresser et lui parler. Elle s'accorde au rythme de Napo, qui est détendu (mastication), ce qui contraste avec son anxiété initiale. Après cette interaction, elle communique avoir eu l'impression qu'elle était dans une bulle avec lui. La présence du cheval témoigne d'une certaine contenance bénéfique pour la patiente.

J'ai pu constater un changement d'état tonique, avec des signes de relâchement au cours de la séance. Ceux-ci sont observables au niveau de la ceinture scapulaire, avec un abaissement des épaules et un relâchement de la tête. Alix vient se déposer sur le cheval, lui fait un câlin.

L'entièreté de ses membres supérieurs sont déposées autour du cou de Napo. Ce relâchement semble s'accompagner d'un apaisement émotionnel, où elle exprime ne penser qu'au moment présent avec le cheval.

D'après les éléments rapportés par sa mère, Alix présente des difficultés à identifier et comprendre ses états émotionnels. Lors de cette première séance, elle peut exprimer ses peurs et son stress, mais j'observe une difficulté à les moduler donnant l'impression qu'elle est dépassée par son anxiété. Elle observe néanmoins mieux les émotions d'autrui, elle peut nous faire part que Lipto et Napo semblent heureux et détendus. Ce qui dénote d'une bonne capacité d'identification sociale des émotions et une certaine empathie.
Alix se montre particulièrement investie dans le suivi psychomoteur. Elle trouve que le cadre contenant, lui permet de participer et de s'engager sans être jugée. Ce dispositif met en évidence un levier thérapeutique pertinent.

4.2 Déroulé chronologique des séances d'Alix

Chaque séance débute et se termine par une évaluation de l'état anxieux à l'aide de l'Inventaire de Spielberger, complétée par l'Inventaire de Beck et que l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur.

- Séance du 13 novembre (séance de 30 minutes)

Alix se présente dans un état de fatigue important, consécutif à une hospitalisation récente pour tachycardie et à l'enchaînement avec un stage scolaire. Pour cette séance, elle a choisi une relaxation par inductions verbales, guidée par la psychomotricienne, dans la paille, en présence des chevaux. Une couverture est ajoutée pour favoriser le confort et la contenance.

Nous débutons par un temps de cohérence cardiaque, au cours duquel Alix parvient à ralentir son rythme respiratoire. Elle reste toutefois attentive aux bruits environnementaux, ce qui amène quelques sursauts et une difficulté à maintenir le rythme de l'exercice. Durant la relaxation, Alix maintient son attention, sans mimiques faciales d'inconfort. Sa respiration devient constante et lente, entraînant un relâchement tonique. Je constate qu'elle se réajuste jusqu'à déposer l'ensemble de son corps dans la paille.

Après la séance, Alix observe et analyse l'état tonico-émotionnel des chevaux. Elle relève que Napo présente une détente partielle, associée à une hypervigilance liée à la présence de d'autres cheveux, contrairement à Lipto qui s'allonge. Cette séance montre qu'Alix mobilise ses capacités de représentation et de perception des états émotionnels et corporels, tant chez elle que chez le cheval.

- Séance du 20 novembre (introduction de la méthodologie protocolaire)

Cette troisième séance débute par l'introduction des outils d'évaluation de l'anxiété et de la douleur. Elle relève un score de 73/80 selon l'inventaire de Spielberger, ce qui correspond à un niveau d'anxiété "très élevé". En corrélation, l'inventaire de Beck met en évidence un score total de 29/63, considéré comme un signe d'anxiété sévère. L'échelle de la douleur est de 8/10, avec une grande peur d'avoir mal.

La séance débute avec de la cohérence cardiaque, afin d'amener Alix à prendre conscience de sa respiration et à réguler progressivement son rythme respiratoire. Alix semble au départ passive et vigilante aux stimuli externes. Nous lui proposons de fermer les yeux et de se concentrer sur le son et le visuel émis par l'application. S'ensuit un travail de relaxation active inspiré de la méthode de Jacobson, mené dans la paille, au plus près des chevaux, afin de maintenir leur état de calme et soutenir le dialogue tonico-émotionnel. Dans ce cadre, Alix est amenée à identifier ses zones de tension ainsi qu'à moduler son tonus musculaire. La proximité du cheval, par sa présence contenante et l'ambiance calme du lieu semble faciliter son entrée en détente. Alix parvient progressivement à effectuer plusieurs niveaux d'intensité dans la contraction (forte, moyenne et faible). Je note un relâchement plus accessible au niveau des membres supérieurs (mains, épaules et visage), où Alix parvient à diminuer ses tensions.

En revanche, elle exprime en fin de séance une tension persistante au niveau des membres inférieurs. La contraction y est possible, mais le relâchement reste plus difficile à obtenir sur un temps plutôt court. Cette séance met en évidence une hypertonie de fond, associée à une difficulté de relâchement. Au fil de la séance, une régulation tonique progressive portée par le dialogue tonico-émotionnelle amène à un état calme chez le cheval comme chez Alix.

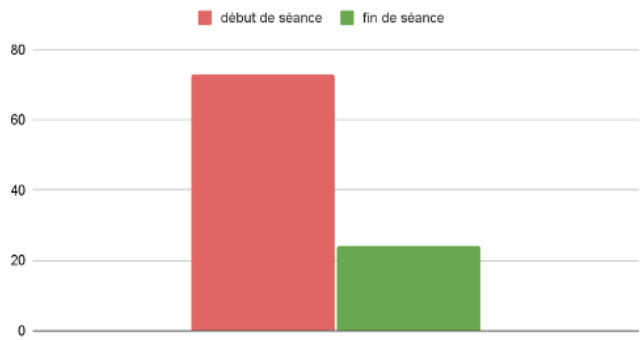


Figure 1. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 20/11.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score au Spielberger descend à 24/80, en dessous du seuil minimal et avec un niveau de douleur de 6/10. Le cadre contenant et la séance permettent une diminution immédiate de l'anxiété, s'accompagnant d'une réduction de 2 points de la douleur.

- Séance du 27 novembre (séance de 30 minutes)

Avant la séance, il est noté qu'Alix a présenté un épisode d'hypoglycémie la veille, entraînant une fatigue importante lors de la séance. Lors de la passation des tests, il est difficile pour elle d'intégrer les informations et de rester pleinement disponible sur le plan cognitif, demandant de répéter et d'effectuer des pauses. En début de séance, Alix présente un niveau d'anxiété modérée avec un score de 47/80 au Spielberger. L'inventaire de Beck retrouve un score de 22/63 correspondant à une anxiété modérée, avec une symptomatologie marquée par une incapacité à se détendre, des tremblements, et des vertiges. L'échelle de la douleur, elle, évalue un score de 6/10, principalement localisé au niveau du dos et de l'abdomen

La séance débute par un pansage, les yeux fermés, mobilisant les capacités tactiles et proprioceptives. L'objectif est de soutenir la perception des appuis, l'intégration du schéma corporel et la localisation des différentes parties du corps du cheval par le toucher. Pour cet exercice, nous avons choisi Napo, pour son calme et sa réceptivité à la détente. Alix présente une certaine prudence, avec un ralentissement de sa marche et une recherche importante de repères externes. Elle a besoin d'être étayée verbalement pour effectuer ses déplacements vers le cheval. Progressivement, elle utilise sa main gauche comme repère et sa main droite

sur le plan praxique, permettant une meilleure orientation et stabilité. Elle rencontre quelques déséquilibres lorsqu'elle n'est plus en contact avec lui.

Pour la fin de séance, nous proposons à Alix de situer sa position dans l'espace, elle ne parvient pas à trouver la bonne orientation de son corps dans l'espace.

Cette séance met en évidence le rôle structurant et contenant du cheval. Alix réussit à s'investir corporellement, en mobilisant progressivement ses repères proprioceptifs. Elle met en place des stratégies avec de bonnes coordinations bi-manuelles différenciées. J'observe une diminution de son état de vigilance au fil de la séance, malgré un ajustement tonico-postural parfois fragile. Alix verbalise un sentiment d'insécurité spatiale, exprimant la sensation qu'elle pourrait se cogner ou tomber, ce qui souligne un besoin de repère visuel pour assurer son orientation.

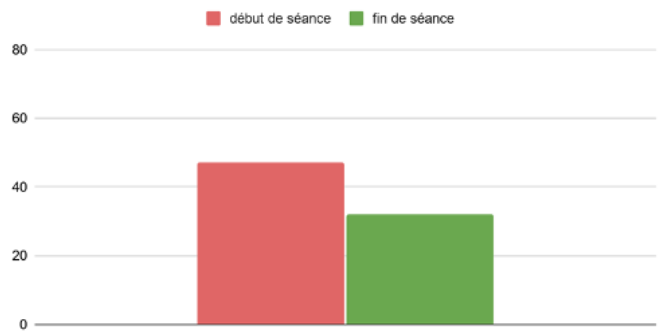


Figure 2. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 27/11.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score au Spielberger diminue à 32, sous le seuil minimum et verbalise se sentir plus « posé, solide stable » d'après l'inventaire. La douleur est descendue à 4/10. La séance a permis une réduction immédiate de l'anxiété et de la douleur grâce la contenance apportée par le cheval.

- Séance du 15 janvier (séance de 30 minutes)

Alix présente une fatigue importante dans un contexte post-grippal. Depuis quelques jours, la mère rapporte une majoration des préoccupations anxieuses avec des idées noires, ayant conduit à l'instauration d'un traitement antidépresseur. En début de séance, le score de Spielberger est de 65/80, ce qui correspond à un niveau d'anxiété élevée. L'inventaire de

Beck, met en évidence un score de 23/63 correspondant à une anxiété modérée. Alix manifeste des signes anxieux au niveau sensoriel avec des tremblements et spasmes associés à une sensation de froid. L'échelle de la douleur indique un score de 3/10.

Nous adaptons ainsi la durée de la séance (10 à 15 minutes) au regard de sa fatigabilité. Nous lui proposons un travail de cohérence cardiaque, au contact du cheval. Alix semble s'engager rapidement dans le contact avec Napo. Sa respiration s'accorde progressivement au rythme proposé. Nous lui proposons de fermer les yeux, pour prendre conscience du contact avec le cheval. Alix arrive à se déposer sur Napo, en posant sa tête au niveau de son cou. Napo constitue un support sensoriel stable, permettant à Alix d'arriver à une détente corporelle.

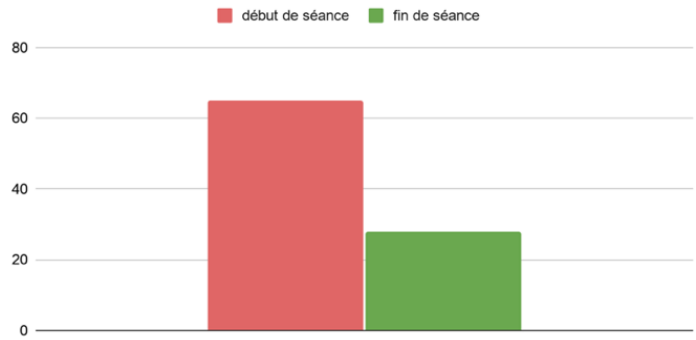


Figure 3. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 15/01.* Élaboration personnelle.

Pour cette fin de séance, le score du niveau d'anxiété diminue à 28 (anxiété minimale). La douleur reste à 3/10 avec un sentiment de léger repos verbalisé. La diminution drastique du score d'anxieux s'explique par le contact corporel avec le cheval, qui soutient un ancrage corporel et une régulation tonique via un dialogue tonico-émotionel.

- Séance du 5 février (séance d'une heure)

Alix se présente à la séance avec un état de fatigue marqué par un ralentissement dans l'exécution de ses mouvements. Elle verbalise une appréhension importante concernant l'intervention du 12 février, prévue pour l'ablation du faisceau accessoire en raison de tachycardies récurrentes. Son traitement antidépresseur est instauré depuis 3 semaines. Alix rapporte un apaisement global avec une diminution des crises de panique, malgré la persistance d'images mentales intrusives, sans passage à l'acte. Elle présente un score de

45/80 correspondant à une anxiété fiable. L'inventaire de Beck est à 25/63 correspondants aussi à une anxiété modérée. La douleur est notée à 5/10.

La séance s'oriente vers une relaxation avec des inductions verbales, mobilisant différents canaux sensoriels. Elle est invitée à se représenter un espace entouré des chevaux en mobilisant ses perceptions sensorielles et ses propres afférences (respiration, appuis dans la paille, sensation cutanée). Dans un second temps, je lui propose d'imaginer un espace plus restreint et sécurisant, afin de soutenir un travail de sécurité interne. Lors de la relaxation, Alix adopte spontanément une position fœtale, qu'elle identifie comme confortable.

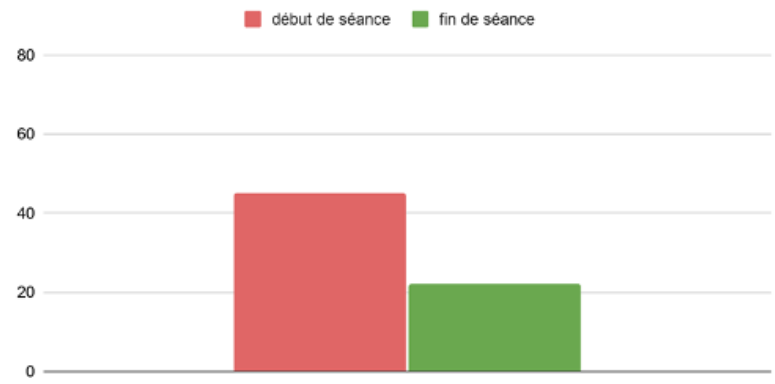


Figure 4. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 05/02.* Élaboration personnelle.

Après la séance, Alix exprime avoir réussi à mobiliser son imaginaire sécurisant et familier, soutenu par la présence des chevaux. Le score de Spielberger diminue à 22 s'expliquant par l'effet régulateur du contact du cheval, qui a favorisé un ancrage sensoriel stable et une détente psychomotrice via la relaxation. La douleur reste stable à 5/10, ce qui interroge sur la persistance d'un inconfort somatique.

- Séance du 19 février (séance d'une heure)

Cette séance a lieu une semaine après l'intervention. Alix rapporte une difficulté psychologique liée à l'opération, réalisée sans présence maternelle ni objet transitionnel (doudou) pour des raisons sanitaires. Le score de Spielberger est de 35, à la limite du seuil minimal d'anxiété. L'inventaire de Beck met en évidence une anxiété sévère (39) avec une symptomatologie somatique importante : douleurs articulaires aux poignets et gêne

respiratoire liée à une douleur dorsale. La douleur est évaluée à 7/10, nécessitant en amont des patchs antalgiques opioïdes.

Nous débutons la séance par un temps d'échange sur son état psychocorporel auprès de la présence contenante des chevaux couchés à proximité. Nous lui proposons ensuite un temps de cohérence cardiaque. Alix arrive rapidement à maintenir le rythme, tout en fermant les yeux. S'ensuit une relaxation par inductions verbales, choisie par la patiente. Celle-ci s'appuie sur une prise de conscience progressive de ses sensations internes et externes, facilitée par le calme de l'environnement. La présence des chevaux, immobiles et détendus à ses côtés semble offrir un appui sécurisant et favoriser son relâchement. Ses épaules s'abaissent et ses points d'appuis semblent plus marqués, accompagnés par sa respiration. L'attention sur les différents canaux sensoriels et sur l'imagerie mentale (bulle contenante, lieu sécurisant) soutient cette modulation tonique. J'invite Alix à réinvestir progressivement ses repères corporels en se mobilisant, tout en prenant conscience des repères externes.

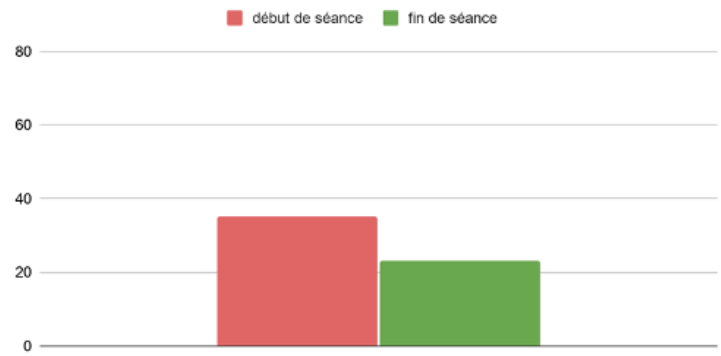


Figure 5. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 19/02.* Élaboration personnelle.

Le score de Spielberg diminue à 23. Elle verbalise un état de détente et un apaisement de ses préoccupations. Elle exprime toutefois un besoin d'étayage verbale plus soutenu. La douleur reste stable à 7/10, dans un contexte de douleur chronique. La diminution du score anxieux s'explique par l'effet apaisant du cadre de la séance et de la présence des chevaux, soutenue via les inductions verbales multisensorielles.

- Séance du 26 février (séance de 30 minutes)

Alix arrive dans un état de grande tension émotionnelle, dans un contexte avec une accumulation de difficultés scolaires et relationnelles. Le score de Spielberger s'élève à

63/80, traduisant une anxiété élevée. En complément, l'inventaire de Beck expose un score de 18/63 correspondant à une anxiété modérée. L'échelle de la douleur indique un niveau de 7/10, avec la mention d'avoir "mal partout".

Un premier temps d'expressivité émotionnelle est proposé à Alix. Elle verbalise des affects négatifs, notamment une colère envers sa mère associée à un sentiment de non-reconnaissance et à un besoin d'autonomie. Elle exprime également de la tristesse, de la frustration et un sentiment d'abandon dans le contexte scolaire, en lien avec des difficultés d'intégration. Un travail de cohérence cardiaque est ensuite proposé, suivi d'une relaxation avec induction verbale en présence des chevaux. Dans ce second temps, Alix parvient à déposer son corps dans la paille et à ralentir sa respiration. La séance se termine par un temps de dessin de son état émotionnel, dans lequel elle se représente dans une bulle avec Napo.

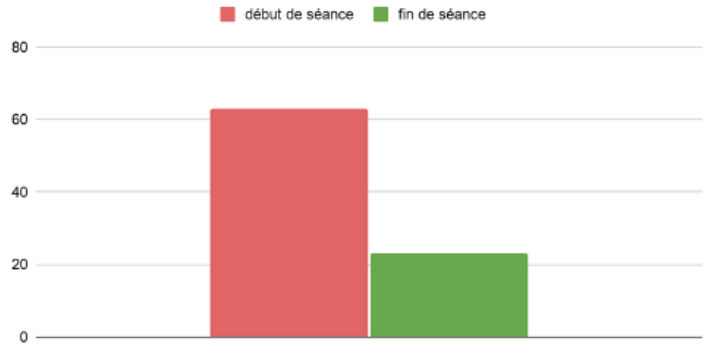


Figure 6. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 26/02.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score de Spielberger chute à 22, sous le seuil minimal. La douleur diminue à 6/10. Cette baisse marquée du score d'anxiété s'explique par l'effet combiné de la cohérence cardiaque et de la relaxation auprès des chevaux, activant la co-régulation émotionnelle via leurs présences apaisantes et diminuant le cortisol par le rythme respiratoire synchronisé dans un cadre contenant.

- Séance du 12 mars (séance d'une heure)

Alix arrive à la séance dans un état de tension tonico-émotionnelle élevée, marquée par la colère. Le score au Spielberger s'élève à 71/80, traduisant un niveau d'anxiété très élevé. L'inventaire de Beck met en évidence un score de 25/63, correspondant à une anxiété modérée. Alix présente des manifestations dues à une crise de spasmophilie : difficultés

respiratoires, tremblements des mains, chancellement et bouffées de chaleur. L'échelle de la douleur indique un niveau élevé à 7/10, s'accompagnant de difficultés digestives

Nous commençons le travail autour des émotions et de leur mise en lien avec les manifestations corporelles à travers des supports visuels. Ces planches représentent différentes émotions, associées à des représentations humaines et équines. Alix est invitée à établir des liens entre l'émotion, son expression corporelle chez l'humain et sa manifestation chez le cheval. Elle parvient à identifier et relier certaines émotions de base, telles que la colère, la joie et la tristesse en s'appuyant sur les indices corporels (sourcils et yeux). Elle rencontre davantage de difficultés concernant les émotions plus nuancées, comme la peur et le doute, nécessitant un étayage pour soutenir la mise en lien. Alix reste néanmoins engagée dans l'activité, mobilisant ses capacités d'observation et de repérage émotionnels.

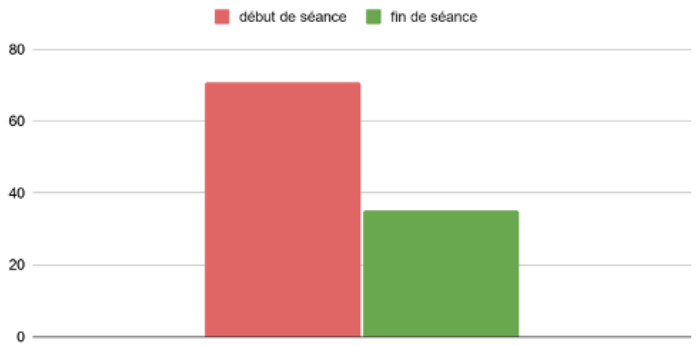


Figure 7. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 12/03.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score au Spielberger diminue à 35/80, correspondant à un niveau d'anxiété minimale. L'échelle de la douleur passe à 6/10. La diminution de l'anxiété est nette en fin de séance, alors que la douleur demeure présente. La présence des chevaux favorise chez Alix un processus de projection de ses états émotionnels, lui permettant de les identifier et de les relier à des manifestations corporelles observables. Cette mise en lien semble participer à l'abaissement de l'anxiété observé en fin de séance.

- Séance du 26 mars (séance d'une heure)

Alix arrive à la séance avec une subluxation du genou et du poignet et porte une attelle aux membres inférieurs gauche. Elle verbalise une anticipation anxieuse de la reprise scolaire,

s’accompagnant de manifestations somatiques digestives (diarrhées). En début de séance, le score au Spielberger s’élève à 33/80, traduisant un niveau d’anxiété modérée. L’inventaire de Beck met en évidence un score de 13/63, correspondant à une anxiété légère. La douleur est évaluée à 8/10 au vu des deux subluxations.

Au regard de l’état physique et émotionnel, la séance est orientée vers une relaxation avec induction verbale. Un travail de cohérence cardiaque est proposé, elle parvient à se déposer dans la paille et à ralentir sa respiration. Napo et Lipto sont observés en position allongée à proximité, ce qui semble favoriser chez Alix un état de disponibilité et d’engagement. Elle est invitée à une exploration sensorielle de l’environnement les yeux fermés (pleine conscience sensorielle). Elle décrit précisément les bruits de mastication des chevaux et les éléments environnants, témoignant d’une bonne discrimination perceptive. Le travail se poursuit par des inductions verbales autour de la présentation d’une bulle contenante, afin de mobiliser ses perceptions sensorielles. Au cours de ce temps, Alix semble réussir à s’engager dans l’imaginaire et à maintenir son attention. Les deux chevaux, allongés à côté, instaurent un contexte de calme et de détente. Alix termine la séance par un contact tactile avec Napo, dans un état de relâchement global chez elle comme chez le cheval.

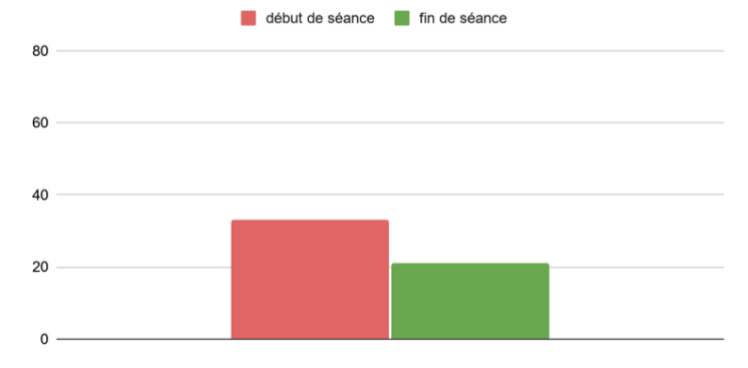


Figure 8. *Comparaison des scores du niveau d’anxiété d’après l’inventaire de Spielberger avant et après la séance du 26/03.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score de Spielberger diminue à 21/80, traduisant une baisse significative de l’anxiété. Cette diminution s’explique par le cadre calme instauré par le dialogue tonico-émotionnel apaisant des chevaux, également favoriser par l’environnement sensoriellement riche. L’échelle de la douleur reste stable à 8/10, soulignant la persistance de la douleur somatique indépendante du travail psychocorporel.

- Séance du 9 avril (séance d’une heure)

Alix arrive à la séance avec une dynamique corporelle élevée, exprimant un niveau d’énergie important et une absence d’anxiété observable. En début de séance, Alix obtient un score de 25/80 au Spielberger, traduisant un niveau d'anxiété en dessous du seuil minimum. L’inventaire de Beck retrouve également un score minimal d'anxiété de 7/63. Alix est dans une période de vacances, verbalisant peu de pensées anxieuses. Elle rapporte toutefois avoir un sommeil agité, marqué par des cauchemars à contenu anxiogène. L’échelle de la douleur détecte un état de 3/10.

Nous orientons la séance sur un travail dans le manège avec Napo. Un premier travail à pied avec le cheval lui est proposé, centré sur la gestion du dialogue tonique. Alix nécessité d’un étayage verbal pour organiser ses actions (orientation, direction et gestion de la longe). Elle mobilise un niveau de contraction tonique élevé, avec une crispation et des épisodes d'apnée lors de phase d’attention soutenue. Alix réussit à ajuster sa modulation tonique face aux demandes faites au cheval. Nous poursuivons un travail sur les variations de rythme (marche, marche rapide et arrêt). Alix parvient à augmenter son tonus pour accélérer l’allure, puis la diminuer pour ralentir et associer la respiration pour s'arrêter. Le contexte d'instabilité du sol sollicite ses capacités d'ancrage et d’équilibre. Alix présente une vigilance accrue sur ses appuis, avec une difficulté initiale à associer une régulation posturale à une attention auditive en simultané.

Dans un second temps, un travail à cheval est proposé. Au pas, Alix mobilise de bonnes capacités d’ajustements posturaux, ne nécessitant pas de recrutement tonique excessif. Les yeux fermés, une augmentation de la tonicité et une crispation musculaire sont observées. Elle exprime une sensation de compression corporelle, décrite comme être “dans une boîte”. Alix adopte progressivement une organisation posturale plus stable, en lien avec une respiration continue, ce qui sollicite ses capacités proprioceptives.

Au cours de la séance, Alix observe que des variations ou des hésitations dans ses sollicitations entraînent des réponses différentes du cheval. Elle maintient néanmoins un besoin de feedback externe afin de valider l’adéquation de ses actions.

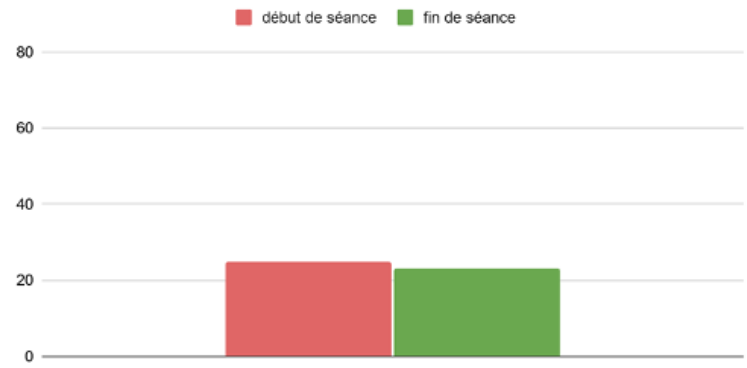


Figure 9. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 09/04.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score de l'inventaire au Spielberger est de 23/80 et la douleur diminue elle aussi à 2/10. Cette baisse de l'anxiété s'explique par le bercement rythmique du pas du cheval, qui a induit une détente via la libération de neurohormones apaisantes (ocytocine, endorphines) et une intégration sensorielle auprès d'Alix. Elle qualifie elle-même la séance de "séance parfaite", confirmant cet effet régulateur.

4.2.1 Synthèse de l'évolution d'Alix

Le suivi d'Alix s'inscrit dans une prise en charge régulière en réponse à une année marquée par une instabilité importante sur les plans somatiques, émotionnels et relationnels.

Sur le plan somatique, l'évolution est marquée par une variabilité importante de l'état corporel, incluant une fatigue chronique, des épisodes de somnolence diurne et une intervention chirurgicale en février. Ces éléments impactent directement la disponibilité corporelle, les capacités émotionnelles et l'engagement dans l'action.

Sur le plan tonico-émotionnel, les données issues de l'inventaire de Spielberger mettent en avant les niveaux d'anxiété initiaux d'Alix, souvent élevés. Cependant, nous observons une diminution systématique du niveau d'anxiété en fin de séance, avec des scores régulièrement à des niveaux minimaux. Cette évolution met en avant les bénéfices des différents dispositifs proposés telle qu'une meilleure modulation de son tonus, un ralentissement du rythme interne et une diminution des manifestations d'hypervigilance. L'inventaire de Beck indique une anxiété de fond persistante, fortement associée à des manifestations somatiques

(instabilité, vertige, tremblement, douleurs). Cette composante corporelle est présente tout au long du suivi, même lorsque l'état émotionnel immédiat s'améliore. La question de la douleur constitue un élément central du fonctionnement d'Alix. Les scores EVA montrent une intensité variable, mais souvent élevée ainsi qu'une persistance des douleurs indépendamment de l'évolution de l'état émotionnel. Néanmoins, au fil des séances, une capacité à maintenir un engagement dans l'activité malgré la douleur est observée.

Sur le plan corporel, une évolution progressive est repérable dans les modalités d'investissement. Au début du suivi, Alix présente une hypervigilance, une difficulté à se relâcher ainsi qu'un besoin de repères externes. Progressivement, elle parvient à ajuster ses appuis et à s'engager de manière plus fluide dans les expériences proposées. Le travail en relaxation aux côtés des chevaux, laisse apparaître une capacité croissante à accéder à un relâchement tonique et mental. Alix réussit à verbaliser, plus précisément ses ressentis corporels et émotionnels en fin de séance. Toutefois, les liens entre éprouvés corporels et états émotionnels restent parfois difficiles à établir.

La médiation équine constitue un support privilégié dans ce processus. Le cheval est investi comme un point d'appui sensoriel et relationnel. Les interactions avec le cheval permettent également un travail sur le dialogue tonique, la modulation des ajustements posturaux et l'adaptation aux informations sensorielles. En fin de suivi, une évolution est observable avec une augmentation de l'investissement corporel, une identification émotionnelle plus ajustée et un engagement plus spontané. Cette dynamique s'accompagne d'un vécu émotionnel plus positif, décrit comme un espace personnel sécurisant et contenant.

4.3 Première rencontre avec Lucie

Je rencontre Lucie le 16 octobre, âgée de 14 ans et scolarisée en classe de troisième. Le suivi en médiation équine est mis en place depuis un an, dans le cadre d'un dispositif répondant à ses besoins. Après une demande d'arrêt de la psychomotricienne, la famille a souhaité maintenir le suivi afin de préserver les acquis et de conserver un lieu d'exutoire émotionnel. Dès les premiers échanges, elle se montre activement impliquée dans la relation. Lucie semble détendue et enthousiaste de sa rentrée, n'exprimant pas de craintes concernant les enjeux scolaires. Cependant, elle verbalise être impactée par les états émotionnels d'autrui. Elle illustre cela en expliquant qu'elle n'était pas stressée vis à vis du brevet, à l'inverse de

ses camarades. Le stress véhiculé par ses pairs a déclenché une crise de panique. Cela peut évoquer une hypersensibilité émotionnelle. Ce fonctionnement s'accompagne d'une difficulté à filtrer et réguler les stimulations émotionnelles externes, et participe à une surcharge émotionnelle.

Lucie se trouve également en difficulté, notamment lors d'interactions perçues comme insécures. Elle évoque avoir du mal à trouver une place au sein de son groupe d'amis. Cette situation génère un stress intense, ce qui la conduit à mettre en place des stratégies d'isolement et de retrait social. Elle se sent vulnérable face à ses manifestations anxieuses, et peine à trouver un ajustement relationnel sans anticiper chaque situation. Elle présente une capacité d'élaboration verbale notable. Elle cherche à mettre du sens sur ce qu'elle traverse. Elle a tendance à se dévaloriser, avec un sentiment d'échec perpétuel en milieu social. Lucie évoque cependant de nombreuses déceptions dans son parcours de soin. Elle mentionne notamment un rendez-vous avec une généticienne, dont elle est ressortie sans réponse concernant ses symptômes. Lucie exprime un besoin de maîtrise afin de se sentir plus confiante dans la compréhension de son vécu et sa capacité à l'expliquer.

Lors de la séance, j'observe que la présence du cheval constitue un appui contenant pour Lucie. Dans ce cadre, elle se montre à l'aise et peut plus facilement s'accorder à la situation vécue avec le cheval. Le dispositif permet alors de l'étayer dans le repérage de ses manifestations corporelles. Nous l'accompagnons progressivement à être attentive aux émotions ressenties, tout en identifiant ce que cela procure dans le corps. Lucie fait preuve d'une bonne alliance thérapeutique, soutenue par sa curiosité, sa motivation et son engagement dans le suivi.

4.4 Déroulé chronologique des séances de Lucie

Le suivi de Lucie s'inscrit dans un accompagnement psychomoteur rythmé par des séances d'une heure, bimensuelle ou trimestrielle. Ces séances sont sollicitées selon les besoins du moment de Lucie. Chaque séance débute et se termine par une évaluation de l'état anxieux à l'aide de l'Inventaire de Spielberger, complétée par l'Inventaire de Beck ainsi que l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur.

- Séance du 11 décembre (séance d'une heure)

Cette deuxième séance débute autour de l'introduction des différents outils d'évaluation de l'anxiété et de la douleur. L'évaluation met en évidence un niveau d'anxiété modéré au Spielberger, à 47/80. En complément, l'inventaire de Beck met en évidence une anxiété sévère de 38/63, avec de nombreuses plaintes somatiques. Lucie relativise fortement son anxiété, dit en être habituée, malgré une forte somatisation. Lors des réponses aux questions, j'observe un amoindrissement de son vécu corporel, Lucie répond avec automatisme et sans que cela l'alerte. Lucie présente également une douleur cotée à 6/10.

La séance débute par un exercice de cohérence cardiaque, au cours duquel Lucie manifeste une agitation au niveau des mains. Une hypervigilance aux stimulations auditives extérieures rend l'exercice de régulation respiratoire complexe. Un travail de pansage de Lipto, les yeux fermés, est ensuite proposé afin de favoriser le relâchement par la conscientisation sensorielle et de soutenir le dialogue tonico-émotionnel entre la patiente et le cheval. Lucie accepte d'être guidée sans manifestation d'appréhension. Elle utilise ses mains comme support principale d'orientation pour se repérer sur le corps du cheval. Au fil de la séance, j'observe une diminution des manifestations corporelles de tension, notamment avec la réduction des tremblements initialement présents. Lucie apparaît à l'aise dans le pansage, avec des gestes amples et souples. Son attention est soutenue, avec une concentration maintenue sur la tâche. Après le retrait du masque, Lucie conserve un contact tactile avec Lipto et va s'installer à proximité de Napo allongé dans la paille. Elle adopte une posture adaptée dans un moment de détente corporel partagé, en lien avec la présence des chevaux.

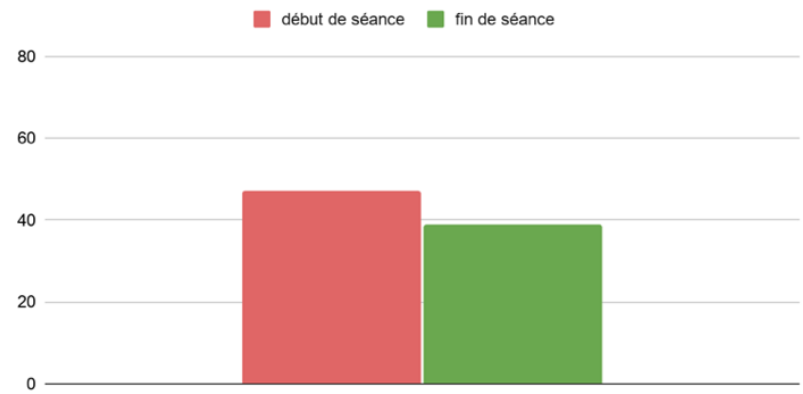


Figure 10. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 11/12.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score au Spielberger diminue à 39/80, ce qui correspond à un niveau d'anxiété plus faible. L'EVA montre une légère diminution de la douleur (5/10). Les manifestations lors de la séance semblent cohérentes face à l'intensité des symptômes somatiques rapportés. Le travail proprioceptif auprès du cheval a sollicité des repères corporels et sensoriels. Dans ce contexte, Lucie se recentre sur les sensations tactiles liées au contact avec l'animal et sur ses appuis, ce qui diminue progressivement son agitation. Le cheval participe à une régulation tonique progressive de Lucie, objectivé par la diminution du score d'anxiété.

- Séance du 8 janvier (séance d'une heure)

Lucie arrive en séance avec un état de stress important, dans un contexte d'épreuve de brevet blanc et associé à une crise de panique. En début de séance, Lucie présente un niveau d'anxiété modéré au Spielberger de 47/80 associé à une anxiété sévère avec un score de 38/63 à l'inventaire de Beck. Son anxiété se retranscrit davantage sur le plan physique, avec de nombreux signes neurovégétatifs : battements cardiaques rapides, excès de transpiration liés au stress, saignement du nez au moment de la crise de panique. L'échelle de la douleur est élevée à 7/10, en lien avec une entorse du genou droit survenue, nécessitant des béquilles.

Compte tenu de son état psychocorporel, Lucie choisit de faire une relaxation. Dans l'ambiance générale marquée par la présence apaisée des chevaux, un temps de cohérence cardiaque lui est proposé. Lucie s'y montre impliquée, avec une respiration lente et un bon maintien du rythme. Lors de la relaxation, la psychomotricienne l'invite à imaginer un lieu réconfortant pour elle, pouvant être seule ou accompagnée. Lucie est amenée à solliciter différentes modalités sensorielles externes : l'ouïe, en écoutant la pluie, le toucher, en ressentant la fraîcheur sur sa peau, et l'odorat en lien avec l'environnement de l'abri. Elle verbalise avoir pu lâcher prise, et se focalise sur les sensations présentes. Le bruit de fond des chevaux lui ont permis de se raccrocher à des repères concrets lorsqu'elle se perdait dans la visualisation mentale, soutenant un dialogue tonico-émotionnel apaisé avec eux.

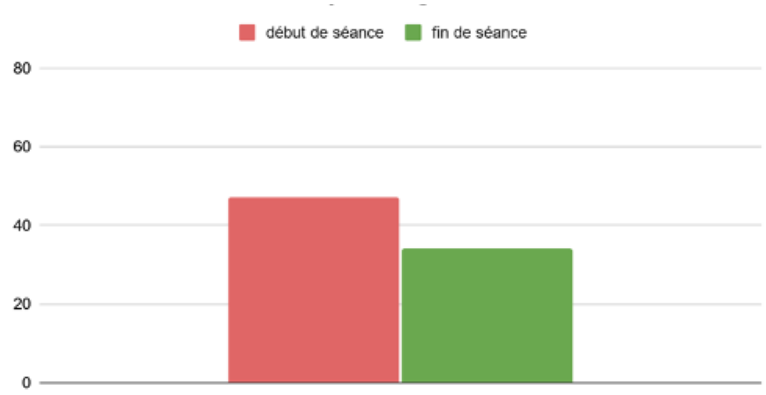


Figure 11. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 08/01.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, le score du niveau d'anxiété de Spielberger passe à 34/80, sous le seuil minimal. La douleur diminue également avec un score de 4/10. La diminution du score anxieux reflète un apaisement progressif, favorisé par l'accordage tonico-émotionnel avec les chevaux. Lucie évoque que la séance a été bénéfique notamment face à l'épreuve à venir.

- Séance du 26 février (séance d'une heure)

La séance n'a pas eu lieu, en raison d'un oubli de la famille.

- Séance du 16 avril (séance d'une heure)

Lucie arrive à la séance avec une tonicité élevée associée à un engagement moteur actif. Elle verbalise que la scolarité se déroule de manière satisfaisante, tant sur le plan académique que des interactions avec ses pairs. Elle poursuit un suivi de kinésithérapie, pour la rééducation de son entorse. Lucie présente un niveau d'anxiété faible de 36/80 au Spielberger et une anxiété modérée avec un score à l'inventaire de Beck de 22/63. Lucie a rapporté avoir utilisé le dispositif TENS avant la séance. Elle évalue sa douleur à 5/10 avant l'utilisation du dispositif, puis à 2/10 après son utilisation.

La séance s'oriente vers du travail à pied avec Lipto. L'objectif est la modulation tonico-émotionnelle via le dialogue corporel entre cheval-humain, induisant alors un ajustement tonico-postural. Pour cela, il est nécessaire de maintenir un état de calme et de relâchement. Lucie est amenée à engager l'ensemble de son corps pour formuler des demandes claires et lisibles pour le cheval. Le travail ne repose pas uniquement sur la tenue de la longe, mais la

création d'un lien tonico-émotionnel avec le cheval afin d'aboutir à ses demandes. Le cheval étant particulièrement attiré par les stimuli alimentaires, Lucie mobilise simultanément son regard, sa position du corps dans l'espace, et ses gestes afin d'attirer l'attention sur elle et non sur l'herbe. Elle ajuste ainsi son tonus et son langage non verbal pour l'obtenir et soutenir la poursuite de la marche. Dans cette situation de double tâche, Lucie parvient à maintenir l'activité conversationnelle tout en ajustant ses demandes motrices. Lorsqu'elle sent Lipto se détourner pour tenter de manger, elle rapproche ses mains le long de la longe, afin d'ajuster son action et de réorienter la tête du cheval dans la direction souhaitée. Ce n'est donc pas uniquement l'action motrice qui est mobilisée, mais bien la manière dont son état tonico-émotionnel se traduit chez Lucie. Cela vient soutenir la communication avec le cheval, et l'accordage tonico-émotionnel.

Par la suite, un travail autour de la modulation du rythme lui est proposé, alternant marche et marche rapide. Lucie adapte son rythme locomoteur de manière progressive et différenciée. Sur la fin du parcours, Lucie ajuste sa posture lors de la descente en pente. Elle prend en compte les contraintes du terrain et l'impulsion du cheval vers l'avant, ce qui lui permet de maintenir un guidage stable sans précipitation.

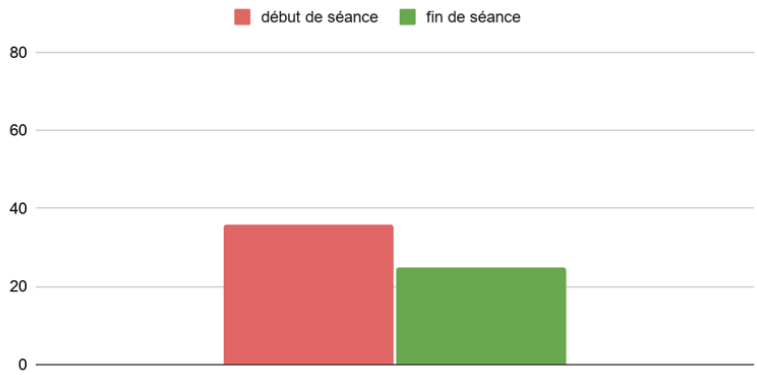


Figure 12. *Comparaison des scores du niveau d'anxiété d'après l'inventaire de Spielberger avant et après la séance du 16/04.* Élaboration personnelle.

En fin de séance, elle verbalise un sentiment de satisfaction, participant progressivement à une revalorisation et à un étayage de son estime de soi. Le score au Spielberger diminue à 25/80, sous le seuil minimal. La douleur augmente cependant à 4/10 en fin de séance, en lien avec l'effort physique. Malgré les douleurs présentes, elle montre une meilleure disponibilité psychocorporelle dans l'interaction avec le cheval. La présence du cheval permet de baisser le score d'anxiété, en soutenant un apaisement et un ajustement tonico-émotionnel plus stable chez Lucie.

4.4.1 Synthèse de l'évolution de Lucie

Le cadre thérapeutique est ajusté aux besoins de Lucie, qui sollicite la psychomotricienne lors des périodes de majoration des douleurs corporelles ou des situations anxieuses. Le suivi de Lucie est de temporalité discontinue. Néanmoins l'évolution qualitative est observable dans les modalités d'engagement corporel, émotionnel et relationnel.

Sur le plan tonico-émotionnel, les données issues de l'inventaire de Spielberger mettent en avant une capacité de régulation de plus en plus efficiente au cours des séances. Lucie présente une diminution de l'anxiété en fin de séance sur le plan psychomoteur. En parallèle, l'inventaire de Beck souligne la persistance d'un niveau d'anxiété de fond élevé en début de séance, au regard d'une symptomatologie somatique importante. L'évolution vers un score modéré lors de la dernière séance suggère une diminution des manifestations somatiques.

Sur le plan corporel, Lucie montre une progression dans la prise de conscience et l'investissement de son corps. Initialement marquée par une agitation et une difficulté à se centrer. Elle parvient progressivement à mobiliser ses appuis, à ajouter son tonus et à s'engager dans des expériences sensori-motrices plus intégrées. Cette évolution témoigne d'un meilleur ajustement tonico-postural, avec un engagement corporel plus stable et présent. La question de la douleur est présente au cours du suivi avec des fluctuations en lien avec son état corporel. Toutefois, Lucie développe une meilleure capacité à identifier, moduler et tolérer ses sensations, sans qu'elles entravent systématiquement son engagement dans l'action. Sur le plan émotionnel, une évolution est également perceptible concernant la capacité de représentations émotionnelles. Lucie parvient plus aisément à identifier et exprimer ses états internes dans un cadre sécurisant.

Le cadre thérapeutique apparaît comme un espace stable et sécurisant, investi par Lucie, comme une "bulle", lui permettant de déposer ses éprouvés sans enjeux de performance, ni de jugement. La médiation équine joue ici un rôle central : le cheval constitue un support relationnel non jugeant, favorisant l'expression et l'exploration corporelle dans une dynamique d'accordage tonique. Le maintien des séances constitue un appui essentiel dans la consolidation de ses acquis et dans la gestion des périodes de vulnérabilité.

Partie discussion

1. Le SEDh comme trouble de la prédictibilité corporelle

Le SEDh ne se reproduit pas à une hyperlaxité articulaire ou à des douleurs chroniques. Il engage plus largement une expérience corporelle marquée par l'imprévisibilité : fatigue fluctuante, douleurs variables, instabilité articulaire et incertitudes des réponses motrices (Malfait et al., 2017). Cette instabilité corporelle peut fragiliser la confiance dans le corps, favoriser l'hypervigilance et majorer l'anxiété, en particulier à l'adolescence, période où l'image du corps et la sécurité interne sont déjà en remaniement (Jeammet, 2002 ; Gutton, 1991). Dans cette perspective, le corps devient difficilement à anticiper, ce qui rejoins les observations cliniques faites chez Alix, dont la disponibilité corporelle varie fortement d'une séance à l'autre. Le cadre psychomoteur s'avère alors pertinent pour restaurer une forme de révisibilité sensorimotrice, en proposant des règles stables, répétitifs et ajustables (Bullinger, 2004). La médiation équine contribue à restaurer une forme de fiabilité corporelle, en proposant un cadre stable et répétitif qui soutient la perception du corps et de ses variations.

Cette lecture du SEDh comme trouble de la prédictibilité corporelle permette d'enrichir la compréhension clinique des patientes. Les travaux sur le syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile souligne en effet que la douleur, la fatigue et l'instabilité articulaire ne relèvent pas uniquement d'une atteinte locale, mais s'inscrivent dans une expérience globale du corps marquée par la variabilité et l'incertitude (Malfait et al., 2017). Cette variabilité peut rendre l'anticipation motrice difficile et contribuer à une stratégie d'évitement, à une réduction de l'engagement corporel et à une surveillance accrue des sensations internes. Dans le cas d'Alix, cela correspond aux variations observées entre les séances où elle a une meilleure disponibilité et d'autres la fatigue ou la douleur freinent son engagement dans l'action.

Cher les adolescentes présentant ce type de fragilité corporelle, l'enjeu n'est donc pas seulement de traiter la douleur ou de travailler l'hyperlaxité, mais aussi de restaurer un sentiment de sécurité corporelle. La psychomotricité offre ici un cadre particulièrement adapté, car elle permet de construire des situations où le corps peut être éprouvé dans un environnement stable, contenant et gradué (Bullinger, 2004).

La médiation équine, par la régularité de ses propositions, la répétition des rituels de séance et l'ajustement progressif des sollicitations, peut ainsi participer à réintroduire de la prévisibilité dans l'expérience corporelle vécue comme instable.

2. Soutenir la régulation tonico-émotionnelle face aux expressions anxieuses

2.1 La médiation équine comme cadre de régulation tonico-émotionnelle

Chez les deux patientes, la médiation équine apparaît comme un appui pertinent pour soutenir la régulation tonico-émotionnelle face aux manifestations anxieuses. Les séances montrent que l'anxiété ne se limite pas à une dimension psychique, mais s'exprime également dans le corps par des tensions, une agitation, une hypervigilance, des troubles respiratoires ou encore des difficultés d'ancrage. Dans ce contexte, la médiation permet d'offrir un cadre contenant, dans lequel les éprouvés peut-être repérés, modulés et progressivement mis en mots. Cette articulation tonus et émotions souligne que le tonus n'est pas seulement un état musculaire. Il constitue aussi un support de l'expression affective et relationnelle. Les travaux d'Ajuriaguerra ont montré que le dialogue tonique participe à la communication préverbale et à l'organisation de relation, tandis que Wallon a souligné le rôle du tonus dans l'expression des émotions et dans l'échange d'autrui (Ajuriaguerra, 1974a ; Wallon, 2012). Dans cet logique, les séances avec le cheval offrent un support concret pour agir sur le tonus à partir du corps vécu, et non uniquement à partir d'une injonction verbale de détente. L'Association des praticiens du bilan sensori-moteur d'André Bullinger (2022) complète cette perspective en montrant que les appuis sensoriels, les flux tactiles et les repères posturaux participent à l'organisation du tonus et à la structuration du vécu corporel. Ainsi, la médiation équine favorise une régulation tonico-émotionnelle en agissant sur plusieurs niveaux à la fois : la respiration, le tonus, l'attention, la sécurité relationnelle et l'accès à l'expérience sensorielle.

2.1.1. Le suivi d'Alix : vers un relâchement tonico-émotionnel

Chez Alix, les manifestations anxieuses s'accompagnent d'une importante fatigabilité, d'une hypertonie de fond et d'une difficulté à se relâcher. La médiation équine favorise alors un

ralentissement progressif, notamment à travers les temps de cohérence cardiaque, de relaxation et de contacts avec le cheval. La présence de l'animal, associée un environnement stable et prévisible, soutient l'entrée dans un état de détente plus accessible. Les variations observées au fil des séances montrent ainsi une diminution de l'état de vigilance et une meilleure capacité à relâcher ses tensions, en particulier lorsque le cheval est perçu comme un support sécurisant. Ce processus rejoint les travaux qui décrivent les effets d'un cadre sensoriellement contenant sur la réduction de l'hyperactivation tonique (ABSM, 2022).

2.1.2 le suivi de Lucie : un apaisement progressif de l'anxiété

Chez Lucie, l'anxiété se manifeste davantage dans les contextes de stress relationnel ou scolaire, avec une forte sensibilité aux émotions d'autrui et une tendance à l'hypervigilance. La médiation équine lui offre un espace où elle peut déposer ses tensions sans se sentir exposée au jugement. Les temps de relaxation, de pansage et de guidage du cheval l'aident à diminuer son agitation et à recentrer son attention sur ces sensations internes. Le cheval joue ici un rôle d'appui concret, permettant une régulation progressive du tonus. L'évolution observée au cours du suivi montre que l'apaisement émotionnelle ne se passe pas uniquement par la parole, mais aussi par la mise en jeu corporel contenu et ajustée, ce qui rejoint l'idée d'un accordage tonico-émotionnel entre elle et le cheval (Ajuriaguerra, 1974a ; Keren et al., 2023). Cette régulation tonico-émotionnelle participe à un meilleur ajustement corporel, en rendant le corps plus disponible à la perception, au relâchement et à l'engagement dans l'action.

2.1.3 Une fonction régulatrice partagée dans les deux suivis

Ainsi, la médiation équipe favorise une régulation tonico-émotionnelle, en agissant sur plusieurs niveaux à la fois : la respiration, le tonus, la tension, la relation et l'accès à une expérience sensorielle**.** Elle permet de transformer des manifestations anxieuses parfois massive en éprouvés plus lisible et mieux tolérées dans le cadre de la séance. Cette fonction régulatrice du dispositif, peut être compris comme une forme d'étayage corporel et affectif, en particulier chez des patientes dont les ressources d'auto-apaisement sont fragilisées (Keren et al., 2023).

2.2 La douleur comme révélateur de l'état tonico-émotionnel

La douleur occupe une place centrale dans la clinique des deux patientes, mais elle ne peut être comprise comme une donnée isolée. Chez Alix comme chez Lucie, elle s'inscrit dans un état corporel global marqué par des tensions, une fatigabilité importante, une hypervigilance et une crispation tonique. Dans cette perspective, la douleur apparaît étroitement lié à l'organisation tonico-émotionnelle : plus le corps est contracté ou vigilant contre l'environnement, plus l'expérience douloureuse tend à être majorée. À l'inverse, la relation au cheval permet un relâchement progressif, une respiration plus ample et une disponibilité corporelle accrue, la douleur devient plus supportable et parfois même présente subjectivement (Desmet & Héron, 2020). Cette évolution se retrouve dans les scores d'EVA relevés en début et en fin de séance. Leur diminution ne doit pas être lue uniquement comme une baisse de la douleur au sens strict, mais plutôt comme un indicateur d'un apaisement plus global de l'état tonico-émotionnel. La médiation équine agit ainsi comme un support de régulation qui permet d'inscrire le corps douloureux, dans une expérience plus contenante, plus ajustée et moins défensive (Gaviria & Viruega-Bogros, 2020). La baisse de l'EVA traduit non seulement une modulation du ressenti douloureux, mais aussi une amélioration de la sécurité corporelle et de la tolérance aux sensations internes. L'évolution de la douleur montre ainsi que la perception corporelle ne peut être dissocié de l'état tonico-émotionnel.

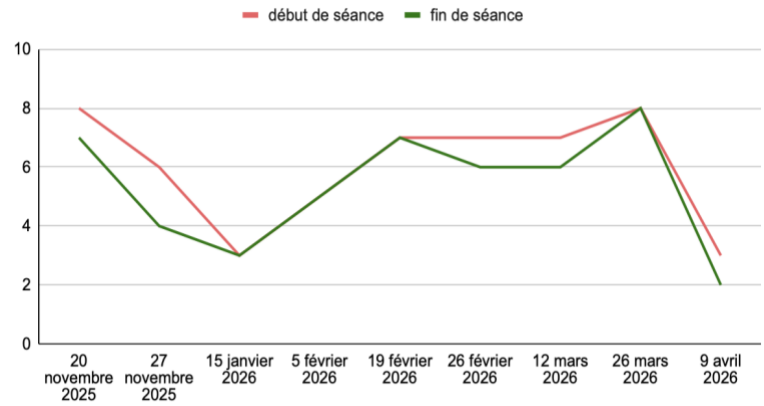


Figure 12. Graphique de l'évolution du score de la douleur d'Alix d'après l'EVA. Élaboration personnelle.

Chez Alix, la douleur semble davantage liée à l'instabilité corporelle, à la fatigabilité et à la difficulté à se relâcher. La figure 12 montre une diminution entre le début et la fin de la séance, ce qui suggère que la médiation équine favorise un apaisement progressif du corps

douloureux. Cette baisse peut être mise en lien avec une meilleure disponibilité corporelle, un relâchement tonique plus accessible et une moindre amplification subjective de la douleur. Le graphique met en évidence que malgré certaines fluctuations au fil des séances, la tendance générale s'oriente vers une meilleure tolérance de l'expérience douloureuse.

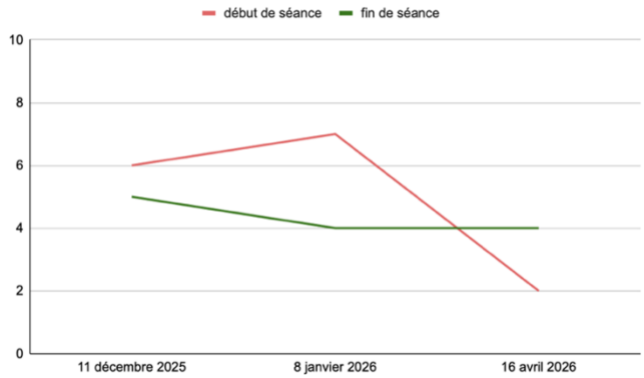


Figure 13. Graphique de l'évolution du score de la douleur de Lucie d'après l'EVA. Élaboration personnelle.

Chez Lucie, elle paraît modulée par l'état de stress, le niveau de vigilance et l'exposition relationnelle. La comparaison entre le début et la fin de séance montre également une diminution du ressenti douloureux, ce qui renforce l'idée que la médiation équine soutient une régulation tonico-émotionnelle plus globale. Comme le montre la figure 13, l'amélioration de l'EVA semble être liée à un recentrage attentionnel, à un relâchement corporel progressif et à une diminution de l'hypervigilance. La baisse de la douleur ne correspond pas seulement à un indicateur chiffré, mais à l'expression d'un meilleur ajustement corporel et relationnel dans le cadre de la séance. Elle peut être mise en relation avec les effets neurophysiologiques décrits par Gaviria et Viruega-Bogros (2020), au contact des chevaux, ce qui favorise le relâchement corporel et une diminution de l'état d'alerte.

Ainsi, la douleur ne constitue pas seulement un symptôme à mesurer, mais elle est aussi révélatrice de la manière dont le corps vit dans la relation, dans l'action et dans l'environnement. L'évolution de l'EVA en début et en fin de séance constitue un indicateur clinique intéressant dans la façon dont la médiation équine participe à la modulation de l'expérience douloureuse. Sa diminution semble être liée non seulement à l'effet du cadre contenant, mais aussi à une meilleure régulation tonico-émotionnelle, ce qui favorise un apaisement corporel et limite l'intensité ressenti de la douleur (Eccleston et al., 2014).

3. Une médiation pensée au regard des spécificités adolescentes

L'adolescence constitue une période de remaniements corporels, identitaires et relationnels particulièrement sensible. Le corps change, devient plus exposé au regard d'autrui et peut-être vécu comme étranger, instable ou difficile à maîtriser (Gutton, 1991 ; Jeamnet, 2002). Chez des adolescentes présentant des douleurs chroniques ou des troubles somatiques, cette période peut majorer les enjeux liés à l'image du corps changeante et à la comparaison aux pairs. Dans ce contexte, la médiation équine propose un espace intermédiaire, où le corps est engagé sans être jugé et où l'expérience motrice est alors réinvestie à partir du ressenti et la relation.

3.1 Le mouvement sans performance

Le mouvement sans performance prend alors tout son sens. Chez l'adolescente, le rapport mouvement est souvent pris dans des logiques de réussite, d'échec, de jugement ou de comparaison. La médiation équine introduit un autre rapport au corps, où il ne s'agit plus de produire une performance motrice, mais de s'ajuster à l'animal, à son rythme, à ses réactions et à ses propres sensations internes. Cette perspective rejoint des travaux en psychomotricité à l'adolescence, qui insistent sur l'importance de proposer des expériences corporelles sécurisantes valorisantes et non évaluatives, afin de soutenir l'engagement et la confiance corporelle du patient (Delarminat, 2013 ; Jeamnet, 2002). En ce sens, le mouvement sans performance permet aux patients de réinvestir leur corps dans l'action, tout en soutenant une appropriation plus souple et plus sécurisée de leurs capacités corporelles.

Chez Lucie, ce mouvement contribue à restaurer une forme de confiance corporelle. Elle peut s'engager dans l'action tout en restant attentive à ses appuis, à son rythme et à son ajustement au cheval. Chez Alix, il permet réintroduire du mouvement dans un corps souvent vécu comme instable, douloureux ou contraint, sans exigence de résultat immédiat. Le plaisir sensoriel et la réussite d'un engagement ajusté deviennent alors des leviers de valorisation et de remobilisation psychocorporelle. Cette dimension est particulièrement importante à l'adolescence, où l'expérience du mouvement peut soit renforcer le sentiment d'incompétence, soit au contraire ouvrir un espace de réassurance et de revalorisation (O'Haire et al., 2015).

La médiation équine permet d'investir le mouvement comme une expérience vécue, et non comme une performance à atteindre. Elle ouvre un espace où le corps est mobilisé dans une dynamique d'exploration, d'ajustement et de plaisir sensoriel, sans mise en échec frontal.

3.2 L'enjeu de l'estime de soi et du regard d'autrui

Au-delà de la dimension motrice, la médiation équine touche également à l'estime de soi et au rapport au regard d'autrui. À l'adolescence, la manière dont le corps perçu, jugé est comparé, prend une place centrale dans l'expérience subjective. Le regard des pairs, l'anticipation du jugement et la crainte de ne pas être assez compétent peuvent majorer l'insécurité corporelle et freiner l'engagement en action (Jeamnet, 2002). Dans ce contexte, la relation au cheval peut offrir une expérience différente, fondée sur la non-évaluation, la réciprocité et la reconnaissance d'un ajustement singulier. Cette relation permet de déplacer l'expérience émotionnelle d'un registre centré sur le jugement extérieur vers une expérience plus incarnée, plus subjective et plus ajustée (Arachtingi & Lecocq, 2022)

Chez Lucie comme chez Alix, le cheval ne renvoie pas une performance, mais une qualité de présence et de relation. Cette caractéristique permet d'éprouver un rapport au corps moins dépendant du jugement extérieur. Les patientes peuvent ainsi faire l'expérience d'une forme de compétence incarnée, visible dans leur capacité à entre en relation, à s'ajuster, à réguler leur tonus ou à prendre soin de l'animal. Ces réussites soutiennent progressivement la confiance en soi et participe à la revalorisation de l'image de corps.

Cette dimension est particulièrement importante chez des adolescentes dont l'histoire corporelle est marquée par la douleur, la fatigue ou des vécues d'incompétence motrice. (Malfait et al., 2017). La médiation équine s'avère particulièrement adaptée aux enjeux adolescents. Elle propose un espace corporel non évaluatif où le mouvement redevient une expérience vécue et où la relation précède la performance. Elle soutient ainsi l'élaboration d'une estime de soi plus incarné, moins tributaire du regard d'autrui.

4. Le cheval au service du dialogue tonique et émotionnel

Les observations cliniques mettent en évidence que le cheval joue un rôle central dans le dialogue tonico-émotionnel. Par sa sensibilité aux modifications corporelles de la patiente, il fournit un retour immédiat sur la manière dont celle-ci engage son corps, module son tonus et entre en relation. Cette réactivité rend perceptibles les variations internes de la patiente, qui ne sont pas toujours immédiatement accessibles par la parole.

Cette fonction relationnelle du cheval peut être pensée à partir du dialogue tonique décrit en psychomotricité, où le tonus participe à la communication avant même l'apparition du langage. Les travaux d'Ajuriaguerra et de Wallon ont montré que le tonus constitue un support essentiel de la relation et de l'expression émotionnel, car il véhicule des états internes et rends possible l'accordage avec autrui (Ajuriaguerra, 1974a ; Wallon, 2012). Dans la médiation équine, ce principe est mis en évidence, puisque le cheval réagit finement aux ajustements posturaux, à la respiration, au rythme et à la qualité d'engagement de la patiente. La relation devient alors un espace de lecture mutuelle, où le corps de l'une influence immédiatement la réponse de l'autre (Arachtingi & Lecocq, 2022)

Chez Lucie, notamment lors du travail en longe, les ajustements posturaux influencent directement l'attitude du cheval. Une posture plus crispée, un tonus trop élevé ou une hésitation dans les demandes se traduisent par les réponses plus ambivalentes de l'animal. À l'inverse, lorsqu'elle ajuste sa respiration, son orientation corporelle et la lisibilité de ses gestes, le cheval devient plus disponible et plus fluide à sa réponse. Cette réciprocité permet à Lucie de prendre conscience de l'effet de son propre état tonico-émotionnel sur la relation. Le cheval devient un médiateur de perception, au sens où il rend visible et sensible ce qui chez la patiente, peut rester diffus ou peu mentalisé. Des travaux récents sur la médiation équine décrivent ce type de feed-back immédiat comme un support d'ajustement relationnel et de prise de conscience corporelle (Hanon, 2019 ; Lansade, 2023).

Chez Alix, le cheval soutient davantage en processus d'ancrage et de relâchement. La proximité corporelle, le pansage ou les temps de relaxation lui permettent de sentir plus finement ses appuis, son tonus et ses zones de tension. Le cheval offre alors un appui concret à l'élaboration émotionnelle, en aidant la patiente à relier ses éprouvés internes à des manifestations corporelles observables. Dans les deux situations, le dialogue tonique ne se

réduit pas à un simple ajustement. Il témoigne une rencontre vivante où le corps devient un vecteur privilégié de la communication et de l'élaboration émotionnelle.

La notion d'effet miroir peut être ici comprise avec prudence. Le cheval ne renvoie pas mécaniquement à un état interne, mais sa réponse comportementale peut servir de support à une prise de conscience progressive chez la patiente (Emond, 2022). C'est dans cette mise en résonance que le dialogue tonico-émotionel prend une valeur thérapeutique, en facilitant l'identification, la modulation et la transformation des états émotionnels. Cette lecture rejoint les travaux sur l'interaction humain–cheval, qui souligne la valeur du feed-back immédiat dans le jugement, relationnel et la construction d'une expérience corporelle plus consciente (Christensen et al., 2020 ; Collado-Mateo et al., 2020).

5. Le cheval comme co-régulateur nerveux autonome

Au-delà de son rôle relationnel et symbolique, le cheval peut être pensé comme un support de régulation du système nerveux autonome. Sa présence vivante, son rythme respiratoire, sa posture et sa disponibilité corporelle offrent à la patiente des repères sensoriels stables susceptibles d'influencer son propre état physiologique (Rorvang et al., 2020). Cette lecture s'inscrit dans les apports de la théorie polyvagale qui met en évidence le lien entre sécurité, relationnelle, relationnel, état neurophysiologique et capacité d'autorégulation (Porges, 2011). Dans cette perspective, la relation avec le cheval peut être envisagée comme un contexte favorisant la diminution de l'état d'alerte et la restauration progressive d'un sentiment de sécurité incarnée.

Chez Alix comme chez Lucie, la proximité du cheval favorise un apaisement qui ne relève pas uniquement d'un effet psychologique, mais aussi d'une réponse corporelle vécue. Lorsque la patience s'accorde au rythme du cheval, son tonus se module, sa respiration se régularise et son corps devient plus disponible l'expérience. Le cheval apparaît comme une réponse contenante, dont les états de calme peuvent soutenir ceux de la patiente. Cette dimension rejoint est un accordage corporel et physiologique, dans lequel l'animal participe à la création d'un climat de sécurité interne. Les travaux sur la médiation et la régulation émotionnelle décrivent également ce type d'ajustement comme une forme de co-régulation interspécifique (Malfait et al., 2017 ; Porges, 2011). Cette co-régulation participe à une plus

grande disponibilité corporelle, en associant sécurité relationnelle, relâchement physiologique et meilleure perception de états internes.

Elle s'observe particulièrement dans les temps de contact avec le cheval, de relaxation, de travail à pied et à cheval. La présence du cheval permet la sécrétion d'endorphines, de sérotonine, d'ocytocine et de dopamine, tout en s'inscrivant d'une relation dynamique, fondée sur les ajustements réciproques (Gaviria & Viruega-Bogros, 2020). C'est dans cette interaction que la patiente peut progressivement moduler son état d'alerte, retrouver un rythme plus régulier et accéder à une sensation de sécurité corporelle (Beetz et al., 2012).

La médiation équine prend alors une valeur thérapeutique particulière dans la mesure où elle engage le corps, la relation, la régulation neuro physiologique dans un même processus. Dans cette perspective, cette co-régulation constitue un appui précieux pour des patients présentant une forte sensibilité aux signaux internes et externes, comme c'est le cas dans certaines formes d'anxiété ou d'hypervigilance (Saint-Gall, 2022).

6. Apport cliniques et limites de la médiation équine

Au cours du suivi, la médiation équine semble soutenir une régulation tonico-émotionnelle, chez les patientes, se traduisant par une diminution de l'état anxieux ainsi qu'une plus grande disponibilité corporelle observée. De manière globale, le dispositif apparaît favoriser un accès à des éprouvés corporels plus tolérables, dans lesquelles les sensations ne sont plus exclusivement associées à la douleur, mais peuvent être modulées et investies différemment. Ce déplacement s'accompagne d'une capacité accrue à établir des liens entre ressenti, corporel et état émotionnel, participant à une forme d'intégration progressive.

Ces effets peuvent être compris à la lumière des travaux de Leconstant (2020), qui met en évidence l'intrication étroite entre tonus, émotion et expérience corporelle dans les interventions assistées par le cheval, mobilisant le corps dans une relation vivante et engageant des ajustements toniques continus et signifiant. Le cheval, en tant que partenaire interactionnel, fournit un feed-back corporel immédiat, facilitant la prise de conscience des états internes. Le rôle de la psychomotricienne apparaît ici pertinent. Par son étayage, elle permet de relier l'expérience corporelle à l'élaboration psychique, en soutenant

l'identification, la mise en mots et la mise en sens des éprouvés. Elle garantit également un cadre contenant en prenant en compte la fatigabilité et les fluctuations propres au SEDh. La dynamique relationnelle triangulaire entre le patient, le cheval et la psychomotricienne constitue un appui dans le processus thérapeutique. Elle offre un espace intermédiaire facilitant l'engagement, tout en permettant un travail indirect sur les éprouvés corporels et émotionnels dans un cadre moins exposant (Desmet & Héron, 2020).

Si la médiation équine présente des accords cliniques intéressants dans la régulation tonico-émotionnelle, plusieurs limites doivent être prises en compte, afin de nuancer l'interprétation des résultats observés.

6.1 Une analyse théorico-clinique en construction

Ma position de stagiaire, en tant qu'observatrice en formation, implique une lecture clinique encore en construction. Elle influence mon interprétation clinique des manifestations du cheval. Cela peut m'amener à attribuer rapidement une valeur symbolique ou clinique, notamment dans une logique "réponse miroir". Ainsi la mastication, le relâchement postural ou l'abaissement de l'encolure peuvent spontanément être interprétés comme des signes de détente ou de co-régulation. Néanmoins, ces manifestations demeurent multifactorielles et leurs surinterprétations comportent un risque de projection clinique. Elles doivent donc être analysées avec prudence, en tenant compte du contexte global de la séance ainsi que de l'état du cheval et de celui de la patiente.

6.2 Le cheval, un médiateur vivant

La variabilité des interactions constitue également un facteur limitant. En effet, la relation cheval-patiente n'est jamais totalement reproductible. Elle dépend à la fois de l'état du cheval et de son niveau de disponibilité, mais aussi de l'état tonico-émotionnel de la patiente au moment de la séance. Cette variabilité introduit une forme d'imprévisibilité, restant tout de même un apport thérapeutique, intéressant pour la lecture clinique. Par ailleurs, l'état tonico-émotionnel de la psychomotricienne peut également interférer dans la relation, d'autant plus que les chevaux lui sont étroitement reliés, ce qui peut influencer la dynamique avec le patient.

6.3 La méthodologie

Par ailleurs, des limites méthodologiques importantes viennent contraindre la portée des résultats. L'échantillon restreint de deux patientes ne permet pas de généraliser les observations à l'ensemble des adolescentes présentant un SEDh. Les effets peuvent également être liés à d'autres facteurs concomitants, tels que l'évolution naturelle de la symptomatologie, le cadre ou encore la relation thérapeutique elle-même. Chez les patientes présentant un SEDh, la fatigabilité importante constitue également une contrainte majeure. Elle peut entraîner une irrégularité dans la fréquence des séances, avec une alternance entre suivi hebdomadaire et mensuelle. Cette discontinuité fragilise la continuité du travail psychomoteur et limité l'inscription des acquisitions dans le temps.

6.3.1. Biais méthodologiques chez Alix

Des fluctuations cliniques importantes ont été observées, notamment chez Alix, avec des épisodes de régression suite à des événements externes tels qu'une hospitalisation. Cela souligne l'importance du travail thérapeutique dans ce contexte. L'analyse des courbes d'évolution d'anxiété, comparant le début et la fin de chaque séance, permet de nuancer l'interprétation des effets observés

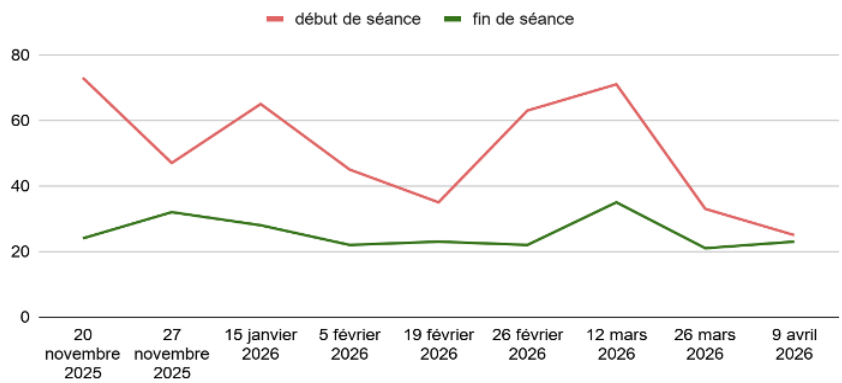


Figure 14. *Graphique de l'évolution du score d'anxiété d'Alix d'après l'inventaire de Spielberger.* Élaboration personnelle.

Chez Alix, la figure 14 ne présente pas une diminution linéaire et régulière, mais plutôt une évolution en dents de scie. Les variations observées semblent en partie liées à des facteurs externes, tels que des événements indépendants du dispositif thérapeutique, pouvant influencer son état émotionnel au moment de la séance. La régularité du suivi semble

s'accompagner, à terme, d'une diminution progressive du score d'anxiété en début de séance. Dans ce contexte, la médiation équine ne peut être pensée comme produisant un effet homogène et constant, mais s'inscrivant dans une dynamique clinique fluctuante, sensible aux aléas de la vie d'Alix.

6.3.2. Biais méthodologiques chez Lucie

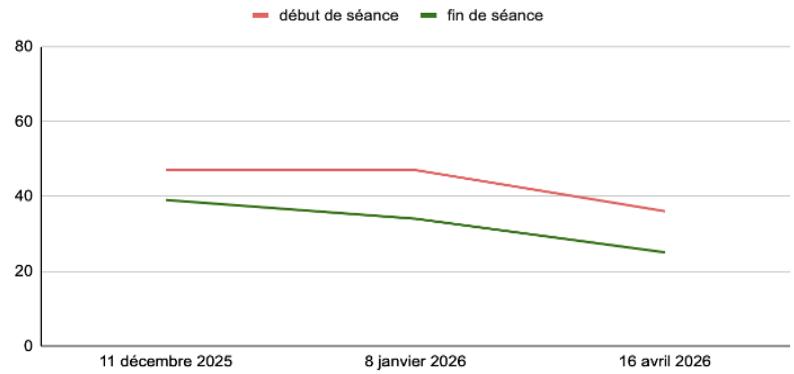


Figure 15. *Graphique de l'évolution du score d'anxiété de Lucie d'après l'inventaire de Spielberger.* Élaboration personnelle.

Chez Lucie, bien que le nombre de séances soit plus restreint, j'observe dans la figure 15 une tendance vers un niveau d'anxiété modéré puis faible apparaître lors de la dernière séance, ce qui montre un apaisement progressif. L'ensemble de ces observations invite toutefois à une lecture prudente. Elles montrent que les effets de la médiation équine s'inscrivent dans un processus longitudinal. L'évolution du score de l'anxiété semble ainsi dépendre à la fois de l'état propre de la patiente au moment de la séance et de facteurs extérieurs susceptibles d'influencer son vécu tonico-émotionnel. Ces éléments rejoignent les questionnements de Ecclestone et al. (2014), qui souligne la difficulté de standardiser les prises en charge des douleurs chroniques, en raison de leur hétérogénéité clinique et de l'intrication entre facteurs, biologique, psychologique et sociaux. Cette interrogation souligne l'importance de penser, cette médiation non pas comme un dispositif isolé, mais comme un outil intégré, dans une prise en charge globale, associant suivi médical, psychomoteur et pluridisciplinaire selon les besoins propres à chaque patiente.

7. Une médiation vivante : bien-être animal et réflexion éthique du cadre

La médiation équine implique la présence d'un être vivant au cœur du dispositif thérapeutique, ce qui engage une réflexion spécifique sur le plan éthique. Contrairement à d'autres médiations, le cheval ne peut être envisagé comme un simple support, mais comme un partenaire de relation, doté de sensibilité et dont l'état influence directement le déroulement des séances. La charte des droits de l'animal (Beiger, 2022), rappelle la nécessité de respecter les besoins fondamentaux de l'animal et de garantir des conditions de vie compatibles à son bien-être. Elle constitue un repère dans la manière de penser la place de l'animal dont la relation thérapeutique, en posant des limites à son utilisation (voir Annexe XII).

Plus largement, la réflexion s'inscrit dans le champ de l'éthique animale, qui interroge la responsabilité humaine vis-à-vis des animaux. Les travaux de Jeangène Vilmer (2018) soulignent que l'animal doit être considéré comme un être sensible, capable d'éprouver des états émotionnels. Cette idée est également soutenue dans les approches scientifiques, mettant en évidence des formes de conscience animale (Cochrane, 2016), ainsi que des déclarations internationales reconnaissant la présence de substrats neurologiques de la conscience chez de nombreuses espèces. Cette reconnaissance se trouve aujourd'hui dans le cadre juridique français, dans l'article 515-14 du Code civil, qui définit l'animal comme « un être doué de sensibilité » (Mengoli, 2023).

Dans le champ spécifique de la médiation équine, ces éléments impliquent une vigilance particulière quant au bien-être de l'animal. Mengoli (2023) souligne que celui-ci ne peut être réduit à l'absence de mal-être, mais doit être envisagé comme un état dynamique incluant des expériences positives. L'observation des manifestations comportementales et corporelles du cheval devient alors essentielle pour ajuster le cadre thérapeutique. Dans cette perspective, Glenk (2017) met en avant l'importance de prendre en compte les capacités d'adaptation de l'animal à son environnement, ainsi que ses réponses émotionnelles.

Ces éléments théoriques trouvent un écho dans la clinique observée, concernant les chevaux de médiation rencontrés en stage. Ceux-ci évoluent dans une écurie "active", créée pour se rapprocher de leur état naturel. Ils disposent d'un accès libre à différents espaces tels que des zones d'herbe pour l'alimentation, des abris paillés pour le repos ainsi que des espaces de sable pour se rouler. Les abreuvoirs sont accessibles en continu et un système automatique de compléments permet de réguler les apports physiologiques du cheval. De plus, le foin est

distribué à volonté dans différents points de l'écurie, favorisant les déplacements qu'effectue le cheval à l'état naturel pour pouvoir manger en continu. Cet environnement participe à l'équilibre global, en soutenant des comportements essentiels, tels que de se nourrir, se déplacer et interagir avec leurs congénères. Ces conditions apparaissent comme un préalable nécessaire avant tout engagement dans la médiation. Ce qui rejoint l'idée qu'un animal en situation de mal-être ne peut pas constituer un support thérapeutique adapté (Grandgeorge & Hausberger, 2018).

Le temps de travail des chevaux est également pensé en fonction de leurs capacités. Ils participent en moyenne à deux sessions par semaine, avec une durée d'une demi-journée. Par ailleurs, leur activité ne se limite pas qu'à la médiation. La psychomotricienne engage Napo dans des compétitions et des cours d'équitation. Ainsi que pour Lipto, qui est aussi en phase d'apprentissage avec un travail d'habituation sensorielle et environnementale. La médiation équine s'inscrit en complément en contribuant à maintenir une activité physique et un lien avec l'humain. Les suivis de santé constituent également un élément central. Les deux chevaux bénéficient d'un accompagnement régulier incluant maréchalerie (mensuelle), suivi vétérinaire et vaccinal (annuel), dentiste (annuel), ainsi que des soins ostéopathiques et de shiatsu (trimestriels). Un accompagnement complémentaire est également mis en place avec un magnétiseur, par une fréquence ajustée en fonction de leur état. Ces différents soins participent à maintenir un état corporel optimal, étant une condition essentielle à leur disponibilité dans la relation thérapeutique. Cependant, certaines situations cliniques viennent rappeler que cet équilibre reste fragile. Napo, atteint de la maladie de Lyme, présente une fragilité gastrique, des difficultés respiratoires, une dermatite estivale, ainsi qu'une fragilité de la corne des pieds nécessitant une complémentation de biotine et un suivi maréchal renforcé. Ces besoins sont pris en compte dans l'organisation des séances, avec des ajustements face à l'intensité ou la fréquence du travail.

Ces adaptations illustrent le caractère non figé du cadre thérapeutique. Celui-ci se construit dans une dynamique d'ajustement permanent, prenant en compte à la fois les besoins du patient et ceux de l'animal. Cette flexibilité apparaît comme une condition essentielle pour garantir la sécurité et la cohérence de la prise en charge. Ces observations révèlent les travaux de Mengoli (2023), qui soulignent que la qualité de la médiation dépend en partie de l'état émotionnel et physique de l'animal, ainsi que de la manière dont celui-ci est intégré dans le dispositif thérapeutique. La notion de bientraitance prend alors une dimension

élargie. Elle ne concerne pas uniquement le patient, mais s'étend à l'animal, incluant une attention constante à ses besoins, à ses limites et à ses capacités. Elle suppose également de reconnaître que le cheval peut exprimer des signes de fatigue, de stress ou d'inconfort, nécessitant des ajustements immédiats (Lansade, 2023). Dans ce contexte, la place du psychomotricien apparaît centrale. Il est garant du cadre, de la sécurité, mais aussi de l'équilibre entre les différents acteurs de la relation. Cela implique une formation ou à minima des connaissances éthologiques de l'animal, en plus d'une capacité d'observation fine. Afin de mieux comprendre le cheval, une connaissance des comportements ainsi qu'une attention constante aux signaux corporels et émotionnels, chez le patient comme chez l'animal, sont nécessaires.

En tant que stagiaire, cette dimension m'a particulièrement questionné. La présence d'un être vivant non verbal complexifie la lecture clinique et nécessite une vigilance accrue. Elle invite à une posture d'ajustement permanent, où le cadre ne peut être totalement anticipé, mais se construit dans l'interaction. Cette médiation engage une responsabilité partagée, où le bien-être de l'animal conditionne en partie la qualité du soin proposé aux patients. J'observe alors que la mise en place du cadre par la psychomotricienne doit prendre en compte les dimensions éthologiques du cheval. Les séances doivent être pensées en lien avec le respect de l'animal demandant un ajustement entre ce qu'on peut proposer et ce qu'on aimerait proposer. Cette médiation est donc à penser dans un équilibre toujours en construction.

8. Apport de la médiation équine dans la pratique psychomotrice

La médiation équine enrichit la pratique psychomotrice en mobilisant simultanément tonus, émotion et relation dans une expérience corporelle globale. Elle apporte à la psychomotricité un médiateur vivant non jugeant. Elle élargit le répertoire des médiations en introduisant une dimension relationnelle non-humaine, où l'ajustement tonico-émotionnel s'établit en synchronie avec l'animal (Martin, 2025). La médiation équine favorise un processus thérapeutique riche par sa relation triangulaire engageant le psychomotricien, le patient et le cheval. Cela élargie la pratique en décentrant la relation dyadique, en réduisant l'aspect de performance et en proposant un étaye sensoriel immédiat via le cheval (Molard, 2019).

Conclusion

La médiation équine apparaît comme un support particulièrement pertinent dans l'accompagnement psychomoteur d'adolescentes présentant un SEDh. La problématique initiale, centrée sur la manière dont cette médiation favorise la régulation tonico-émotionnelle, trouve des éléments de réponse dans les observations cliniques menées auprès d'Alix et de Lucie.

Les situations cliniques analysées montrent que le cheval agit comme un médiateur vivant, dont la présence, le rythme et les ajustements corporels soutiennent un dialogue tonico-émotionnel plus fin. Elles permettent ainsi de valider les hypothèses formulées en amont. D'une part, la relation au cheval favorise l'expression émotionnelle, notamment dans les temps de contacts, de soins et d'interaction avec le cheval. D'autre part, la médiation équine soutient une perception et une appropriation corporelle, à travers les ajustements tonico-posturaux, l'attention portée aux appuis et la conscience des sensations sensorielles. Néanmoins, ces effets ne sont ni automatiques ni linéaires. Ils dépendent de la qualité du cadre, de l'état du sujet, de la disponibilité, du cheval et de l'étayage proposé par la psychomotricienne.

Ainsi, la médiation équine en psychomotricité ne se réduit pas à une activité avec le cheval, mais consiste en un véritable espace thérapeutique où se tissent étroitement corps, émotion et relation. Dans ce contexte, un cadre éthique, sécurisant, où la place de l'animal doit être pensée avec justesse, en tenant compte de sa sensibilité et de ses propres limites relève d'une importance significative pour assurer un suivi qualitatif auprès des patientes. Sur le plan clinique, ce travail m'a permis de mieux saisir combien le cheval peut offrir un appui précieux lorsque le corps est vécu comme douloureux ou désinvesti. Il redonne au sujet la possibilité de se sentir, de s'ajuster et d'entrer en relation autrement.

Cette réflexion invite à envisager d'autres champs d'application. Si la médiation équine a ici été pensée dans le cadre d'adolescentes présentant un corps douloureux et des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, elle pourrait trouver un intérêt auprès des personnes âgées confrontées à des vécus corporels fragiles. Chez ces derniers, la présence de douleurs chroniques, la réduction de capacités motrices, la peur de la chute ou encore l'isolement relationnel peuvent contribuer à un retrait corporel et social progressif.

Dans ce contexte, le cheval, par sa présence vivante, non jugeante et la qualité d'interaction qu'il propose, pourrait offrir un appui pour réengager le corps dans le mouvement, restaurer un sentiment de sécurité corporelle et soutenir la relation à l'autre. La médiation équine en psychomotricité pourrait ainsi devenir un espace de réassurance, de mise en mouvement et de reprise de confiance, là où le corps tend parfois à se rigidifier ou à se refermer sur la douleur. Au-delà du champ étudié, ce mémoire invite donc à penser la place du vivant dans le soin et à considérer la rencontre avec l'animal comme une modalité possible de réouverture du corps, du lien et de l'élan vital.

Bibliographie

Ackerley, R., Backlund Wasling, H., Liljencrantz, J., Olausson, H., & Wessberg, J. (2017). Emotions alter muscle proprioceptive coding of movements in humans. *Scientific Reports, 7*, 8721. https://doi.org/10.1038/s41598-017-08721-4

Ajuriaguerra, J. de (1974a). Du comportement moteur au développement de la psychomotricité. In J. de Ajuriaguerra & H. Jeannerod (Eds.), *Du comportement moteur à la perception* (pp. 1-16). Flammarion.

Ajuriaguerra, J. de (1974b). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.

Ajuriaguerra, J. de, Joly, F., & Labes, G. (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Éd. du Papyrus

Albaret, J.-M., & Feuillerat, B. (2018). Sémiologie du tonus. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (Dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 142-159). De Boeck Supérieur. https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0142

Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.

Arachtingi, D., & Lecocq, G. (2022). Vers une thérapie cavalière adaptée au service de l'Homme capacitaire. *Recherches & éducations*, *HS*. https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.12974

Association des praticiens du bilan sensori-moteur d'André Bullinger. (2022). *La fonction proprioceptive : De la construction d'un ancrage corporel au sentiment d'exister* (1001BB n°180). Éditions érès.

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy,* 49, 14–19.

Barnett, L. M., Lai, S. K., Veldman, S. L., Hardy, L. L., Cliff, D. P., Morgan, P. J., ... & Okely, A. D. (2016). Correlates of gross motor competence in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sports medicine*, *46*(11), 1663-1688.

Barrois, C., Jean, P., Lebon, C. et Muller, É. (2020). *Médiation thérapeutique avec le cheval : Expérience institutionnelle de l'équithérapie.* érès. https://doi.org/10.3917/eres.barro.2020.01.

Bayet, L., Pascalis, O., & Gentaz, É. (2014). Le développement de la discrimination des expressions faciales émotionnelles chez les nourrissons dans la première année. *L'Année Psychologique*, *114*(03), 469-500. https://doi.org/10.4074/S0003503314003030

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Frontiers in Psychology, 3*, 234. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234

Beiger, F. (2022). Chapitre 4. La Charte des droits de l'animal. Dans F. Beiger Grand manuel de zoothérapie (p. 33-37). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.beige.2022.01.0033.

Benistan, K., & Guichou, G. (2026). Les syndromes d'Ehlers-Danlos : Diagnostic et parcours de soins de ces maladies complexes et multisystémiques. *La Revue de Médecine Interne*, *47*(1), 32-39. https://doi.org/10.1016/j.revmed.2025.08.002

Blackburn, P. R., Xu, Z. et Tumelty, K. E., Zhao, R. W., Monis, W. J., Harris, K. G., Gass, J. M., Cousin, M. A., Boczek, N. J., Mitkov, M. V., M. Cappel A., Francomano, C. A., Parisi, J. E., Klee, E. W., Faqeih, E., Alkuraya, F. S., Layne, M. D., McDonnell, N. B.,

et Atwal, P. S. (2018). Les altérations bi-alléliques de l'ebp1 entraînent un assemblage défectueux du collagène et une structure du tissu conjonctif, ce qui entraîne une variante du syndrome d'ehlers-danlos.*The American Journal of Human Genetics*, *102*(4), 696-705 https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2018.02.018

Bonneil, A., et Meunier, C. (2020). *Psychomotricité et troubles psychomoteurs*. Tom Pousse.

Borghini, A. (2015). Approche sensorimotrice et théorie de l'attachement : au cœur du dialogue tonique. *Enfance*, 4(4), 501-512. https://doi.org/10.3917/enf1.154.0501

Boscaini, F. et Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. Enfances & Psy, 49(4), 78-88. https://doi.org/10.3917/ep.049.0078

Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *Les premières relations*. Stock.

Brezing, C., et al. (2020). *Effects of equine-assisted therapies or horse-riding on chronic pain: A systematic review and meta-analysis.* *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32878327/*

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars :* Tome 1, Un parcours de recherche. Éditions érès.

Cacioppo, J. T., Petty, R. E., Losch, M. E., & Kim, H. S. (1986). Electromyographic activity over facial muscle regions can differentiate the valence and intensity of affective reactions. *Journal of personality and social psychology*, *50*(2), 260–268. https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.2.260

Caillarec-Chassé, C., & Vidament, M. (2018). *Médiation équine : Qu'en pensent les scientifiques ?* Institut français du cheval et de l'équitation.

Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience Letters*, *693*, 29-34. https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055

Castori, M., Sperduti, I., Celletti, C., Camerota, F., & Grammatico, P. (2011). Symptom and joint mobility progression in the joint hypermobility syndrome (Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type). *Clinical and experimental rheumatology*, *29*(6), 998–1005.

Cazzato, D., Castori, M., Lombardi, R., Caravello, F., Bella, E. D., Petrucci, A., ... & Lauria, G. (2016). Small fiber neuropathy is a common feature of Ehlers-Danlos syndromes. *Neurology, 87*(2), 155–159. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002847

Celletti, C., Castori, M., La Torre, G., & Camerota, F. (2013a). Evaluation of kinesiophobia and its correlations with pain and fatigue in joint hypermobility syndrome/Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type. *BioMed research international*, *2013*, 580460. https://doi.org/10.1155/2013/580460

Celletti, C., Galli, M., Cimolin, V., Tenore, N., Albertini, G., & Camerota, F. (2013b). Relationship between fatigue and gait pattern in Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type. *Research in Developmental Disabilities, 34*(9), 2874–2880.

Centre de référence des Maladies Osseuses Constitutionnelles (MOC), & Filière OSCAR. (2020). *Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) : Syndromes d'Ehlers-Danlos non vasculaires*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/oscar_pnds_sed_nv_vdef_2020jlv2.pdf Consulté le 23 mars 2026

Christensen, J. W., Zharkikh, T. L., Ladewig, J., & Yde, H. (2020). Sensory abilities of horses and their importance for equitation science. *Animals, 10*(9), 1605. https://doi.org/10.3390/ani10091605

Clayton, H. A., Jones, S. A., & Henriques, D. Y. (2015). Proprioceptive precision is impaired in Ehlers-Danlos syndrome. *SpringerPlus*, *4*, 323. https://doi.org/10.1186/s40064-015-1089-1

Clayton, H. M., & Hobbs, S.-J. (2017). The role of biomechanical analysis of horse and rider in equitation science. *Applied Animal Behaviour Science*, *190*, 123-132. https://doi.org/10.1016/j.applanim.2017.02.011

Cochrane, A. (2016). *An Introduction to Animals and Political Theory*. Palgrave Macmillan.

Collège Officiel des Formations en Rhumatologie. (s.d.). *Douleur aiguë et douleur chronique*. https://www.lecofer.org/item-cours-1-11-6.php Consulté le 1 avril 2026

Collado-Mateo, D., Lavín-Pérez, A. M., Fuentes García, J. P., García-Gordillo, M. Á., & Villafaina, S. (2020). Effects of Equine-Assisted Therapies or Horse-Riding Simulators on Chronic Pain : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, *56*(9), 444. https://doi.org/10.3390/medicina56090444

Corraze, J. (1981). *Les troubles psychomoteurs de l'enfant*. Masson.

Cryan, J. F., O'Riordan, K. J., Cowan, C. S. M., Sandhu, K. V., Bastiaanssen, T. F. S., Boehme, M., Codagnone, M. G., Cussotto, S., Fulling, C., Golubeva, A. V., Guzzetta, K. E., Jaggar, M., Long-Smith, C. M., Lyte, J. M., Martin, J. A., Molinero-Perez, A., Moloney, G., Morelli, E., Morillas, E., … Dinan, T. G. (2019). The microbiota-gut-brain axis. *Physiological Reviews*, *99*(4), 1877-2013. https://doi.org/10.1152/physrev.00018.2018

D'Anna, C., Carlevaro, F., Magno, F., Vagnetti, R., Limone, P., & Magistro, D. (2025). Sex differences in gross motor competence in italian children aged 3–11 years : A large-scale cross-sectional study. Journal of Functional Morphology and Kinesiology, 10(1), 61. https://doi.org/10.3390/jfmk10010061

Damasio, A. R. (1995). *L'erreur de Descartes*. Odile Jacob.

Darwin, C. (1872). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. Champion Classiques.

Delarminat, A. (2013). *Psychomotricité et adolescence* [document académique]. Université Toulouse III - Paul Sabatier.

Delorme, J.-L. (2016). *La paratonie : aspects cliniques et psychomoteurs*. *Contraste*, 44, 1-12.

Delwaide, P. J., & Gérard, P. (2013). *Physiologie et pathologie du tonus musculaire*. Elsevier Masson.

Desmet, L., & Héron, A. (2020). *Effets de la médiation équine sur les dimensions biopsychosociales des patients suivis en psychiatrie : Une revue systématique de la littérature* (pp. 1-29). Université Caen Normandie, Unité de Recherche Clinique et d'Évaluation Scientifique URC28. https://hal.science/hal-03010878v1

Dickin, D. C., & Doan, J. B. (2008). Postural stability in altered and unaltered sensory environments following fatiguing exercise of lower extremity joints. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *18*(6), 765–772. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00760.x

Discours, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 75(3), 789-802.

Eccleston, C., Palermo, T. M., Williams, A. C., Lewandowski Holley, A., Morley, S., Fisher, E., & Law, E. (2014). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2014*(5), CD003968. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003968.pub4

Eiguer, A. (2013). *Le tiers : Psychanalyse de l'intersubjectivité*. Dunod.

Ekman, P. (1972). Expressions of Emotion. In Nebraska Symposium on Motivation (vol. 19, p. 207). University of Nebraska Press.

Emond, N. (2022). *L'équithérapeute cultivé : Essai*. Institut de Formation en Equithérapie - IFEq.

Feinman, S. (1982). Social referencing in infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, *28*(4), 445-470.

Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants : The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology, 49*(3), 290–302. https://doi.org/10.1002/dev.20220

Fondation Adrienne et Pierre Sommer. (2024). *Définition et objectifs de la médiation animale.* https://fondation-apsommer.org/la-mediation-animale/

Fourneret, P., & Gentaz, E. (2022). *Le développement neurocognitif de la naissance à l'adolescence*. Elsevier Masson.

Gassier, J. (1982). *Manuel du développement psycho-moteur de l'enfant : les étapes de la socialisation, les grands apprentissages, la créativité*. Masson.

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

Gilbert, G. (2018). *Virgule et les autres : la médiation animale* [Film]. Fondation Adrienne et Pierre Sommer.

Girard, M., & Musiol, M. (2016). *Médiation : Concepts et pratiques*. Presses Universitaires de France.

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

Giromini, F. (2019). Médiation, quand tu nous tiens ! Singularité et pertinence des supports thérapeutiques en psychomotricité. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 4-7. https://doi.org/10.3917/tpr.186.0004.

Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S. et Gatecel, A. (2024). Chapitre premier. Racines historiques et développement. *La Psychomotricité* (p. 5-14). Presses

Universitaires de France. https://shs.cairn.info/la-psychomotricite--9782715426184-page-5?lang=fr.

Glenk, L. (2017). Current perspectives on therapy dog welfare in animal-assisted interventions. *Animals*, *7*(2), 7. https://doi.org/10.3390/ani7020007

Gobin, P., Baltazart, V., & Simões-Perlant, A. (2021). Les émotions. In *Émotions et apprentissages* (pp. 19-49). Dunod.

Grandgeorge, M., & Hausberger, M. (2018). Évaluation du bien-être/mal-être des chevaux en médiation : Revue de littérature et recommandations. *Équi-meeting Médiation*, 80-86.

Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents : A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (5), 567-574. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02183.x

Gutton, P. (1991). *Le pubertaire.* Presses Universitaires de France.

Gutton, P. (1991). *Le pubertaire*. PUF.

Hajcak, G., Molnar, C., & George, M. S. (2007). Emotion facilitates action : ATMS study of motor cortex excitability. *Psychophysiology, 44*(3), 305–312. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2007.00513.x

Hakim, A. J., Cherkas, L. F., Grahame, R., Spector, T. D., & MacGregor, A. J. (2004). The genetic epidemiology of joint hypermobility: a population study of female twins. *Arthritis and rheumatism*, *50*(8), 2640–2644. https://doi.org/10.1002/art.20376

Hakimi, A. (2025). Rééducation et syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile : Synthèse des recommandations. *Revue du Podologue*, *21*(123), 19-20. https://doi.org/10.1016/j.revpod.2025.04.006

Hamonet, C. (2018). *Ehlers-Danlos : La maladie oubliée par la médecine*. L'Harmattan.

Hamonet, C., Vlamyncx, E., Haidar, R., Bonny, C., & Mazaltarine, G. (2016). Le syndrome d'Ehlers-Danlos de type III. De la physiopathologie à la thérapeutique. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, *36*(1), 32-37. https://doi.org/10.1016/j.jrm.2015.11.001

Hanon, C. et Fousson, J. (2019). Mobilité : l'accordage comme enjeu clinique. L'information psychiatrique, 95(4), 231-232. https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1938.

Institut français du cheval et de l'équitation. (2020). Les métiers de la médiation équine. https://equipedia.ifce.fr/metier-emploi-et-formation/metier/cheval-utilitaire/les-metiers-de-la-mediation-equine Consulté le 2 avril 2026

Ivanenko, Y. P., Gurfinkel, V. S., Selionov, V., Solopova, I. A., Sylos-Labini, F., Guertin, P. A., et Lacquaniti, F. (2017). Activité rachidienne tonique et rythmique sous-jacente à la locomotion. *Conception pharmaceutique actuelle*, *23*(12), 1753 1763. https://doi.org/10.2174/1381612823666170125152246

Jardat, P., Liehrmann, O., Reigner, F., Parias, C., Calandreau, L., & Lansade, L. (2023). Horses discriminate between human facial and vocal expressions of sadness and joy. *Animal cognition*, *26*(5), 1733–1742. https://doi.org/10.1007/s10071-023-01817-7

Jardat, P., Vidament, M., & Lansade, L. (2021). *Reconnaissance des êtres humains par les chevaux.* Équipédia, Institut français du cheval et de l'équitation. https://equipedia.ifce.fr/sante-et-bien-etre-animal/bien-etre-et-comportement-animal/relation-homme-cheval/reconnaissance-des-etres-humains-par-les-chevaux?tx_web2pdf_pi1%5Baction%5D=&tx_web2pdf_pi1%5Bargument%5D=printPage&tx_web2pdf_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf&cHash=f0ee445112eec14f4ff024abfb638a1a Consulté le 18 avril 2026

Jeammet, P. (Dir.). (2002). *Adolescences : Repères pour les parents et les professionnels.* La Découverte.

Jeangène Vilmer, J.-B. (2018). *L'éthique animale* (3e éd. mise à jour). Que sais-je ?

John, C., & Lemay, A. (2023). Médiation par le cheval : *Empan*, *n° 130*(2), 51-59. https://doi.org/10.3917/empa.130.0051

Keren, H., Kirsh, E., Tzur-Bitan, D., & Levy, S. (2023). Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1), 363. https://doi.org/10.1186/s12906-023-04191-6

Kisilevsky, B. S., & Hains, S. M. J. (2011). Onset and maturation of fetal heart rate response to the mother's voice over late gestation. *Developmental Science, 14*(2), 214-223

Kizilbash, S. J., Ahrens, S. P., Bruce, B. K., Chelimsky, G., Driscoll, S. W., Harbeck-Weber, C., Lloyd, R. M., Mack, K. J., Nelson, D. E., Ninis, N., Pianosi, P. T., Stewart, J. M., Weiss, K. E., & Fischer, P. R. (2014). Adolescent fatigue, POTS, and recovery: a guide for clinicians. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, *44*(5), 108–133. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.12.014

Lansade, L. (2023). *Dans la tête d'un cheval*. HumenSciences.

Leconstant, C. (2020). *La régulation émotionnelle en prévention de la rechute : intervention assistée par le cheval basée sur la pleine conscience* [Mémoire/Thèse, Université de Lorraine]. HAL. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03128779

Leconstant, C. (2020). *Rencontre entre neurosciences et thérapie avec le cheval* [Vidéo]. Médiathèque IFCE. https://mediatheque.ifce.fr/doc_num.php?explnum_id=25460 Consulté le 3 avril 2026

Lehotkay, R. (2021). Zoothérapie : le thérapeute fait-il partie du jeu ? *Le Journal des psychologues*, 385(3), 14-19. https://doi.org/10.3917/jdp.385.0014.

Lemaire, P. (2021). Chapitre 1. Introduction : présentation du domaine. Émotion et cognition (p. 1-14). De Boeck Supérieur. https://stm.cairn.info/emotion-et-cognition--9782807337527-page-1?lang=fr.

Lomellini-Dereclenne, A.-C. (2018). Médiation animale : L'encadrement des pratiques assurant le bien-être des animaux est une nécessité pour valoriser la discipline. In *Cahier 2 : Handicap et médiation animale* (pp. 1-4). Fondation Adrienne et Pierre Sommer. https://documentation.fondation-apsommer.org/wp-content/uploads/sites/7/2018/12/®Fondation-A-et-P-SOMMER-Cahier-2-Handicap-et-médiation-animale.pdf

Malfait, F., Francomano, C., Byers, P., et al. (2017). The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. *American Journal of Medical Genetics Part C : Seminars in Medical Genetics, 175*(1), 8–26.

Marcelli, D. (2013). *La surprise, entre l'émotion et l'intelligence* (2e éd.). Fabert.

Martin, B. (Dir.). (2025). *Thérapies avec le cheval : Nouvelles perspectives de soin.*érès. https://doi.org/10.3917/eres.marti.2025.01

Mengoli, M. (2023). Chapitre 13. L'éthique et le bien-être en médiation animale. In A. Galiano *Médiation animale à tous les âges de la vie : 13 études de cas* (p. 371-396). In Press. https://doi.org/10.3917/pres.galia.2023.01.0372.

Meunier, L. (2019). *Le bébé en mouvement : Savoir accompagner son développement psychomoteur* (2e éd.). Dunod.

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2024, 9 octobre). *La douleur : de quoi parle-t-on?* https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur-de-quoi-parle-t-on Consulté le 3 avril 2026

Molard, A. (2019). Cheval comme tu nous tiens ! *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 138-148. https://doi.org/10.3917/tpr.186.0138.

Nevers, Y. (2017). *Psychomotricité et douleur : Comprendre et intervenir.* Elsevier-Masson.

Noble, C. (2025). Apports de la médiation équine dans la rééducation post-chute en psychomotricité : *Gérontologie et société*, *47/ n° 178*(3), 61-78. https://doi.org/10.3917/gs1.178.0061

O'Haire, M. E., Guérin, N. A., & Kirkham, A. C. (2015). Animal-Assisted Intervention for trauma : a systematic literature review. *Frontiers in psychology*, *6*, 1121. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01121

O'Neil, A., Quirk, S. E., Housden, S., Brennan, S. L., Williams, L. J., Pasco, J. A., Berk, M., & Jacka, F. N. (2014). Relationship between diet and mental health in children and adolescents : A systematic review. *American Journal of Public Health*, *104*(10), e31-e42. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302110

Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Santé des adolescents*. https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1Consulté le 12 avril 2026

Passia, E., & Jandus, P. (2018). Syndrome d'activation mastocytaire. *Revue Médicale Suisse*, *14*(601), 742-745. https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.601.0742

Perron, M., & Gosselin, P. (2007). Compréhension de la dissimulation des émotions chez l'enfant d'âge scolaire : *Enfance*, *Vol. 59*(2), 109-125. https://doi.org/10.3917/enf.592.0109

Pireyre, É.-W. (dir.) (2019). *Autisme, corps et psychomotricité : Approches plurielles.* Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2019.01.

Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition [Body schema (2) : Recent developments and definition]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 69*(8), 415–421. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory : Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton.

Potel, C. (2019). Médiation. Thérapeutique. Corps Introduction. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 186(2), 24-29. https://doi.org/10.3917/tpr.186.0024.

Potel, C., & Hefez, S. (2018). *L'adolescent, son corps, ses « en jeux » : Point de vue psychomoteur*. In press.

Putica, A., O'Donnell, M. L., Felmingham, K. L., & Van Dam, N. T. (2023). Emotion response disconcordance among trauma-exposed adults : The impact of alexithymia. *Psychological Medicine, 53*(12), 5442–5448. https://doi.org/10.1017/S0033291722002586

Quach, A., Tervo-Clemmens, B., Foran, W., Calabro, F. J., Chung, T., Clark, D. B., & Luna, B. (2020). Adolescent development of inhibitory control and substance use vulnerability : A longitudinal neuroimaging study. *Developmental Cognitive Neuroscience, 42*, 100771. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100771

Quatman, C. E., Ford, K. R., Myer, G. D., Paterno, M. V., & Hewett, T. E. (2008). The effects of gender and pubertal status on generalized joint laxity in young athletes. *Journal of science and medicine in sport*, *11*(3), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2007.05.005

Recondo, J. (2004). *Le tonus et ses troubles*. Masson

Robert-Ouvray, S. (2002). *Le développement psychomoteur du bébé*. Desclée de Brouwer.

Rodriguez, M. (2022). Chapitre 3. Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Gatecel, A. Vachez-Gatecel et A. Valentin-Lefranc *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (2^e Éd., p. 27-38). Dunod. https://stm.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100824984-page-27?lang=fr.

Rørvang, M. V., Nielsen, B. L., et McLean, A. N. (2020). Capacités sensorielles des chevaux et leur importance pour la science de l'équitation. *Frontières en science vétérinaire*, *7*, 633. https://doi.org/10.3389/fvets.2020.00633

Saint-Gall. (2022). *« Mes émotions, mon cheval de bataille ! » Quand l'alliance thérapeutique passe par le cheval en psychomotricité* [Mémoire DE Psychomotricien]. DUMAS. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03726124v1/file/Psychomot_2022_SAINT-GAL.pdf

Sander, D. (2016). Psychologie des émotions. *Encyclopædia Universalis*.

Scheper, M. C., de Vries, J. E., de Vos, R., Verbunt, J., Nollet, F., & Engelbert, R. H. (2015). Generalized hypermobility, muscle strength and physical function in patients with Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type. *Disability and Rehabilitation, 37*(10), 872–878.

Schilder, P. (1968). *L'image du corps : Étude des forces constructives de la psyché* (S. Deonna, Trad.). Gallimard. (Œuvre originale publiée en 1935)

Scialom, P., Richard, J.-F., & Rubio, J. (2011). Le tonus. Dans *Clinique de l'image du corps* (pp. 145-160). Dunod.

Soubiran, G. B., Coste, J.-C., & Mucchielli, R. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Doin.

Spielberger, C. D., Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). *Inventaire d'anxiété, état-trait : Forme Y (Stai-y)*. Ed. du Centre de psychologie appliquée.

Stern, D. N. (1999). *Le monde interpersonnel du nourrisson* (4e éd., M.-N. Denis, Trad.). Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1985)

Takahashi, Y., Nakamura, K., & Tanaka, M. (2025). Modulation of individual and synchronized activities of ankle plantarflexors during quiet standing in aroused

emotions. *Experimental Brain Research, 243*(1), 117–130. https://doi.org/10.1007/s00221-025-07046-3

Tinkle, B., Castori, M., Berglund, B., Cohen, H., Grahame, R., Kazkaz, H., & Levy, H. (2017). Hypermobile Ehlers-Danlos syndrome (a.k.a. Ehlers-Danlos syndrome Type III and Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type) : Clinical description and natural history. *American journal of medical genetics. Part C, Seminars in medical genetics*, *175*(1), 48–69. https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31538

Trösch, M., Cuzol, F., Parias, C., Calandreau, L., Nowak, R., & Lansade, L. (2019). *Horses categorize human emotions cross-modally based on facial expression and non-verbal vocalizations*. Animals, 9(11), 862.

Tuthill, J. C., & Azim, E. (2018). Taking a deep look at the senses of touch. *Current Biology*, *28*(5), R195-R203. https://doi.org/10.1016/j.cub.2018.01.035

Vaivre-Douret, L. (1997). *Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant.* Elsevier Masson.

Vaivre-Douret, L. (2011). *Les troubles du développement moteur*. Elsevier Masson.

Voermans, N. C., Knoop, H., Bleijenberg, G., & van Engelen, B. G. (2011). Fatigue is associated with muscle weakness in Ehlers-Danlos syndrome : an explorative study. *Physiotherapy*, *97*(2), 170–174. https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.06.001

Wallon, H. (1949). *De l'acte à la pensée*. Flammarion.

Wallon, H. (2012). *L'évolution psychologique de l'enfant* (ouvrage original publié en 1941). Armand Colin.

Widen, S. C. (2013). Children's interpretation of facial expressions : The long path from valence-based to specific discrete categories. *Emotion Review*, *5*(1), 72-77.

Wijnhoven, H. A., de Vet, H. C., & Picavet, H. S. (2006). Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain*, *124*(1-2), 158–166. https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.012

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1975). Jeu et réalité. *L'espace potentiel.* Gallimard.

Winnicott, D. W., Audibert, C., & Kalmanovitch, J. (2015). *La capacité d'être seul*. Éditions Payot & Rivages.

Annexes

Annexe I : Évolution des scores au TGMD-3 chez les garçons et les filles de 3 à 11 ans : score total (A), manipulation d'objets (B) et locomotion (C).

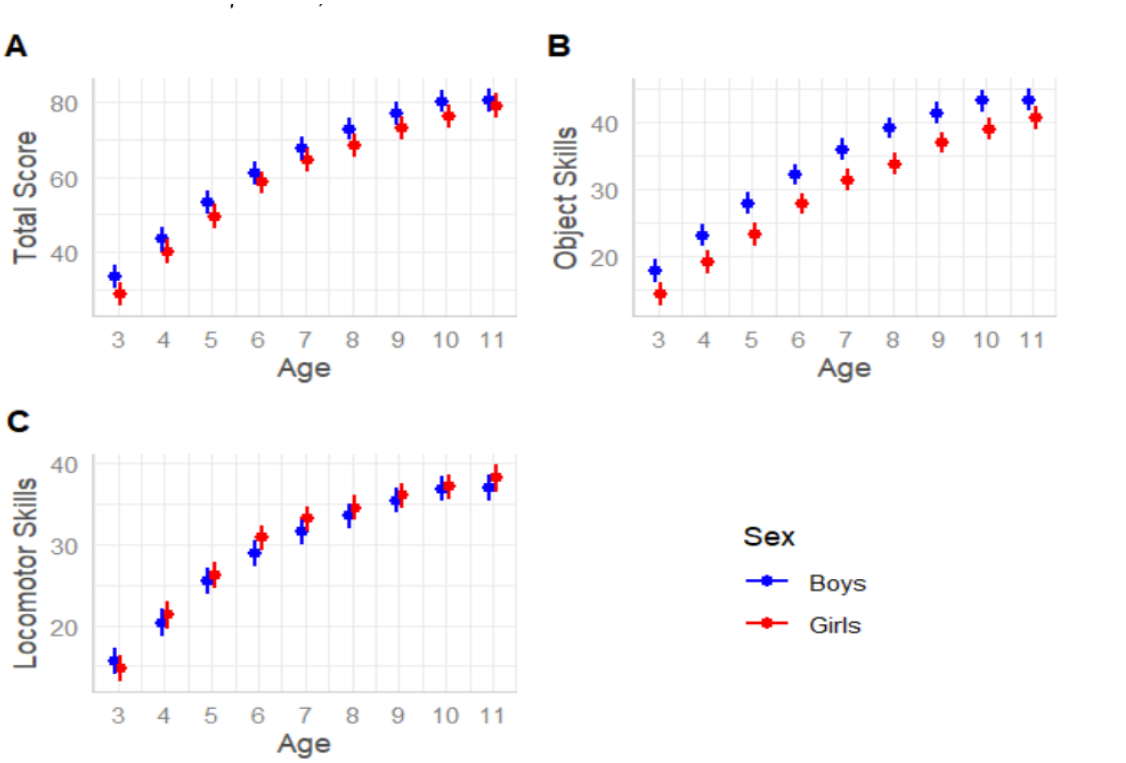


Figure 1. [DM1] Boys and girls scores on TGMD-3 Total (**A**), Object (**B**), and Locomotor (**C**) Scores.

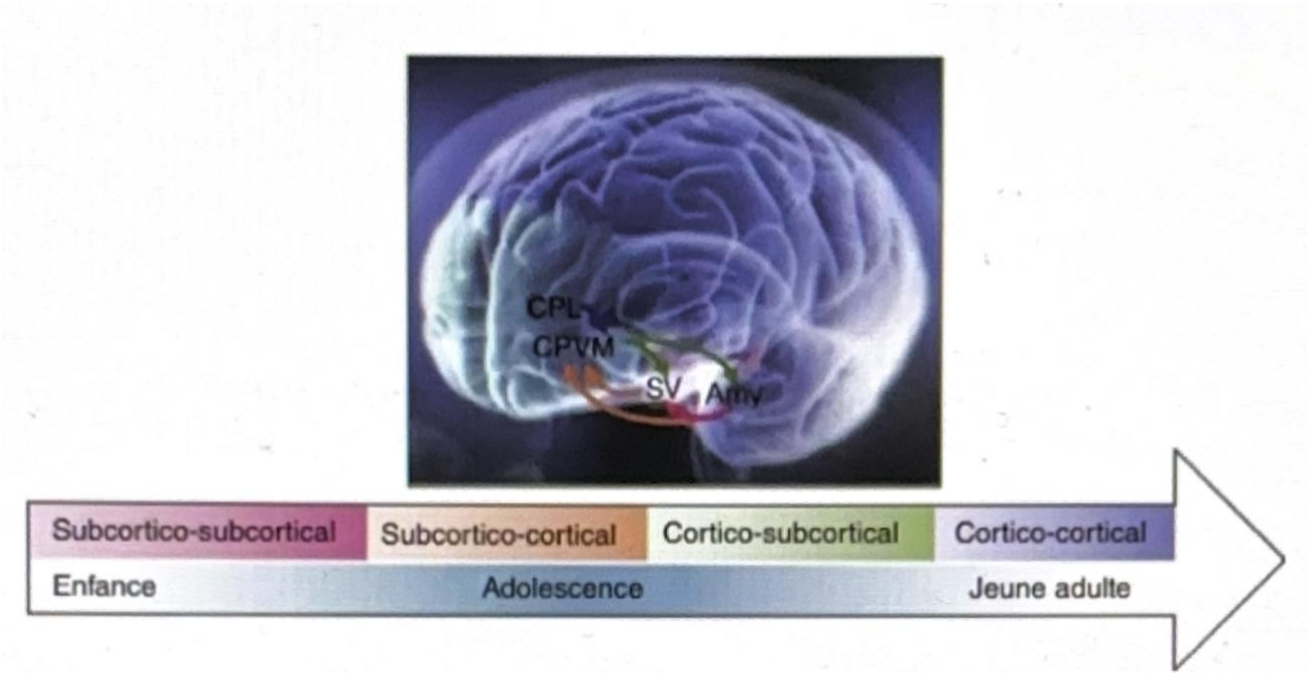
(D'Anna et al., 2025)

Annexe II : Développement de la catégorisation des émotions en fonction de l'âge et du type d'émotions



(Widen, 2013)

Annexe III : L’évolution de la maturation du cerveau émotionnel de l’enfance à l'âge adulte



(Casey et al., 2019)

Annexe IV : Tableau récapitulatif des symptômes évocateurs du syndrome d'Ehlers-Danlos

Cutanées	Fragilité cutanée, distension, hyperesthésie cutanée, peau très douce, troubles de la cicatrisation (cicatrisation lente et hypertrophique)
Hémorragiques par fragilité tissulaire	Ecchymoses, gingivorragies, épistaxis, ménorragies, hémorragies digestives
Articulaires	Hypermobilité, entorses, subluxations et luxations, scoliose
Proprioceptives	Diminution ou perte du sens de positionnement du corps, maladresses, chutes
Digestives	Constipation (parfois diarrhée), douleurs abdominales, reflux gastro-œsophagien
Respiratoires	Dyspnée spontanée ou à l'effort, blocages respiratoires, bronchites
Cardio-vasculaires	Tension basse, fuites valvulaires, anévrysmes ou ruptures artérielles contre-indiquant formellement les manipulations cervicales, épisodes de tachycardie, malaises orthostatiques (POTS)
Neurovégétatives	Frilosité, troubles vaso-moteurs, sudations, fièvres isolées, migraines
ORL	Hypo et/ou hyperacousie, acouphènes, vertiges, hyperosmie, rhinites, sinusites (allergiques)
Bucco-dentaires	Douleurs et altérations dentaires, atteintes gingivales
Ophtalmologiques	Fatigue visuelle, troubles de la convergence, myopie, astigmatisme
Vésico-sphinctériennes	Rétention vésicale chronique avec miction par regorgement, perte ou diminution du besoin, incontinence, infections urinaires
Génito-sexuelles	Dyspareunie, frigidité, fausses couches, accouchements difficiles (plus longs et risques hémorragiques)

(Benistan & Guichou, 2026)

Annexe V : Critères diagnostiques pour le syndrome d'Ehlers-Danlos Hypermobile

The International Consortium on Ehlers-Danlos Syndromes & Related Disorders

Distribué par The Ehlers Danlos Society

Traduit par U.N.S.E.D.

Critères diagnostiques pour le Syndrome d'Ehlers-Danlos Hypermobile (SEDh)

Cette checklist est destinée aux médecins de toutes spécialités afin d'être en mesure de diagnostiquer un SEDh

Ce document ne peut être modifié. Il est distribué par The Ehlers-Danlos society et traduit pas L'UNSED, Union Nationale des Syndromes d'Ehlers-Danlos, agréée par le Ministère de la Santé.

Nom du patient :_____ Date de naissance :_____ Date de consultation :_____ Évaluateur :_____

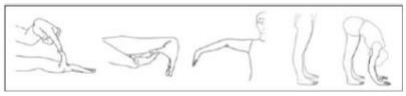
Le diagnostic clinique d'un SED hypermobile nécessite la présence simultanée des critères 1 ***et*** 2 ***et*** 3.

CRITERE 1 - Hypermobilité articulaire généralisée

Un item sélectionné parmi les suivants :

- □ ≥ 6 enfants/adolescents pré-pubères
- □ ≥ 5 hommes et femmes pubères jusqu'à 50 ans
- □ ≥ 4 hommes et femmes au delà de 50 ans

Score de Beighton : __/9



Si le Score de Beighton est un point en dessous du seuil spécifique à l'âge et au sexe, au moins deux des items suivants doivent aussi être sélectionnés pour valider le critère :

- □ Pouvez-vous (ou avez-vous déjà pu) placer vos mains à plat sur le sol sans plier vos genoux ?
- □ Pouvez-vous (ou avez-vous déjà pu) plier votre pouce pour toucher votre avant-bras ?
- □ Lorsque vous étiez enfant, amusiez-vous vos amis en contorsionnant votre corps dans des positions étranges ou pouviez-vous faire le grand écart ?
- □ Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, avez-vous eu votre épaule ou votre rotule luxée en une ou plusieurs occasions ?
- □ Vous considérez-vous comme « désarticulé » ?

CRITERE 2 - Au moins deux des caractéristiques suivantes (A, B, ou C) doivent être présentes

Caractéristiques A *(cinq doivent être présents)*

- □ Peau inhabituellement douce ou veloutée
- □ Légère hyperextensibilité cutanée
- □ Larges vergetures inexpliquées sur le dos, les cuisses, la poitrine et/ou l'abdomen chez les adolescents, les hommes, les filles pré-pubères sans antécédent de prise ou perte significative de masse graisseuse ou de poids
- □ Papules piézogéniques bilatérales des talons
- □ Hernie(s) abdominale(s) récurrente(s) ou multiple(s)
- □ Cicatrisation atrophique à au moins deux endroits, sans aspect vraiment papyracées ni dépôt d'hémosidérine comme on peut le voir dans le SED classique
- □ Prolapsus pelvien, rectal et/ou utérin chez un enfant, un homme ou une femme nullipare sans antécédent d'obésité morbide ou autre condition médicale connue y prédisposant
- □ Chevauchement dentaire et palais haut ou étroit
- □ Arachnodactylie, telle que définie ci-après :
  - (i) signe du poignet (signe de Walker) bilatéral
  - (ii) signe du pouce (signe de Steinberg) bilatéral
- □ Ratio envergure sur taille ≥ 1,05
- □ Prolapsus de la valve mitrale (PVM) léger ou plus marqué, basé sur des critères écho-cardiographiques stricts
- □ Dilatation de la racine aortique avec un Z-score > +2

Total de la caractéristique A : _____/12

Caractéristique B

- □ Histoire familiale évocatrice avec au moins un proche au premier degré validant les critères actuels de SEDh

Caractéristiques C *(au moins un doit être présent)*

- □ Douleurs musculo-squelettiques d'au moins deux membres, récurrentes quotidiennement pendant plus de 3 mois
- □ Douleurs diffuses, chroniques pendant plus de 3 mois
- □ Luxations récurrentes des articulations ou franche instabilité articulaire, en l'absence de traumatisme

CRITERE 3 - Tous les prérequis suivants DOIVENT être validés

1- Absence de fragilité cutanée inhabituelle, qui devrait conduire à évoquer d'autres types de SED.
2- Exclusion d'autres pathologies du tissu conjonctif héritées et acquises, incluant les pathologies auto-immunes rhumatologiques. Chez les patients avec une pathologie du tissu conjonctif acquise (ex: Lupus, polyarthrite rhumatoïde, etc.), un diagnostic additionnel de SEDh nécessite la validation des caractéristiques A et B du Critère 2. Les caractéristiques C du Critère 2 (douleur chronique et/ou instabilité) ne peuvent pas être prise en compte pour diagnostiquer le SEDh dans cette situation.
3- Exclusion des diagnostics différentiels associés à une hypermobilité articulaire en raison d'une hypotonie et/ou d'une laxité du tissu conjonctif. Ces diagnostics différentiels incluent notamment (mais pas seulement) les pathologies neuromusculaires (ex : myopathie de Bethlem), d'autres pathologies héréditaires du tissu conjonctif (ex : autres types de SED, syndrome de Loeys-Dietz, syndrome de Marfan), et des dysplasies squelettiques (ex : ostéogénèse imparfaite). L'exclusion de ces diagnostics différentiels est basée sur l'histoire de la maladie, l'examen physique, et/ou la biologie moléculaire selon les cas.

Diagnostic :_____

Traduction validée par le Dr Karelle Bénistan, centre de référence des SED

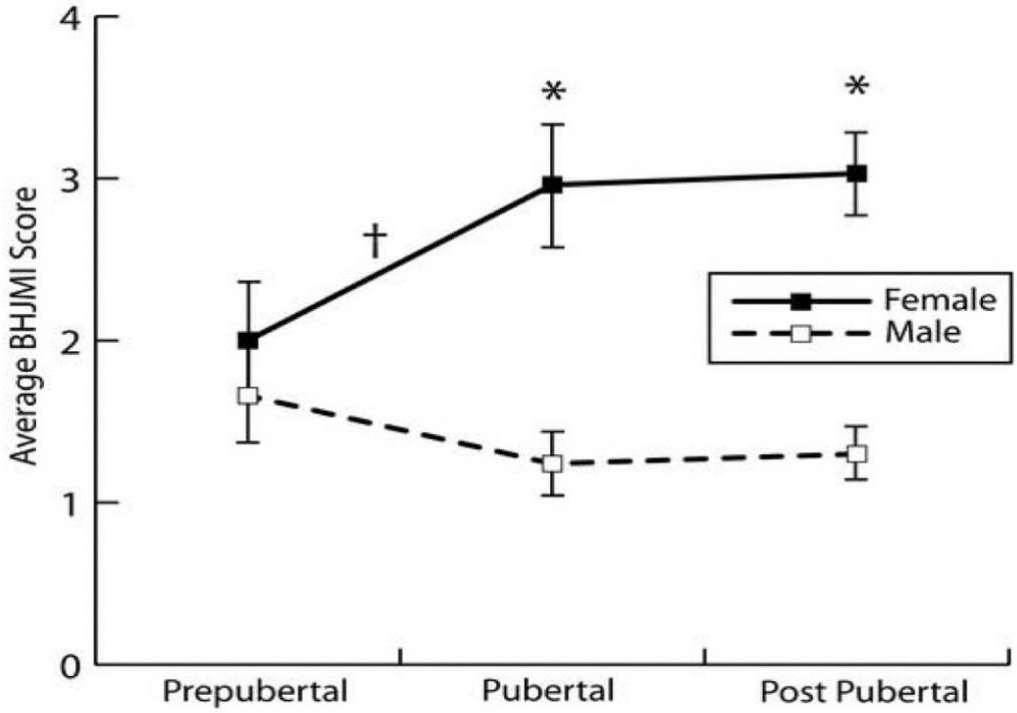
(Centre de référence des Maladies Osseuses Constitutionnelles (MOC) & Filière OSCAR, 2020)

Annexe VI : Types de douleurs rencontrées dans le SEDh, causes et retentissements psychomoteurs.

Type de Douleur	**Mécanismes et Causes**	**Impact Psychomoteur**
Nociceptive	Micro-traumatismes (luxations), spasmes de protection.	Kinésiophobie, limitations des amplitudes, évitement.
Neuropathique	Neuropathie des petites fibres (SFN), compressions.	Paresthésies, altération de la discrimination tactile.
Centralisée	Sensibilisation centrale (Scheper et al., 2015).	Hyperalgésie, saturation des capacités attentionnelles.
Mastocytaire	Activation Mastocytaire : libération rapide de médiateurs inflammatoires par les mastocytes en réponse à un stimulus (Passia & Jandus, 2018)	Intolérance au toucher, hypersensibilité cutanée.

(Tinkle et al., 2017)

Annexe VII : Évolution du score moyen de laxité articulaire généralisée (BHJMI) selon le sexe et le statut pubertaire (pré-pubère, pubère, post-pubère) d'après les résultats du Beighton



(Quatman et al., 2008)

Annexe VIII : Les deux chevaux médiateurs : [Napo A] et [Lipto B].

A





B





Source : Élaboration personnelle

Annexe IX : Espace de médiation équine : Abri paillé



Source : Élaboration personnelle

Annexe X : Inventaire de dépression de Beck (BAI) : Fiche de passation et barème de cotation.

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

	Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par…	**Pas du tout**	**Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)**	**Modérément C'était très déplaisant mais supportable**	**Beaucoup Je pouvais à peine le supporter**
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	«Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougissement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

(Beck et al., 1998)

Annexe X : Inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI, forme Y) : Questionnaire d'auto-évaluation et modalités de calcul des scores.

Anxiété

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger *

* Schweitzer & Paulhan : *Manuel pour l'inventaire d'Anxiété Trait-État (Forme Y)*. Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université de Bordeaux II, 1990.

Ce test permet d'évaluer le niveau d'anxiété sur les dernières semaines écoulées. Si vous le repassez dans quelques mois, il sera probablement différent : moins bon si la vie vous a amené plus de soucis, ou meilleur s'il y en a eu moins et/ou si votre démarche de développement personnel porte ses fruits.
Ce test ne permet aucun diagnostic ni pronostic, que seul un professionnel de santé est autorisé à effectuer : il ne donne qu'une estimation ponctuelle.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire son humeur sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, dans les quatre colonnes à droite, *ce qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement.*
Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

			Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens de bonne humeur, aimable.	I				
2	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	0				
3	Je me sens content(e) de moi.	I				
4	J'aimerais me sentir aussi heureux(se) que les autres le paraissent	0				
5	J'ai un sentiment d'échec.	0				
6	Je me sens reposé(e).	I				
7	J'ai tout mon sang-froid.	I				
8	J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	0				
9	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	0				
10	Je suis heureux(se).	I				
11	J'ai des pensées qui me perturbent.	0				
12	Je manque de confiance en moi.	0				
13	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	I				
14	Je prends facilement des décisions.	I				
15	Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur.	0				
16	Je suis satisfait(e).	I				
17	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	0				

18	Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.	0				
19	Je suis une personne posée, solide, stable.	I				
20	Je deviens tendu(e) et agité(e)quand je réfléchis à mes soucis.	0				
	Totaux					

Calcul du total :
Pour les lignes indiquées par I, la réponse « non » est cotée 4, plutôt non = 3, plutôt oui = 2 et oui = 1.
Pour les lignes indiquées par 0, le « non » est coté 1, plutôt non = 2, plutôt oui = 3, oui = 4.
La note totale varie donc de 20 à 80.

Interprétation
En dessous de 35 : Votre niveau d'anxiété est minimal : vous êtes de nature sereine.
De 36 à 45 : Votre niveau d'anxiété est faible.
De 46 à 55 : Votre niveau d'anxiété est modéré, il pourra être utile de le prendre en charge afin de vivre de façon plus détendue. Le manuel *Relaxation et principes d'équilibre* associé au manuel *Confiance et apaisement* vous seront certainement utiles.
De 56 à 65 : Votre niveau d'anxiété est élevé, important, et l'aide complémentaire d'un professionnel se révélera très utile afin de vous aider à progresser ou à traverser ce mauvais passage.
Au-dessus de 66 : Votre niveau d'anxiété est très élevé. Nous vous conseillons de consulter rapidement votre médecin traitant afin de chercher avec lui la meilleure solution pour passer ce cap. Il vous proposera peut-être une aide médicamenteuse temporaire.

(Spielberger et al., 1993)

Annexe XII : Charte des droits de l'animal

Article 1

Tous les animaux ont des droits égaux à l'existence dans le cadre des équilibres biologiques. Cette égalité n'occulte pas la diversité des espèces et des individus.

Article 2

Toute vie animale a droit au respect.

Article 3

Aucun animal ne doit être soumis à de mauvais traitements ou à des actes cruels.

Si la mise à mort d'un animal est nécessaire, elle doit être instantanée, indolore et non génératrice d'angoisse.

L'animal mort doit être traité avec décence.

Article 4

L'animal sauvage a le droit de vivre libre dans son milieu naturel, et de s'y reproduire.

La privation prolongée de sa liberté, la chasse et la pêche de loisir, ainsi que toute utilisation de l'animal sauvage à d'autres fins que vitales, sont contraires à ce droit.

Article 5

L'animal que l'homme tient sous sa dépendance a droit à un entretien et à des soins attentifs.

Il ne doit en aucun cas être abandonné, ou mis à mort de manière injustifiée.

Toutes les formes d'élevage et d'utilisation de l'animal doivent respecter la physiologie et le comportement propres à l'espèce.

Les exhibitions, les spectacles, les films utilisant des animaux doivent aussi respecter leur dignité et ne comporter aucune violence.

Article 6

L'expérimentation sur l'animal impliquant une souffrance physique ou psychique viole les droits de l'animal.

Les méthodes de remplacement doivent être développées et systématiquement mises en œuvre.

Article 7

Tout acte impliquant sans nécessité la mort d'un animal et toute décision conduisant à un tel acte constituent un crime contre la vie.

Article 8

Tout acte compromettant la survie d'une espèce sauvage, et toute décision conduisant à un tel acte constitue un génocide, c'est-à-dire un crime contre l'espèce.

Le massacre des animaux sauvages, la pollution et la destruction des biotopes sont des génocides.

Article 9

La personnalité juridique de l'animal et ses droits doivent être reconnus par la loi.

La défense et la sauvegarde de l'animal doivent avoir des représentants au sein des organismes gouvernementaux.

Article 10

L'éducation et l'instruction publique doivent conduire l'homme, dès son enfance, à observer, à comprendre, et à respecter les animaux.

(Beiger, 2022)

LISTE DES ABREVATIONS

AAA Activité Assistée par l'Animal

AESH Accompagnante d'Elève en Situation de Handicap

ANDRE Association Nationale de Rééducation par l'Équitation

CR MOC Centre de Référence des Maladies Osseuses Constitutionnelles

EAA Éducation Assistée par l'Animal

EDNF Ehlers-Danlos National Fondation

EVA Échelle Visuelle Analogique

FENTAC Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval

HPI Haut Potentiel Intellectuel

IAA Intervention Assistée par l'Animal

IAHIO International Association of Human-Animal Interaction Organizations

IFCE Institut Français du Cheval et de l'Équitation

IFZ Institut Français de Zoothérapie

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

QI Quotient intellectuel

SED Syndrome d'Ehlers-Danlos

SEDh Syndrome d'Ehlers-Danlos Hypermobile

STOP Syndrome de Tachycardie Orthostatique Posturale

TAA Thérapie Assistée par l'Animal

TAC Thérapie Assistée avec le Cheval

TDAH Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TENS Transcutaneous Electrical Nerve Stimu- lator (en français : timulateur électrique transcutané)

TOP Trouble Oppositionnel avec provocation

ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

RÉSUME

Ce mémoire s'intéresse à l'apport de la médiation équine en psychomotricité dans la régulation tonico-émotionnelle chez des adolescentes présentant un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Il part du constat que la douleur chronique, l'instabilité corporelle et l'anxiété peuvent altérer le rapport au corps et aux autres, et interroge la manière dont le cheval peut soutenir un meilleur ajustement corporel et émotionnel. L'étude s'appuie sur deux cas cliniques suivis en psychomotricité dans le cadre de la médiation équine, afin d'étayer l'analyse à partir d'observations cliniques et d'outils d'évaluation. Les résultats montrent que la présence du cheval favorise l'engagement corporel, l'expression émotionnelle et les ajustements toniques, tout en s'inscrivant dans une évolution fluctuante selon le contexte de vie des patientes. Ce travail souligne ainsi l'intérêt d'une approche psychomotrice et médiatisée pour accompagner des adolescentes dont le corps douloureux fragilise l'équilibre tonico-émotionnel.

Mot clés : Psychomotricité, Médiation équine, Douleur chronique, Régulation tonico-émotionnelle, Syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile

SUMMARY

This thesis examines the role of equine-assisted psychomotor therapy in regulating muscle tone and emotional regulation in adolescent girls with hypermobile Ehlers-Danlos syndrome. It is based on the observation that chronic pain, physical instability and anxiety can alter one's relationship with the body and with others, and explores how the horse can support better physical and emotional adjustment. The study draws on two clinical cases followed in psychomotor therapy within the context of equine-assisted therapy, in order to underpin the analysis using clinical observations and assessment tools. The results show that the presence of the horse promotes physical engagement, emotional expression and tonic adjustments, whilst forming part of a fluctuating progression depending on the patients' life context. This work thus highlights the value of a psychomotor and mediated approach to supporting adolescent girls whose painful bodies undermine their tonic-emotional balance.

Keywords : Psychomotor therapy, Equine-assisted therapy, Chronic pain, Tonus-emotional regulation, Hypermobile Ehlers-Danlos syndrome

Source : Deepl traducteur