

Université de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie

2015

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 23 novembre 2015 à POITIERS
par Madame VOISIN Valentine
née le 15 septembre 1989

Équithérapie
Étude de l'impact sur le troubles psychiatriques et leur traitements

Composition du jury :

Président : Madame RABOUAN Sylvie, Professeur en Chimie Physique et Chimie Analytique

Membres : Madame DEJEAN Catherine, Maître de Conférences en Pharmacologie
Madame PARDOUX Florence, Pharmacien adjoint

Directeur de thèse : Madame DEJEAN Catherine, Maître de Conférences en Pharmacologie



PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, Chimie Thérapeutique
- COUET William, Pharmacie Clinique
- FAUCONNEAU Bernard, Toxicologie
- GUILLARD Jérôme, Pharmaco chimie
- IMBERT Christine, Parasitologie
- MARCHAND Sandrine, Pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, Galénique
- PAGE Guylène, Biologie Cellulaire
- RABOUAN Sylvie, Chimie Physique, Chimie Analytique
- SARROUILHE Denis, Physiologie
- SEGUIN François, Biophysique, Biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, Immunologie-Hématologie
- BARRIER Laurence, Biochimie
- BODET Charles, Bactériologie
- BON Delphine, Biophysique
- BRILLAULT Julien, Pharmacologie
- CHARVET Caroline, Physiologie
- DEBORDE Marie, Sciences Physico-Chimiques
- DEJEAN Catherine, Pharmacologie
- DELAGE Jacques, Biomathématiques, Biophysique
- DUPUIS Antoine, Pharmacie Clinique
- FAVOT Laure, Biologie Cellulaire et Moléculaire
- GIRARDOT Marion, pharmacognosie, botanique, biodiversité végétale
- GREGOIRE Nicolas, Pharmacologie
- GRIGNON Claire, PH
- HUSSAIN Didja, Pharmacie Galénique
- INGRAND Sabrina, Toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile Pharmaco chimie

- PAIN Stéphanie, Toxicologie
- RAGOT Stéphanie, Santé Publique
- RIOUX BILAN Agnès, Biochimie
- TEWES Frédéric, Chimie et Pharmaco chimie
- THEVENOT Sarah, Hygiène et Santé publique
- THOREAU Vincent, Biologie Cellulaire
- WAHL Anne, Pharmaco chimie, Produits naturels

PAST - Maître de Conférences Associé

- DELOFFRE Clément, Pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, Pharmacien

Professeur 2nd degré

- DEBAIL Didier

Maître de Langue - Anglais

- JORDAN Steven

Poste d'ATER

- COSTA Damien

Poste de Moniteur

- VERITE Julie

REMERCIEMENTS

Au professeur RABOUAN Sylvie à qui je présente mes hommages respectueux pour l'honneur qu'elle m'a fait de présider ce jury de soutenance.

Au docteur DEJEAN Catherine qui, en tant que Directeur de thèse, a su me guider dans l'élaboration de ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre savoir faire et vos exigences.

Je tiens à remercier le docteur PARDOUX Florence pour son implication dans ce travail et sa présence dans ce jury de soutenance.

A monsieur GRESSER Didier qui m'a permis d'ajouter de la pratique à la théorie de mon travail en rendant possible ma présence à une séance d'équithérapie.

Mes sincères remerciements à monsieur DOUAY Arnaud qui a partagé son savoir au sujet de l'équithérapie et qui a su répondre à mes diverses questions.

A ma famille et ma belle famille pour leur aide et leurs encouragements tout au long de mes études. Merci.

J'ai une pensée pour toutes celles qui ont contribué par leur soutien lors de mes études.. Notamment à Mathilde, Anne-Sophie, Marie, Clémence, et Sascha, sans qui ces six années d'études n'auraient pas été les mêmes.

A Floris pour sa bienveillance et la confiance qu'il a su placé en moi au cours de cette période particulière qui est la dernière ligne droite de la vie d'étudiante.

Je pense enfin à Olivier qui par son aide précieuse et sa relecture attentive à contribué à la rédaction de ce travail.

" Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps
mais aussi pour l'esprit et pour le cœur "
Xénophon, Vème siècle avant J.-C.

SOMMAIRE

Introduction	6
I. La zoothérapie	7
I.1. Qu'est ce que la zoothérapie ?	7
I.1.1. Définition	7
I.1.2. Applications	7
I.1.3. Différence entre Thérapie Facilitée par l'Animal (TFA) et Activité Assistée par l'Animal (AAA)	8
I.2. Qu'apporte l'animal dans la thérapie ?	8
I.2.1 Modifications physiologiques et psychiques	8
I.2.1.1 Étude sur les troubles cardiovasculaires	8
I.2.1.1.1 Étude de l'impact sur les maladies coronariennes	8
I.2.1.1.2. Étude d'Anderson de l'impact sur l' hypertension artérielle, les troubles des triglycérides, et sur hypercholestérolémie	9
I.2.1.1.3. Conclusion de la thèse en médecine de Leuret-Abajane [6]	9
I.2.1.2. Études sur l'impact sur des troubles psychiatriques	9
I.2.1.3 Étude de l'impact sur le handicap moteur	14
I.2.2. Bénéfices psychologiques	14
I.3. Historique	14
I.3.1 Premières expériences	14
I.3.2 Travaux de Boris Levinson	15
I.3.3. Travaux de Samuel et Elisabeth Corson	16
I.3.4 Travaux de Mugford, Cominsky et Bustad	16
I.3.5 Travaux de Condoret	17
II. Les applications de la zoothérapie	18
II.1. Indications	18
II.2 Mécanisme d'action	19
II.3. Risques et contre-indications à la TFA	20
III. L'équithérapie	22
III.1. Historique	22
III.1.1. L'équithérapie à travers les âges	22

III.1.2. A l'étranger	23
III.1.3. En France	25
III.2. Définition	33
III.2.1. Définition selon la FENTAC	33
III.2.2 Équitation thérapeutique : Description des quatre méthodes couramment utilisées	33
III.2.2.1 Hippothérapie	33
III.2.2.2 Réhabilitation par l'équitation	34
III.2.2.3 Équitation sportive	35
III.2.2.4 Voltige	35
III.2.3 Autres méthodes	35
III.2.4. Encadrement et matériel de l'équithérapie	36
III.2.4.1 Personnel encadrant	36
III.2.4.2 Matériel	37
III.3. Mécanisme d'action [61]	41
III.4. Indications	43
III.4.1 Troubles neurologiques	43
III.4.2 Troubles orthopédiques	44
III.4.3 Psychoses et autres troubles psychiatriques	44
III.5. Contre-indications	44
III.6. Impact de l'équithérapie	46
III.6.1 Dans le handicap physique	46
III.6.1.1 Effet sur la spasticité	46
III.6.1.2. Effet sur la posture, l'équilibre et la coordination motrice	47
III.6.2 Dans le handicap mental	49
III.6.2.1 Chez l'enfant	49
III.6.2.2 Chez l'adulte	51
III.7. Impact de l'équithérapie sur le bien-être du cheval	52
III.7.1 Indicateurs spécifiques, non spécifiques et physiques	52
III.7.2 Conséquences de la domestication	54
III.7.3. Conséquences de l'équitation et de l'équithérapie	46
IV. Étude de cas	60

IV.1. Centre équestre Équit'libre	60
IV.2. Cas clinique	65
IV.2.1. Monsieur A	66
IV.2.2. Monsieur D.	68
IV.2.3. Madame C.	72
IV.2.4. Monsieur C.	73
IV.2.5. Madame F.	77
IV.2.6. Monsieur J.	80
IV.2.7. Mademoiselle L.	82
IV.2.8. Monsieur L.	84
IV.2.9. Monsieur O.	86
IV.2.10. Madame S.	88
IV.3. Discussion	89
Conclusion	99

TABLE DES DIAGRAMMES, ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

Diagramme 1 : Répartition des patients selon leurs pathologies	10
Tableau 1 : Degrés de sévérité autistique en fonction du score obtenu à l'échelle de CARS adapté d'après A. Lorin de Reure (2009) [8]	11
Tableau 2 : Tableau 2 : Récapitulatif du comportement de Coraline selon l'échelle de CARS en dehors et lors d'une séance de thérapie avec le poney adapté d'après A. Lorin de Reure (2009) [8]	12
Tableau 3 : Résultats de Coraline à la CARS et à la grille de Haag dans les domaines relationnels, émotionnels et de communication à un an d'intervalle adapté d'après A. Lorin de Reure (2009) [8]	13
Illustration 1 : Troupeau d'Equus Gestaltung [22]	19
Illustration 2 : Lis Hartel-Host attend sur son cheval lors d'une compétition à l'Harringay Arena près de Londres [29]	24
Illustration 3 : Lis Hartel aidée de son groom pour descendre de son cheval [30]	24
Illustration 4 : Schématisation des différentes associations de l'équithérapie	28
Illustration 5 : Escalier [51]	37
Illustration 6 : Equilève [52]	37
Illustration 7 : Equilève [53]	38
Illustration 8 : Double selle [54]	38
Illustration 9 : Selle à poignée [55]	39
Illustration 10 : Sur-selle [56]	39
Illustration 11 : Selle ibérique [57]	40
Illustration 12 : Surfaix [58]	40
Illustration 13 : Le pansage [59]	41
Illustration 14 : L'équithérapie est un soin [60]	42
Diagramme 2 : Somme des ASV avant et après traitement par hypothérapie d'après Lechner et al. (2003) [64]	47
Tableau 4 : Résultats exprimés en pourcentage d'amélioration en fonction des fonctions évaluées adapté d'après Hameury et al. (2010) [67]	50
Illustration 15 : Cheval plaquant les oreilles en arrière [80]	52

Illustration 16 : Schématisation du parcours demandé par le moniteur aux patients sur Jupiter	63
Diagramme 3 : Répartition du nombre de patients en fonction de l'atelier proposé	90
Diagramme 4 : Nombre de patients traités en fonction de la classe thérapeutique avant le traitement par l'équithérapie et au moment de la période d'observation	92

Introduction

Soixante trois millions... C'est le nombre d'animaux familiers recensés en France en 2012. Plus de 48% des ménages français possèdent au moins un animal de compagnie, parmi des catégories très diversifiées : poissons, chats, chiens, ou encore NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie). La question est pourquoi l'humain recherche tant le contact avec l'animal ?

Ce contact privilégié est utilisé en thérapie : la zoothérapie. Elle fait partie d'une prise en charge globale du patient qui reçoit, en parallèle, des thérapies conventionnelles.

Elle concerne autant les hommes que les femmes, les enfants que les personnes âgées. Différentes pathologies sont prises en charge par cette thérapie comme la personne handicapée physiquement ou dans les troubles psychiatriques comme l'anxiété, la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires, la maladie d'Alzheimer, etc. La diversité du type d'animal employé est conséquente : chiens, chats, chevaux, oiseaux, poules, lapins, etc. Tous peuvent devenir des médiateurs.

L'équithérapie débute dans les années 1950 même si le cheval a été utilisé bien avant à des fins thérapeutiques. Le cheval a cette particularité dans la thérapie de permettre le portage en plus du contact physique comme avec les autres animaux. Cela permet à la fois de mobiliser les muscles et de densifier la musculature du patient souffrant de handicap physique mais également d'établir une régression nécessaire à la construction de l'individu souffrant de troubles mentaux.

Dans une première partie, nous nous attarderons sur les termes de zoothérapie et d'équithérapie en étudiant leurs définitions, leurs historiques, leurs applications, leurs principes et les bienfaits que ces deux thérapies peuvent apporter à l'Homme. Puis, nous nous intéresserons à l'impact que peut avoir l'équithérapie sur des personnes atteintes de troubles psychiatriques par le biais d'une étude de cas clinique dans un centre hospitalier de psychiatrie (Hôpital Henri Laborit, Poitiers) portant sur l'évolution de leurs traitements psychiatriques et de leurs comportements en parallèle de la participation à des séances d'équithérapie.

I. La zoothérapie

I.1 Qu'est ce que la zoothérapie ?

I.1.1 Définition

La zoothérapie ou Thérapie Facilitée par l'Animal (TFA) est une médiation qui se pratique professionnellement en individuel ou en petit groupe, à l'aide d'un animal familier, consciencieusement sélectionné et éduqué, sous la responsabilité d'un professionnel, appelé « l'Intervenant Professionnel en médiation animale ». Cette forme de thérapie cherche à utiliser les rapports privilégiés que développent certaines personnes (enfants, adultes, personnes âgées) avec des animaux dans un but thérapeutique (social, psychologique ou physique). Nous verrons par la suite que ces liens permettent de faciliter le contact avec le thérapeute, de favoriser le dialogue et de développer l'exercice physique.

I.1.2 Applications

De nos jours, la zoothérapie trouve sa place au sein de différentes structures ainsi qu'avec différents genres d'animaux comme les chiens, les chats, les chevaux, les oiseaux, les rats, les lézards et d'autres petits animaux. Les chiens sont utilisés le plus fréquemment car ils sont plus facilement dressés et sont instinctivement sociaux

Les animaux sont employés en maison institutionnelle telle que les hôpitaux, les maisons de repos, les prisons afin de diminuer la dépersonnalisation de l'individu.

En pédiatrie ; et plus particulièrement dans les services d'oncologie, d'orthopédie ou de trouble du comportement ; des chiens visitent des jeunes patients. Les résultats observés sont une diminution de l'anxiété et de l'angoisse de la maladie.

En gériatrie, l'intégration d'un animal permet de développer de nouvelles tâches (éduquer, nourrir, toiletter un chien). Les responsabilités que cela engendre dynamisent les patients, éveillent leur intérêt et facilitent ainsi le contact avec le personnel soignant.

En ergothérapie et en physiothérapie, l'animal prend une place particulière dans la rééducation et la réadaptation procurant au patient une motivation supplémentaire à la poursuite des traitements souvent pénibles.[1]

I.1.3 Différence entre Thérapie Facilitée par l'Animal (TFA) et Activité Assistée par l'Animal (AAA)

La Thérapie Facilitée par l'Animal est une technique d'intervention utilisée comme auxiliaire aux thérapies conventionnelles, où un animal joue le rôle d'intermédiaire entre un intervenant et un patient. La dimension thérapeutique prend naissance dans la relation entre ces trois sujets : l'animal, le patient et l'intervenant.

Elle est à dissocier des Activités Assistées par l'Animal qui sont des activités ayant recours à l'animal qui permettent d'améliorer la qualité de vie (briser l'isolement social, redonner aux gens un sentiment de pouvoir sur leur vie, créer des espaces de discussion afin de restaurer une communication...) en améliorant le sentiment d'estime de soi, la motivation et la participation à des loisirs éducatifs et récréatifs. [2]

I.2 **Qu'apporte l'animal dans la thérapie ?**

I.2.1 Modifications physiologiques et psychiques

I.2.1.1 Étude sur les troubles cardiovasculaires

I.2.1.1.1 Étude de l'impact sur les maladies coronariennes

Une étude concernant les maladies coronariennes traitées à domicile a montré que les patients possédant un animal de compagnie avaient en moyenne une médiane de survie augmentée d'un an par rapport aux patients vivant sans animaux. L'auteur souligne que les personnes ayant un animal de compagnie marchent plus ce qui pourrait expliquer cette différence de taux de survie [4].

La pression artérielle et la fréquence cardiaque diminuent de façon significative lorsque l'on caresse un animal. Ces effets cardiovasculaires sont provoqués par une diminution de l'excitation du système nerveux sympathique en présence d'un animal en liaison avec sa capacité à accaparer notre attention de façon agréable nous conférant un sentiment de sécurité et de bien-être [4].

I.2.1.1.2 Étude d'Anderson de l'impact sur l'hypertension artérielle, les troubles des triglycérides, et sur hypercholestérolémie

Des études effectuées en Australie par Anderson en 1992 impliquant plus de 5500 patients démontrent que les personnes possédant un animal de compagnie ont des valeurs de pression artérielle, de triglycérides et de cholestérol inférieures à ceux n'en possédant pas.

De même, suite un infarctus les patients ayant chez eux un animal de compagnie ont six fois moins de risques de mourir dans l'année suivante selon un essai clinique publié dans American Journal Of Cardiology [5].

I.2.1.1.3 Conclusion de la thèse en médecine de Lebret-Abajjane [6]

Cette thèse de médecine de 2004 démontre la contribution des chiens sur le bien-être psychique. On y observe une diminution lors du contact avec l'animal de :

- La prise d'anxiolytiques en long séjour chez des patients âgés et désorientés
- La perception des douleurs chroniques et la pression artérielle lorsqu'ils sont en contact avec le chien ou lorsqu'ils participent à une activité ludique et physique journalière
- La valeur de cortisol (corrélée positivement au stress) chez les humains et chez les chiens alors que celle des neurotransmetteurs permettant la diminution du stress et de la pression artérielle augmente et cela en moyenne dix minutes après le début du contact.

I.2.1.2 Études sur l'impact sur des troubles psychiatriques

L'étude de Gonski en 1985 a montré que des enfants maltraités et rejetés par leur famille, placés dans des familles d'accueil, avaient un comportement qui s'améliorait et se régulait beaucoup plus rapidement et facilement lorsque la famille d'accueil possédait un chien avec lequel l'enfant avait des interactions. D'autres effets bénéfiques ont été remarqués chez des personnes dépressives, des déficients mentaux et des enfants et adolescents psychotiques [3]

Une autre étude en 1998 étudiant l'influence de l'animal sur l'anxiété regroupe 313 adultes de 25 à 49 ans [7]. Les patients sont répartis en quatre catégories selon les symptômes dont ils souffrent:

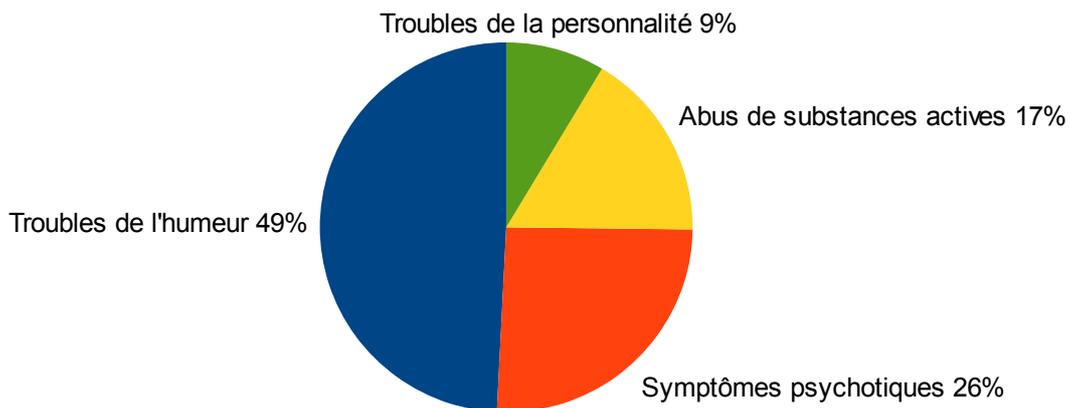


Diagramme 1 : Répartition des patients selon leurs pathologies

Les modifications de l'anxiété ont été mesurées dans deux situations :

- Lors d'activité thérapeutique en présence d'un animal et de son propriétaire pendant une séance de 30 minutes. Lors de cette séance, le propriétaire parlait avec les patients et encourageait la discussion entre patients
- Lors d'activité récréative ludique sans animal considérée comme contrôle

Il en ressort une diminution de l'anxiété pour :

- Uniquement les patients avec un trouble de l'humeur lors de l'activité sans animal
- Les patients avec un trouble de l'humeur, des symptômes psychotiques ou d'autres troubles lors de l'activité avec l'animal

Pour les patients abusant de substances actives il n'y a aucune modification de leur anxiété. Les auteurs attribuent cela à une petite taille d'échantillonnage.

La diminution de l'anxiété est doublée dans les troubles psychotiques après les séances en présence d'un animal ce qui prouve que l'animal offre une interaction impliquant moins de demande par rapport à une thérapie traditionnelle. Les auteurs considèrent que le contact avec l'animal donne un sentiment de confort et de sécurité au patient que l'on ne rencontre dans aucune autre thérapie. Le chien fournit une protection contre les situations qui conduisent à une anxiété.

Une autre expérience est réalisée sur un groupe de six enfants autistes sur une période de 18 mois [8]. Ces enfants sont atteints d'un autisme sévère et ne possèdent pas de langage. L'objectif de cette étude est de comprendre pourquoi la communication si difficile entre l'enfant autiste et le monde extérieur semble être plus aisée avec un animal. Les animaux utilisés pour cette étude sont des poneys Shetland. Les séances sont hebdomadaires et durent une heure (quinze minutes de prise de contact et quarante cinq minutes de chevauchement à cru). Au total, les enfants ont participé à cinquante et une séances.

Afin de mesurer l'évolution de la maladie des enfants suivis, l'auteur utilise l'échelle comportementale CARS de Schopler et al. (voir annexe I) qui évalue les comportements autistiques définis conformément aux critères diagnostiques de Kanner, de Rutter et de la National Society for Autistic Children. Elle est applicable aux enfants de 2 à 12 ans et permet une mesure de l'intensité de l'autisme de chaque enfant. Elle est constituée de quinze items comportementaux. Ces items sont notés de 1 à 4 avec 1 correspondant à un enfant dans les limites de la norme pour son âge et 4 indiquant un comportement sévèrement perturbé.

Score	15 à 29,5	30 à 36,5	37 à 60
Degrés de sévérité	Non autistique	Légèrement moyennement autiste	à Sévèrement autiste

Tableau 1 : Degrés de sévérité autistique en fonction du score obtenu à l'échelle de CARS adapté d'après A. Lorin de Reure (2009) [8]

Les résultats observés sont partiellement satisfaisants car parfois réducteurs et ne représentant pas l'impression clinique de l'enfant. L'échelle de Haag et al. (voir annexe II) est

utilisée en complément afin de pallier à ces résultats peu satisfaisants. Il s'agit de la grille de repérage des étapes évolutives de l'autisme infantile construite à partir de l'évolution d'enfants autistes en cours de traitement psychanalytique ainsi qu'à partir du développement normal des nourrissons.

L'étude analyse particulièrement l'évolution du comportement d'une enfant, Coraline :

Description du comportement à partir de l'échelle CARS	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Score CARS 53,5</u> • <u>Relation sociale</u> : score à 3,5 . L'enfant évite tout contact physique ou visuel • <u>Niveau émotionnel</u> : score à 3,5. Son affectivité se manifeste par des réponses extrêmes allant de l'absence de réaction à des crises de tantrum¹ lors d'une contrariété • <u>Communication</u> : score à 3,5. Aucun langage verbal, l'enfant prononce occasionnellement quelques sons • <u>Communication non verbale</u> : score à 3. Indication claire qu'il cherche à éviter l'autre ou une situation
Les séances de thérapie avec le poney	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Relations sociales</u> : Contact physique par effleurement d'abord puis par toucher de plus en plus souvent et longuement • <u>Niveau émotionnel</u> : Immédiateté sensorielle caractérisée par un miroir corporel avec sa ponette • <u>Communication verbale et non verbale</u> : Peu de sons mais l'enfant déploie ce dont elle dispose pour faire comprendre ce qu'elle veut ou rejette (regard, mimique, postures, gestes démonstratifs)

Tableau 2 : Récapitulatif du comportement de Coraline selon l'échelle de CARS en dehors et lors d'une séance de thérapie avec le poney adapté d'après A. Lorin de Reure (2009) [8]

¹ crises de rage qui accompagnent une désorganisation corporelle [8]

Pour visualiser nettement l'évolution de l'autisme de cet enfant, les résultats sont regroupés dans le tableau 3. A noter que pour la grille de CARS une note de 3-4 signifie un comportement moyennement à gravement perturbé alors que pour l'échelle de Haag et al. cela signifie une évolution très positive.

	CARS 2003 Score général 53,5 Score 1 à 4	Cars 2004 Score général 51,5 Score 1 à 4	Grille Haag 2003 Étape I à IV	Grille Haag 2004 Étape I à IV
Coraline 6/7ans				
Relations sociales	3,5	3,5	I + II	II + III
Réponses émotionnelles	3,5	3	I	II + III
Communication verbales	3,5	3,5	I	I (+II?)
Communication non verbale	3	3	I + II	I + II + III

Tableau 3: Résultats de Coraline à la CARS et à la grille de Haag dans les domaines relationnels, émotionnels et de communication à un an d'intervalle adapté d'après A. Lorin de Reure (2009) [8]

Le comportement de Coraline n'est pas correctement approché par l'échelle de CARS car dans la grille de Haag, elle n'est pas uniquement située dans l'étape I correspondant à un autisme sévère mais elle fait des incursions dans l'étape II. Il est intéressant de comparer l'évolution de Coraline à un an d'intervalle entre les deux grilles. Le score dans l'échelle de CARS a très peu bougé contrairement aux étapes dans la grille de Haag ce qui note une évolution dans le lien que crée l'enfant à l'autre, dans l'expression de ses affects, et dans l'amélioration de la communication non verbale.

Pour ce qui est de la communication verbale de Coraline, tandis que l'échelle de CARS ne montre aucune évolution, la grille de Haag note une amélioration connotée par des sortes de lallation, de chantonnements qui la situent prudemment dans l'étape II.

Cette étude montre l'intérêt de la thérapie avec le cheval pour les enfants autistes. L'utilisation de l'animal peut être un facteur d'amélioration des expressions émotionnelles et relationnelles ainsi que de la communication verbale et non verbale chez l'enfant.

I.2.1.3 Étude de l'impact sur le handicap moteur

Cette étude sur 48 personnes handicapées en fauteuil roulant démontra que la présence d'un chien a facilité la réadaptation socioprofessionnelle [9]. Dans un premier groupe, un chien a été directement affecté aux différents sujets, alors que dans le deuxième groupe un délai de un an a été fixé avant l'affectation de l'animal :

- Au bout d'un an, les facteurs psychologiques, la fréquentation d'activités sociales et l'indépendance étaient significativement meilleurs dans le groupe avec les chiens. Plus de la moitié avait retrouvé un travail alors que dans l'autre groupe aucun n'en avait trouvé. Seul le statut matrimonial n'a pas été modifié.
- Au bout de deux ans, seulement une personne dans le groupe avec chien n'avait pas trouvé d'emploi contre un tiers dans l'autre groupe.

I.2.2 Bénéfices psychologiques

La perception des individus est améliorée avec la présence d'un animal. Elle devient alors plus attractive et cela augmente les chances d'un contact avec les autres. Certaines études ont montré que l'on sourit quatre fois plus à une personne en chaise roulante si cette dernière est accompagnée d'un chien. [10]

D'après la thèse de Lebret-Abajane, lorsqu'une personne en fauteuil roulant possède un chien, les sourires et paroles à son égard sont significativement plus nombreux dans la rue ainsi que les contacts physiques initiés par leurs voisins proches. [6]

I.3 **Historique**

I.3.1 Premières expériences

York Retrat en 1792 est une institution pour malades mentaux fondée en Grande-

Bretagne. On y enseigne la manière de prendre soin de petits animaux. En 1867, à Biefield en Allemagne, une expérience similaire à celle de York Reirat est menée dans une institution pour épileptiques où les animaux ont toujours constitué un élément essentiel. Les programmes comprennent de l'équitation thérapeutique, un parc de jeux, des chiens, des chats, et des oiseaux en cage.

En 1942, à Pawling, un centre « l' Amerique Air Force Convalescent Center » fait appel à des chiens ainsi qu'à du bétail, des chevaux, des volailles pour remonter le moral des blessés et accélérer leur guérison. Malheureusement, il n'existe aucun document authentifiant les maladies soignées ainsi que les résultats observés car aucune étude médicale n'avait été alors réalisée. [11][12]

Les premières publications apparaissent dans les années 60 relatant les recherches et expériences des précurseurs de la zoothérapie.

I.3.2 Travaux de Boris Levinson

A la fin des années 50, Boris Levinson ; psychologue pour enfants et professeur en psychiatrie ; a assisté à l'établissement d'une relation privilégiée entre Johnny, un enfant qui ne communiquait avec personne, et son propre chien Jingles qui exceptionnellement avait participé à la consultation de Johnny. Après ce contact entre l'animal et l'enfant, Levinson observa une nette amélioration de l'état du jeune garçon. Il baptisa cette nouvelle méthode « *Psychothérapie infantile assistée par l'animal* » ou « *Pet-Oriented Child Psychotherapy* »[13].

Il base cette psychologie sur le fait que le meilleur moyen de communiquer avec un enfant est de le faire par le jeu. Il considère que l'animal constitue une motivation à l'apprentissage pour des enfants présentant des troubles émotionnels sévères. Ces travaux tendent donc à démontrer que l'animal de compagnie est important pour l'homme tant sur le plan pratique que psychologique. Levinson considère que l'animal constitue une motivation à l'apprentissage pour des enfants présentant des troubles émotionnels sévères. Il démontre que l'animal de compagnie est important pour l'homme, tant sur le plan psychologique que

pratique [14].

I.3.3 Travaux de Samuel et Elisabeth Corson

Samuel et Élisabeth Corson travaillaient dans un centre pour adolescents perturbés jouté à un chenil [15]. Ils avaient noté que certains adolescents sortaient de leur mutisme au contact des chiens.

Ce couple, ayant connaissance des travaux de Levinson, réalisa une expérience sur des sujets par l'intermédiaire de questionnaires, d'enregistrements vidéo et recensement d'observations du personnel. Ils remarquèrent alors que la présence de l'animal provoquait différents effets :

- Diminution du désespoir
- Aide à rompre la solitude et l'exclusion sociale

D'après Delbour et Bouchard, d'autres expériences furent menées aux États-Unis. En 1947, la première ferme thérapeutique a vu le jour près de New-York [16]. Elle comprenait environ cinquante animaux d'espèces différentes afin de permettre la réinsertion d'enfants présentant des troubles affectifs et socialement inadaptés.

I.3.4 Travaux de Mugford, Cominsky et Bustad

Mugford et Cominsky, en Grande-Bretagne, à partir d'un échantillon d'hommes âgés de 75 à 81 ans vivant seuls, eurent l'idée de placer chez certains d'entre eux des petites perruches australiennes pendant cinq mois et constatèrent que sur les 60 % d'hommes vivant seuls ceux qui bénéficiaient de la présence d'un oiseau semblaient avoir un bon état psychologique [17].

Bustad, professeur au collège de médecine vétérinaire de l'université de Washington recensa les différentes contributions de l'animal au bien-être des personnes âgées. Il étudia l'effet du chien aussi bien sur les maladies cardio-vasculaires que sur le cancer, l'ostéoporose et les troubles mentaux tels que la sénilité. La présence d'un animal modifierait l'évolution de certaines maladies dégénératives.[18]

I.3.5 Travaux de Condoret

Après un stage avec Levinson, A. Condoret entreprend en 1976 le même genre d'expérience avec des enfants souffrant de problèmes de langage.

Un de ces enfants atteint d'autisme communiqua pour la première fois après le lâcher d'une tourterelle. L'expérience suggère que le choix et le mode d'introduction de l'animal dans l'univers du patient joueraient un rôle primordial. Son activité de vétérinaire lui permit lors de ses consultations d'entrer en contact avec plus de mille enfants de 4 à 15 ans qui accompagnaient leur animal familier. Il montra que l'animal pouvait répondre aux besoins profonds de l'enfant tels que les besoins d'affection, de communication, d'imagination et de prise de distance vis-à-vis de l'adulte. Il étendit son champ d'observation aux écoles maternelles ainsi qu'aux enfants handicapés mentaux [19].

Ses observations se multiplièrent dans les milieux divers et variés (cabinets vétérinaires, écoles, hôpitaux psychiatriques). Il fonda sur la base de ses observations en 1978 une nouvelle méthode relationnelle ou « Intervention Animale Modulée Précoce » reposant sur une synthèse de découvertes en psychologie. Il a montré que la présence d'un animal favorise l'exercice et la spontanéité des langages tactile et gestuel d'enfants atteints de troubles de la communication. Cette relation libre et spontanée intervient d'une manière modulée tant au niveau de la durée et de la fréquence que du rythme ; l'enfant ayant la possibilité d'observer lui même les comportements des animaux entre eux.

En 1977, il fonde l'Association Française d'Information et de Recherche sur l'Animal de Compagnie (AFIRAC) étudiant la cohabitation de l'homme avec l'animal familier et répondant aux questions suscitées par cette vie en commun.

II Les applications de la zoothérapie

II.1 Indications

La TFA peut aussi concerner les handicapés moteurs chez qui la présence d'un animal modifie la perception d'autrui envers eux. Elle peut également être indiquée lors de problèmes orthopédiques où par l'intermédiaire du cheval on recherchera un développement harmonieux des muscles lombaires et abdominaux ainsi qu'un meilleur soutien de la colonne vertébrale dans des pathologies telles que certaines scoliose.

Si on envisage une sphère plus grande d'application de la TFA, nous pourrions l'élargir à des personnes sourdes et/ou aveugles qui reçoivent de leur chien, ;« auxiliaire de vie permanent », une aide physique, psychologique et sociale [20].

L'animal est également utilisé dans les maisons de retraites pour les personnes âgées souffrant de solitude ou d'inactivité.

Chez les enfants violents, hyperactifs, déficients mentaux ou ayant des troubles de la concentration, l'animal (facteur d'apaisement) favoriserait l'attention et donc le raisonnement et la mémorisation.

Certains psychologues, psychiatres ou médecins recommandent la présence d'un animal lors de dépression, de trouble émotionnel ou pour des patients souffrant d'autres maladies comme l'épilepsie, les myopathies ou la maladie d' Alzheimer comme le rapporte Maier-Hermann dans sa thèse de médecine [20].

Soit un autre exemple qui est un témoignage de Dominique Cuyvers [21]. Elle décrit une expérience thérapeutique et un art de vivre en interrelation avec un troupeau de chevaux Appaloosa : Equus Gestaltung.

C'est est une structure qui propose des stages au sein d'un troupeau de chevaux à Lias d'Armagnac dans le Gers en France.

«Il ne s'agit pas d'enseigner une somme de savoirs mais bien de soutenir chacun et chacune à trouver une posture qui permet d'être au plus proche des ressentis et des nuances de conscience corporelle et émotionnelle, en mettant momentanément de côté le savoir que nous avons à propos des chevaux. » selon D. Cuyvers.

Cette approche demande une constante réévaluation de la situation, un ajustement perpétuel à ce qui se passe.



Illustration 1 : Troupeau d'Equus Gestaltung [22]

Dans cet article, il fait part de l'histoire d'une des patientes qui vient aux séances en ne participant pas aux conversations ou par répliques tranchantes et cyniques. Toujours à l'écart du groupe, elle ne recherche aucun contact avec l'humain ou l'animal.

Au troisième jour de stage, D. Cuyvers, irritée par son comportement, lui demande de s'exprimer. Le ton monte entre les deux femmes ce qui attire une des juments du troupeau qui vient s'intercaler entre D. Cuyvers et la patiente. La thérapeute propose alors à la patiente de dire à cette jument ce qu'elle n'arrive pas à partager avec le groupe. La jument enserme la patiente entre sa tête et son poitrail, la femme resserre les crins de la jument entre ses doigts et elle commence à sangloter. La femme la plus âgée du groupe rejoint le duo et enlace la patiente puis un grand éclat retentit dans la vallée : la patiente est en larmes et en rires.

Depuis, elle participe au stage et arrive à exprimer ses sentiments, ses désaccords et ses questionnements.

II.2 Mécanisme d'action

« Un animal peut aider le thérapeute à ne plus vouloir faire ou dire et à se contenter d'être pleinement avec son patient. Par là, il incite à laisser être ce patient avec l'animal en laissant sans trop intervenir leur relation se construire »

Sandrine Willems, Psychothérapeute, 2011.

L'apport d'un animal au sein de la thérapie va agir à trois niveaux. Majoritairement, nous observons un rôle direct mais également comme médiateur entre le thérapeute et le patient et par la création d'une cohésion.

En effet, l'animal va offrir une affection sans jugement. Le contact corporel qu'il offre permet de créer une relation directe avec le patient. Le mécanisme est en réalité à la base de l'élaboration de la personnalité car c'est un objet transitionnel créant un lien stable avec le monde extérieur, c'est également un lieu de projection mais aussi un modèle pour le patient dans le processus d'identification [23]. Toutefois, l'animal offre également un sentiment d'acceptation par autrui, de responsabilité, ainsi qu'une amélioration des interactions sociales

Il est le médiateur entre malade et psychiatre ou enseignant permettant une communication plus aisée et/ou une observation du comportement du malade d'une manière extérieure [24].

II.3 Risques et contre-indications à la TFA

L'utilisation d'animaux dans un but thérapeutique comporte des risques autres que les risques de chutes ou de coups car malgré une sélection des animaux utilisés, leur comportement restent celui d'un animal.

Il a été rapporté des cas d'infections locales voire générales suite à des morsures ou griffures ou plus fréquemment d'allergies pouvant être parfois gravissimes.

Les zoonoses sont également très nombreuses, elles peuvent être d'origine bactérienne comme pour la maladie des griffes du chat, pasteurellose, streptobacillose, brucellose, tuberculose, camphylobacteriose, leptospirose (etc...), d'origine virale ou parasitaire telle que l'ascaridiose principalement mais aussi l'échinococcose. Des cas d'infection par protozoaires

ou champignons microscopiques sont également relatés mais sont plus rares.[25]

D'autres risques sont à évoquer comme les troubles du comportement chez le patient avec développement de phobie, attachement excessif, vulnérabilité à la mort de l'animal.

Le statut immunitaire du patient doit être pris en compte (aplasie médullaire, immunodépression) ainsi que ses capacités physiques (validité réduite) afin de ne pas apporter plus d'inconvénients au patient que de bénéfices. [26]

Il est également important de prendre en compte les troubles pouvant être engendrés chez l'animal avec stress et maltraitance. Nous approfondirons ce point de vue par la suite.

C'est pourquoi il est primordial qu'un avis de spécialiste et/ou du vétérinaire soit demandé avant de débiter la thérapie et de l'adapter au cas par cas. Si les séances de zoothérapie entraînent une souffrance ou une augmentation des symptômes du patient, elles devront être arrêtées.

III L'équithérapie

III.1 Historique

III.1.1 L'équithérapie à travers les âges

La notion d'équitation thérapeutique commença dans les années 1950. Cependant, les bienfaits de l'équitation pour la santé ont été constatés bien avant cette époque. En effet, dans *Lachès*, Platon compare l'équitation à l'entraînement au combat permettant de rendre les jeunes qui la pratique plus vigoureux.

Hippocrate mettait en avant l'effet bénéfique du rythme du cheval à condition que cette pratique soit réservée à des patients ne présentant aucun risque. [27]

La période du Moyen-Age est une période de médecine de magie et de sciences occultes dans lesquelles la thérapie corporelle ne trouve plus sa place.

En 1675, Mercuriali propose de réactualiser l'exercice. Il fut suivi de Francisco Fuller en 1728 qui mit en avant l'aspect salubre de l'équitation dans son ouvrage « De l'importance de l'équitation dans la médecine ancienne et moderne ».

Au XVIIIème siècle, le médecin Christian Jahn propose que l'équitation soit recommandée chez les personnes hypocondriaques en les faisant monter une fois par jour.

Diderot, dans son encyclopédie écrit un long traité de l'équitation et de ses conséquences pour se maintenir en bonne santé et pour la recouvrer. Il aborde les aspects préventifs et curatifs de ce sport : « à chaque époque, on a reconnu que les exercices corporels étaient le moyen le plus sûr et le plus efficace de maintenir en bon état une santé chancelante... Mais si les exercices présentent en général tous ces avantages c'est bien l'équitation qui occupe la première place. Par son entremise, non seulement on peut soigner un grand nombre de maladies mais on peut aussi les prévenir avant qu'elles ne se déclarent ».

Les bienfaits de l'équitation thérapeutique ont été mises en avant par une étude de Chassaing à Paris en 1870. Il présente alors une thèse de doctorat dans laquelle il suggère que l'équitation thérapeutique est bénéfique dans le traitement de l'hémiplégie, de la paraplégie et d'autres troubles neurologiques. Son étude montre que l'équilibre des patient est amélioré, qu'il y a un renforcement musculaire, que la spasticité des articulations est améliorée et que le moral des patients est incontestablement meilleur [28].

En 1889, le Dr Peron étudie la traumatologie et les troubles qui peuvent être provoqués par l'équitation mais aussi les bienfaits de l'équitation sur l'organisme notamment sur les fonctions respiratoires, circulatoires et motrices. Il publie cette étude dans La Revue sanitaire de la province (Bordeaux).

Peu d'études scientifiques cherchant à prouver l'aspect bénéfique de l'équitation thérapeutique ont été menées. Les résultats de celles qui ont été réalisées sont discutables car la reproductibilité des expériences menées est difficile.

III.1.2 A l'étranger

L'engouement pour l'équitation thérapeutique a commencé en 1952 suite à la victoire de Lis Hartel aux jeux olympiques d'Helsinki. Elle témoigne de l'aide que l'équitation a pu lui apporter face à sa maladie : la poliomyélite.



Illustration 2 : Lis Hartel-Host attend sur son cheval lors d'une compétition à l'Harringay Arena près de Londres [29]

Illustration 3 : Lis Hartel aidée de son groom pour descendre de son cheval [30]

Lis Hartel était une cavalière de dressage danoise. A l'âge de 23 ans, elle contracte une poliomyélite qui la laisse paralysée. Progressivement, elle retrouve l'usage de la plupart de ses muscles, mais reste paralysée en dessous des genoux. Après trois ans de rééducation, elle put prendre part aux Championnats équestres scandinaves et termina deuxième dans l'épreuve féminine de dressage.

Les femmes obtinrent le droit de concourir en dressage équestre olympique pour la première fois en 1952 : elle fut l'une de ces pionnières. Sélectionnée pour représenter le Danemark aux Jeux Olympiques à Helsinki alors même qu'elle devait être aidée à monter et descendre de cheval, elle n'en obtint pas moins une médaille d'argent, exploit qu'elle renouvela quatre ans plus tard à Stockholm [31] [32].

Suite à cette victoire, son amie et kinésithérapeute, Madame Botker a ouvert un centre équestre spécialisé pour les enfants handicapés. Ce centre accueillait des personnes atteintes d'un handicap moteur, d'épilepsie, ainsi que des jeunes provenant de foyer d'observation psychiatrique, d'école pour aveugles et d'instituts médico-pédagogiques.

La Riding for the Disabled Association (RDA) a été reconnue comme œuvre d'utilité publique en 1969 en Grande-Bretagne. En 1953, plus de 500 programmes existaient déjà [33].

Les États-Unis ont mis en place de grands centres spécialisés. L'un des principaux est celui du centre hospitalier de Chicago the « Cheff Center for the Handicapped » qui a ouvert en 1970 une section équestre permettant la pratique de l'équitation thérapeutique à 660 handicapés chaque semaine.

The North American Riding for the Handicapped Association (NARHA) a été créée en 1969. Sa mission était de promouvoir les activités équestres pour les personnes handicapées. En 1994, il y avait 464 centres d'équitation thérapeutique regroupant à travers le pays :

- 23 000 cavaliers
- 17 000 volontaires
- 5 000 chevaux

Aujourd'hui, il existe plus de 670 centres accrédités par NARHA éparpillés dans l'Amérique et le Canada [34].

III.1.3 En France

L'équitation thérapeutique a débuté en 1967 avec Lallery qui à l'époque a fait un premier rapport sur les bienfaits de l'équitation chez les jeunes handicapés. Sa première observation concernait une jeune fille atteinte de la maladie de Little qui se caractérise par une paraplégie spasmodique [35].

La maladie de Little est un trouble affectant les jeunes enfants et qui se manifeste par une raideur excessive des muscles des jambes, et parfois des bras. Leur situation ne s'aggrave pas avec les années, les enfants conservant le même contrôle de leurs membres au cours du temps (à la différence des myopathies par exemple).

Les difficultés ne s'améliorent pas non plus spontanément, et la contracture des muscles peut entraîner des déformations des os au cours de la croissance de l'enfant. Ces enfants ont du mal à saisir des objets, à se tenir debout ou à marcher (mouvements d'ensemble). Ils ont parfois aussi du mal à parler, à manger ou à écrire (mouvements fins).

Ce syndrome de Little est généralement appelé aujourd'hui diplégie spastique, et il n'est qu'une des formes que peut prendre une infirmité motrice cérébrale (IMC). Les anglo-saxons parlent de paralysie cérébrale (cerebral palsy) [36].

Les séances d'équithérapie permettaient à cette jeune fille de diminuer ses contractures. Une autre élève présentant des séquelles d'une poliomyélite avait acquis une musculature plus importante au niveau des fessiers après être montée à cheval.

Dès 1968, De Lubersac fait partie du Comité d'Études et d'Action pour la Rééducation par l'Équitation (CEARE). Ce comité regroupait uniquement des thérapeutes et des parents d'enfants inadaptés.

En 1971, Lallery fonde l'association Rééducation Par l'Équitation (RPE). Ces deux associations se regroupèrent en une seule : ANDRE (Association Nationale De Rééducation par l'Équitation). Lallery est président de cette association et De Lubersac en est la secrétaire générale. Ensemble, ils publient le livre « Rééducation par l'équitation » [37].

En 1976, ANDRE se rattache à l'association HANDI SPORT pour devenir HANDI CHEVAL. Du fait de cette association, certains objectifs de l'association ne sont plus en accord avec les principes de certains thérapeutes qui créent alors ANETELH (Association Nationale d'Equitation Thérapeutique et de Loisir pour Handicapées) sous la présidence de R. De Lubersac.

Dans les années 1980, ANETELH et HANDI CHEVAL se regroupent à nouveau sous la pression des financeurs.

R. De Lubersac anime des stages de formation au travers d'une autre association : ASERTAC (Association pour la Spécialisation de l'Enseignement et la Recherche dans les Thérapies d'Approche Corporelle).

C'est au cours de ces stages que la création d'une nouvelle association est demandée (1986) car tous sont thérapeutes, dans le domaine médical ou paramédical et tous sont des cavaliers.

On remplace alors le terme Rééducation Par l'Équitation (RPE) par Thérapie Avec le Cheval (TAC). En parallèle, la FENTAC (Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval) est créée sous la présidence du Dr Philippe Garnier mais cette association ne fonctionne pas

durant 2 ans jusqu'à ce qu'elle soit présidée en 1988 par De Lubersac. Différents objectifs et définitions sont alors fixés :

- Regrouper les Associations et les personnes qui pratiquent la Thérapie avec le Cheval ou s'y intéressent.
- Mettre en place et assurer une Formation spécifique à la Thérapie avec le Cheval.
- Promouvoir la recherche et l'approfondissement théorique et pratique de cette thérapie.
- Favoriser, soutenir les initiatives qui intéressent la Thérapie avec le Cheval et s'y associer.
- Participer à toutes manifestations en France et à l'étranger qui concernent la Thérapie avec le Cheval.

Depuis lors, elle participe activement au développement du Groupement International d'Études en TAC au côtés de la Belgique, de la Suisse et du Luxembourg.[38]

La TAC se définit comme différente de l'Équitation avec les handicapés, ou de toute autre activités sportives avec le cheval. C'est pourquoi HANDI CHEVAL se distingue de la FENTAC car développe la pratique de l'activité équestre pour les personnes handicapées ou en difficulté d'adaptation.

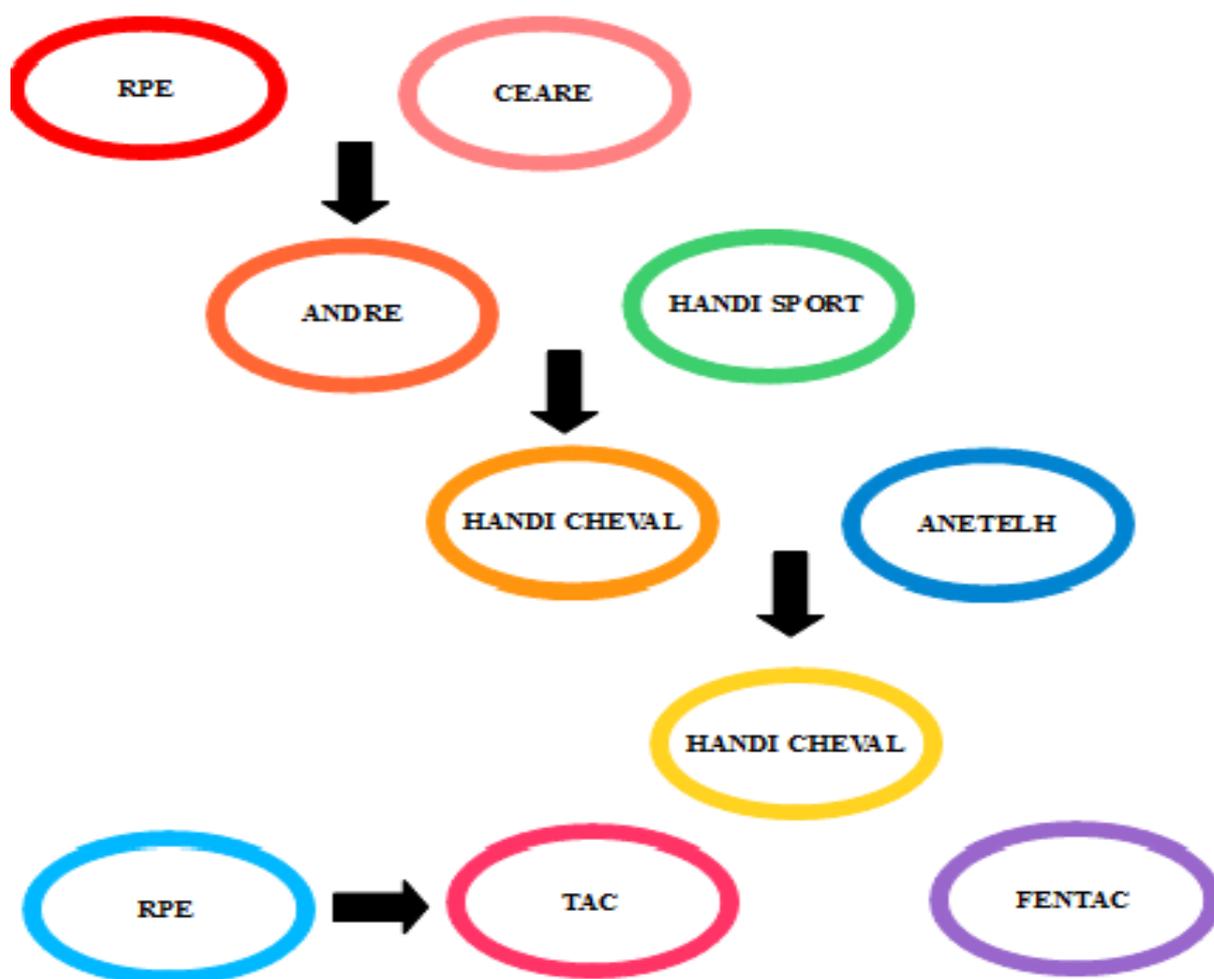


Illustration 4 : Schématisation des différentes associations de l'équithérapie

Depuis le 30 janvier 2014, le métier d'équicien est reconnu par le RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles) [39]. Cette professionnalisation, souhaitée par la Fédération Nationale Handi-Cheval depuis une dizaine d'années, mise en œuvre à partir de 2007 et reconnue par le RNCP en 2011, vise à délimiter et structurer des champs de compétences précis et à identifier des pratiques. C'est un nouveau métier à cheval sur les filières médico-sociale et équine. Ne peuvent prétendre à l'appellation d'équiciens que les personnes ayant suivi le cycle de la certification d'équicien. Ce cycle est accessible :

- En formation initiale post-bac
- En processus de formation continue pour adulte sur une période de deux ans
- Par le biais de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

En formation initiale post-bac :

Conditions d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Être majeur • Avoir satisfait aux épreuves de baccalauréat • Être titulaire du galop 3 • Maîtriser le français à l'écrit et à l'oral
Organisation de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Durée : 3ans <ul style="list-style-type: none"> ◦ 1650 h en centre de formation, dont un tiers de pratique avec les chevaux (cours d'équitation compris) ◦ 1925 h en stage • Les stages sont répartis sur les trois années de formation et durent en moyenne deux mois. Ils sont à réaliser dans des structures variées (médico-sociale, centre équestre, élevage)
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Sur les rapports de stage qu'il aura à préparer et présenter devant un jury après chaque stage • Sur un mémoire qui sera à rédiger en fin d'étude • Sur des séances d'équicie individuelle ou en groupe • Sur l'obtention du galop 6
Coût	<ul style="list-style-type: none"> • 6 000 €/an soit 18 000€ pour la formation

En formation continue :

Conditions d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection sur dossier. • Expérience de trois ans minimum tous champs confondus • Être titulaire du galop 3 • Maîtrise du français à l'oral et à l'écrit
------------------------	--

Organisation de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Durée : 2ans <ul style="list-style-type: none"> ◦ 400 h en centre de formation, dont un tiers de pratique avec les chevaux (40 UE) ◦ 290 h en stage • Chaque UE de 40h se répartit sur une semaine tous les deux mois et comprends : <ul style="list-style-type: none"> ◦ 25 h de théorie ◦ 15 h de travaux pratiques et dirigés
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque UE fait l'objet d'une évaluation • Production d'écrits (étude de cas, rapport de stage, mémoire)
Coût	<ul style="list-style-type: none"> • Coût employeur / Opcv / Pôle emploi : 13 300 € • Coût particulier : 10 430€

Les personnes n'ayant pas ou peu d'expérience dans le domaine de l'équie doivent réaliser un pré-stage de 150 heures (80 h en centre équestre pratiquant l'accompagnement de publics en situation de handicap et 70 h dans une structure médico-sociale).

Par une VAE :

Conditions d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Trois ans d'expérience professionnelle en tant que salarié et/ou non salarié/bénévole et/ou volontaire • Avoir exercé une activité professionnelle sur trois ans minimum : <ul style="list-style-type: none"> ◦ en rapport avec le titre visé ◦ en continu ou en discontinu ◦ à temps plein ou partiel
------------------------	---

<p>Organisation de la formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépôt d'un livret 1, justifiant d'une expérience suffisante et en cohérence avec le titre visé • Dans les deux mois qui suivent le dépôt : réception d'une décision de recevabilité ou de rejet • Si la demande est déclarée recevable : «Livret 2» qui présente les principales activités et les tâches exercées par le candidat. Il met en évidence : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Le contexte de travail ◦ Les activités et tâches réalisées ◦ Les outils utilisés ◦ L'étendue des responsabilités exercées. • Ce livret 2 est à retourner dans les trois années suivant la recevabilité de la partie 1
<p>Évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En candidat libre : <ul style="list-style-type: none"> ◦ un seul regroupement de quatre heures sur le site d'handicheval ◦ présentation devant le jury • Avec accompagnement et suivi pédagogique : <ul style="list-style-type: none"> ◦ deux regroupements de quatre heures sur le site ◦ seize heures d'accompagnement pédagogique via skype ◦ présentation devant le jury
<p>Coût</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts sans accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Frais de dossier : 300 € ◦ Présentation devant le jury : 635 € • Coûts avec accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Accompagnement et frais de dossier : 1785 € ◦ Présentation devant le jury : 635 €

Ces professionnels diplômés doivent afficher systématiquement leur titre afin que le public puisse les identifier.

L'équicien est un métier qui se trouve en parallèle de celui d'équithérapeute. L'équicie est l'accompagnement au développement des apprentissages sociaux, en s'appuyant sur la relation entre l'individu et le cheval alors que l'équithérapie vise à apporter un soin psychique

dans une visée thérapeutique où le cheval prend la place de médiateur [40] [41].

Les équithérapeutes ont une formation autre que les équiciens [42]. Elle débouche, après validation des compétences par un jury indépendant, sur l'obtention du Diplôme d'Équithérapeute de l'Institut de Formation en Equithérapie (IFEq), qui atteste de l'aptitude de son détenteur à exercer l'équithérapie. Ce diplôme privé vise l'enregistrement au RNCP à partir de 2017. Il s'agit d'une formation continue :

Conditions d'admission	<ul style="list-style-type: none"> • Être professionnel médical, paramédical, et médico-social ou professionnel expérimenté dans le travail au bénéfice de personnes en difficulté • Justifier d'au moins 5 années d'expérience au contact du cheval ou détention d'un galop 4 minimum (quelle que soit la discipline) • Avoir un projet professionnel en lien avec l'équithérapie
Organisation de la formation	<ul style="list-style-type: none"> • 420 h d'enseignement (60 journées ETP) soit 12 modules thématiques de 35 h réalisés en 12 mois : <ul style="list-style-type: none"> ◦ 6 modules théorico-cliniques ◦ 6 modules pratiques en alternance • 210 h de stage (30 journées ETP) réalisé sous convention de stage auprès d'un équithérapeute au choix du stagiaire, en France ou à l'étranger : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Les stages se déroulent suivant les préférences et possibilités du stagiaire (en continu ou en discontinu, sur un ou plusieurs lieux, aux dates choisies d'un commun accord avec le lieu de stage) ◦ Ils visent la transmission et l'apprentissage en situation réelle, et font l'objet d'une évaluation ◦ Les stages peuvent se dérouler en parallèle des 12 mois d'enseignement (formation en 12 mois) et jusqu'à 6 mois après la fin des enseignements (formation en 18 mois)

Coût	<ul style="list-style-type: none"> • Financement individuel : 8 400€ • Financement employeur ou OPCA : 10 920€
------	--

III.2 Définition

III.2.1 Définition selon la FENTAC

L'équithérapie est un terme générique pour généraliser l'utilisation du cheval à des fins thérapeutiques.

L'activité équestre est alors proposée comme un atelier pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques [43].

Dans certains articles anglo-saxons, l'équitation thérapeutique se définit comme un traitement à part entière. On y observe alors quatre méthodes de traitement avec :

- l'hippothérapie
- la réhabilitation par l'équitation
- l'équitation sportive
- la voltige

III.2.2 Équitation thérapeutique : Description des quatre méthodes couramment utilisées

III.2.2.1 Hippothérapie

Ce terme provient de la combinaison du grec « hypos » signifiant cheval et « thérapie » pour traitement de maladie ou handicap.

Cette méthode se base sur l'apparition d'un nouvel équilibre chez le patient provoqué par les mouvements du cheval. L'allure de référence pour cette thérapie est le pas. A cette vitesse, le patient doit faire trois cents mouvements d'adaptation par minute de façon symétrique et répétitive. Le cheval joue alors le rôle de générateur de rythme pour le patient qui va modifier son centre de gravité, son équilibre vestibulaire, ses réflexes somatosensoriels,

sa posture ainsi que sa stabilité. Ce type de thérapie est généralement proposé aux personnes atteintes d'IMC, de troubles musculaires, de déficits sensoriels. Un matériel spécifique est souvent nécessaire pour aider le patient à monter sur le cheval et lui procurer ainsi plus de confort et de sécurité [44].

L'objectif de l'hippothérapie est le maintien de la posture et des mouvements. D'ailleurs d'après la FENTAC, c'est un terme international définissant la rééducation fonctionnelle avec le cheval [45].

III.2.2.2 Réhabilitation par l'équitation

La réhabilitation ou Rééducation par l'équitation a été définie par Hubert Lallery et Renée de Lubersac en 1972. Ils décrivent alors une méthode globale et analytique s'adressant à l'individu dans son complexe psychosomatique.

En effet, cette méthode peut être une continuité à l'hippothérapie. Elle utilise les aptitudes fonctionnelles du cavalier en vue d'un but thérapeutique ou éducatif [46].

Soit l'exemple d'un patient présentant des troubles de l'apprentissage. La mise en selle sera alors une source de structure, d'organisation qui pourra apprendre au patient à s'organiser lui-même.

Pour les patients atteints de troubles mentaux avec particulièrement un retard mental, l'équitation sera le moyen de prendre des responsabilités.

Pour ceux présentant des troubles du comportement, la pratique du cheval permettra de leur faire comprendre qu'avant de pouvoir maîtriser le cheval, il faut se maîtriser soi-même.

En France, la réhabilitation regroupe toutes les mesures thérapeutiques, rééducatives, et de loisir utilisant l'effet bénéfique du cheval et influençant pédagogiquement les sujets atteints de handicaps mentaux, physiques ou sociaux [47].

C'est une méthode complexe qui englobe le physique et le mental des patients. Elle recouvre à la fois les mesures uniquement thérapeutiques mais peut aussi s'étendre à l'équitation sportive ou de loisir.

Aujourd'hui, elle regroupe différentes activités autour du cheval comme l'attelage, les soins apportés aux chevaux, les randonnées... L'objectif n'étant pas une progression équestre mais l'acquisition d'un bien être et une stabilisation physique, mentale et affective.

III.2.2.3 Équitation sportive

Cette équitation est utilisée pour développer des aptitudes sociales. C'est une méthode que l'on nommera comme étant plutôt récréationnelle incluant la randonnée et les jeux paralympiques.

Certains dissocieront cette méthode de l'équitation thérapeutique car elle ne nécessite pas la présence d'une équipe soignante et n'a pas pour objectif principal le soin. Cependant, notons tout de même que c'est à partir de groupes d'équitation thérapeutique que sont nés les premiers concours de jeux équestres adaptés aux handicapés [48].

III.2.2.4 Voltige

Cette méthode ne peut être envisagée si le patient présente un handicap lourd tout comme l'équitation sportive. Elle va permettre au patient d'améliorer ses capacités cognitives, motrices et de perception mais surtout elle va lui permettre de développer une relation avec le groupe dans lequel il évolue ainsi qu'avec son instructeur.

En effet, pour pouvoir réaliser les mouvements demandés, le patient devra apprendre à donner sa confiance à sa monture. Il va développer du respect pour le cheval qu'il va transférer sur l'instructeur avec lequel il travaille. Il devra également avoir confiance dans le groupe et les patients devront coopérer entre eux s'ils veulent pouvoir réussir les figures de groupe demandées.

Au final, le cheval dans cette méthode va jouer le rôle d'intermédiaire et permettre une avancée importante dans son développement social.

III.2.3 Autre méthode

La FENTAC va définir cette méthode comme la thérapie avec le cheval. Pour bien comprendre ce qu'englobe la TAC, définissons chaque terme qui la compose :

- Thérapie : elle concerne obligatoirement les seuls thérapeutes et constitue une aide supplémentaire venant s'adjoindre à l'ensemble des possibilités dont le but consiste essentiellement à améliorer ou à guérir.
- Avec : ce mot avec souligne la relation beaucoup plus étroite, la connivence que le thérapeute s'efforce d'établir entre le sujet souffrant et le cheval, en montant mais aussi à pied.
- Cheval : représente tout ce que nous apporte l'animal cheval, en tant qu'être vivant, par sa présence, par son contact, par sa relation à la fois enrichissante et singulière.

Le cheval va réellement être un médiateur entre le patient et le soignant. C'est une thérapie corporelle visant le remaniement des modalités relationnelles, de la communication à soi, à autrui, au monde extérieur [37].

III.2.4 Encadrement et matériel de l'équithérapie

III.2.4.1 Personnel encadrant

L'équithérapie est un complément de thérapie conventionnelle. Ces séances sont prescrites par les psychiatres.

Au États-Unis, Funk et Smith [49] ont montré en 2000 que sur 135 thérapeutes enregistrés à l'American Hippothérapie Association (section de NARHA consacré à l'hippothérapie) :

- 96 sont physiothérapeutes : la physiothérapie utilise des agents physiques naturels ou artificiels (eau, air, électricité, rayons X...) mais également le climat, l'altitude, le repos et le mouvement comme la marche, la trépidation, la gymnastique.

La thérapie par psychomotricité met en œuvre les fonctions psychiques mais également motrices et sensorielles du patient.

- 37 sont ergothérapeutes : l'ergothérapie est une méthode de rééducation active consistant à faire exécuter un travail manuel dans le but d'améliorer leur état physique et psychique

- 2 sont orthophonistes

En France, la grande majorité des équithérapeutes sont des professionnels médico-sociaux (éducateurs spécialisés, médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, moniteurs-éducateurs...), eux-mêmes cavaliers, et s'étant par la suite formés à l'équithérapie dans un parcours de formation continue relativement long (entre 400 et 600 heures sur 1 à 3 ans) [50].

III.2.4.2 Matériel

Il n'existe pas de matériel adapté à l'équithérapie cependant différents moyens sont mis en œuvre pour assurer sécurité et confort aux patients.

Le matériel de pansage est préférentiellement ergonomique (brosses qui épousent la forme de la main droite, cure-pieds sans métal avec la tête dans le sens du mouvement plutôt que dans celui de la main et bonne poignée, étrilles avec illustration pour inciter à faire des cercles, etc.).

Des escaliers ou des équilèves existent afin de permettre la monte à cheval à des personnes souffrant de handicap physique.



Illustration 5 : Escalier [51]



Illustration 6 : Equilève [52]



Illustration 7 : Equilève [53]

Plusieurs types de selles sont utilisées en équithérapie :

- La double selle : elle permet au cavalier d'être accompagné d'un moniteur, pour lui assurer une sécurité supplémentaire, et une certaine aisance à cheval.



Illustration 8 : Double selle [54]

- La selle à poignée : elle permet au cavalier de se tenir, elle sert souvent aux personnes ayant un faible tonus musculaire au niveau des membres inférieurs (voir illustration 9)



Illustration 9 : Selle à poignée [55]

- La sur-selle : elle permet un meilleur maintien au niveau des jambes et du bassin.



Illustration 10 : Sur-selle [56]

- La selle ibérique : elle permet un soutien au niveau des reins et une sécurité supplémentaire (voir illustration 11)



Illustration 11 : Selle ibérique [57]

- Le surfaix : il est constitué d'une poignée de chaque côté du garrot. Il permet un contact plus étroit avec le cheval et de réaliser des exercices de voltige. On l'utilisera préférentiellement avec un tapis descendant sur les reins pour permettre au patient de s'allonger sur la croupe.



Illustration 12 : Surfaix [58]

Selon l'article 2 de la Charte d'Éthique et de Déontologie des Equithérapeutes : « L'équithérapeute fait respecter la spécificité de son exercice et son autonomie technique. Il respecte celle des autres professionnels. ». Le choix du matériel utilisé est donc propre à l'équithérapeute exerçant son art.

III.3 Mécanisme d'action [61]

Le médiateur cheval va permettre de travailler les trois principes décrits par Winnicott nécessaires à la construction de l'individu : le holding, le handling et l'omnipotence.

Le handling est la façon adéquate qu'a une mère de soigner et de manipuler corporellement son enfant. C'est un apprentissage qui se déroule tout au long de l'enfance au travers de la toilette, de l'habillage.

Le holding est la façon dont la mère porte et maintient son enfant physiquement et psychologiquement. L'enfant et de surcroît le nourrisson est en état de dépendance absolue ou état fusionnel.

Dans la construction d'un individu, il est fondamental que ce processus se déroule dans un climat de sécurité et de confiance. Winnicott introduit son concept de « mère suffisamment bonne ». Cette mère présente des capacités d'écoute aux besoins de son enfant, elle ajuste son comportement et ses réactions dans une sécurité suffisante et permet ainsi progressivement l'émergence du moi. Dans les maladies psychiques, ce développement a été altéré. L'utilisation du cheval permet un retour aux relations primitives archaïques mère/enfant.

Au cours du pansage, la dimension handling prend sens. L'accent est alors porté sur les caresses, les soins que l'on va prodiguer à l'animal. Avant de le monter, il va falloir le brosser, le peigner, lui curer les sabots, parfois l'alimenter. Le corps du cheval est alors découvert dans sa globalité.

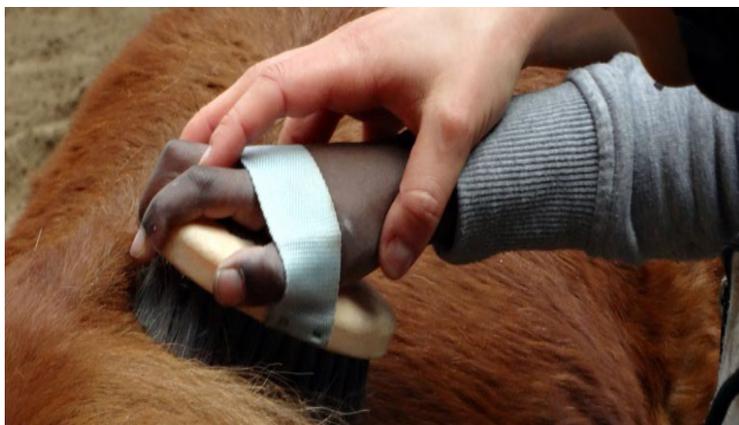


Illustration 13 : Le pansage [59]

La dimension du holding est présente quand la personne monte à cheval. Le mouvement de bercement procuré par le pas de l'animal favorise les phénomènes de ballonnement, de portage où le cavalier découvre des sensations de maintien et de soutien physique.



Illustration 14 : L'équithérapie est un soin. [60]

Le travail de régression est rendu possible par les différentes sensations corporelles ressenties. Lorsqu'un cheval est au pas, environ trois cents muscles du cavalier sont mobilisés, ceci sans contraintes particulières. Le pas du cheval impose un mouvement doux, rythmé, répétitif et symétrique. Le thérapeute a une position primordiale car c'est par la verbalisation de ces sensations que va pouvoir émerger une reconnaissance des limites du corps.

Il s'ensuit la période de séparation qui se fait en deux temps. Il faut descendre de sa monture puis la ramener au box. C'est un travail de mise à distance qui doit être réalisé dans un climat rassurant.

L'omnipotence est l'écart entre la volonté du cavalier et la satisfaction de cette volonté traduite par les actions du cheval, ce qui entraîne le besoin de se différencier. La notion de toute puissance se trouve vite effondrée face à la détermination d'un cheval. Le patient doit parvenir à mettre à distance son désir de satisfaction et de réussite immédiate. [61]

On utilise donc le cheval comme un outil de régression qui est couramment utilisé en psychanalyse. En effet, le cheval va permettre une communication primaire avec le patient : le

langage du corps. Plutôt que d'utiliser la communication verbale, l'équitation instaure un corps à corps entre le cavalier et son cheval. C'est un retour au langage archaïque utilisé dans le développement psychomoteur et affectif.

III.4 Indications

III.4.1 Troubles neurologiques

L'équithérapie est indiquée pour le traitement des déficits neurologiques qui entraînent des déficits moteurs importants, une diminution du sens de l'équilibre, un manque de prise de conscience du corps, un manque de sécurité dans une position donnée ou encore des déficits sensoriels [73].

De nombreuses maladies engendrent ces symptômes mais l'IMC est la plus caractéristique [74].

C'est une lésion cérébrale apparaissant *in utero*, à la naissance ou lors des premiers mois de développement. Cette maladie est définie par trois critères :

- L'infirmité motrice doit être due à une lésion cérébrale
- L'atteinte motrice doit être franchement dominante
- Les troubles ne doivent pas être évolutifs

Cliniquement, les patients présentent :

- Une spasticité
- Une athétose²
- Des tremblements
- Une ataxie, une perte de l'équilibre
- Une rigidité

² Trouble du contrôle postural avec apparition de mouvements involontaires irréguliers et exagérés associé fréquemment à un trouble de la parole

D'autres troubles neurologiques peuvent trouver leur place dans cette thérapie peu conventionnelle telle que :

- Les AVC
- Les paralysies centrales
- Les scléroses multiples
- Les traumatismes crâniens
- Les spina-bifida qui sont une malformation congénitale de la structure d'une vertèbre. La moelle épinière et les méninges font alors protrusion.

III.4.2 Troubles orthopédiques

L'équithérapie est prescrite pour des troubles d'ordre orthopédique car l'équitation permet de muscler de manière harmonieuse et symétrique les muscles abdominaux et lombaires. Elle est prescrite lors de scoliose, de lésions cérébrales, de développement psychomoteur en difficulté d'acquisition [75].

III.4.3 Psychoses et autres troubles psychiatriques

Lors de troubles psychiatriques, le plus important est que le patient soit volontaire. L'équithérapie peut être prescrite à tous les âges, hommes comme femmes, pour des troubles de la personnalité, des troubles de l'humeur, des troubles envahissant du développement, des troubles de la relation sociale, des troubles de l'apprentissage et du développement cognitif, des dépressions, des déficiences intellectuelles, des comportements addictifs [75].

III.5 Contre-indications

Les enfants âgés de moins de deux ans ne peuvent pas participer à des sessions d'équithérapie car leur développement structurel et neurologique ne le permet pas. Il en est de même pour les patients présentant une anxiété sévère, une fatigue anormale ou une conduite gravement perturbée.

Il existe également des contre-indications médicales telles que l'arthrite aiguë, la sclérose en plaque (durant les périodes inflammatoires), les plaies ouvertes sur des surfaces importantes, les allergies sévères ainsi qu'une intervention chirurgicale récente.

Les patients suivant ce type de thérapie sont souvent sous traitement médicamenteux en parallèle, il est alors important de tenir compte de ces traitements comme par exemple avec les sulfamides ou la chlorpromazine qui sont phototoxiques et demande le port de vêtements couvrants ainsi que l'application de protection solaire adaptée.

La pratique de l'équithérapie nécessite une certaine tonicité. Il est donc contre-indiqué de l'envisager chez des patients ayant une trop grande spasticité des membres inférieurs ne permettant pas l'abduction des hanches pour la position à califourchon ou chez des patients présentant une tétraplégie.

Les épileptiques dont les crises sont non contrôlées par leur traitement ne peuvent également pas pratiquer l'équithérapie. D'autres contre-indications d'ordre orthopédique sont également à référencer telles que :

- La hernie discale en phase aiguë
- L'ostéoporose sévère
- La spondylolisthésis³
- La scoliose structurale supérieure à 30°
- Une fracture récente

Des contre-indications sont à considérer dans le cas de déficience mentale au dernier degré, de crise rhumatismale.

D'autres sont relatives et dépendent de la capacité mentale qui peut être insuffisante, du degré d'invalidité qui peut perturber la bonne gestion de l'animal, ou des perturbations psychologiques aboutissant à la maltraitance [62].

³Glissement vers l'avant d'une vertèbre par rapport à une autre. Cela concerne majoritairement les lombaires basses et particulièrement L4-L5 et L5-S1.

III.6 Impact de l'équithérapie

III.6.1 Dans le handicap physique

III.6.1.1 Effet sur la spasticité

Lechner et al. ont étudié l'effet de l'équithérapie sur la spasticité des membres inférieurs chez 32 sujets âgés de 16 à 72 ans souffrant d'un traumatisme entre la quatrième cervicale et la douzième thoracique [63]. Trente patients étaient paralysés depuis 1 à 18 mois (en moyenne 5 mois) et deux depuis 4 et 6 ans.

L'étude est réalisée entre juin 1996 et novembre 1997 et entre juin 1999 et mai 2001 et a compté 11 séances de 25 à 30 minutes. Les séances se sont déroulées de la manière suivante :

- Le patient montait à cheval sur une peau de mouton
- Un moniteur se tenait devant le cheval et le faisait marcher
- Un physiothérapeute marchait à côté du cheval afin de repositionner le patient dans la position adéquate si besoin
- Un autre physiothérapeute intervenait lors de lésions hautes afin de maintenir la position assise du patient

La spasticité a été évaluée avant et après chaque séance par le même physiothérapeute à l'aide de l'échelle de Asworth (voir annexe III) sur huit mouvements (abduction et adduction de la hanche, flexion et extension de la hanche, flexion et extension du genou, extension de la cheville, flexion plantaire). Lors de cette évaluation, le physiothérapeute mobilisait le membre le plus rapidement possible et tous les mouvements étaient répétés trois à quatre fois. Les résultats varient d'un score de 16 à 80. Ils correspondent à la somme des deux côtés des Asworth Scale Value (ASV).

Le résultat sur 351 sessions est le suivant :

- Dans 327 soit 93 % des sessions, l'ASV était plus faible après la séance qu'avant.

- Dans 20 soit 6 % des sessions, l'ASV était le même avant et après la séance
- Pour deux patients, soit 1 % des sessions, présentant un ASV très faible (inférieur ou égal à 18), une augmentation du score était enregistrée deux fois pour chaque patient

Les résultats avant le traitement et après sont significativement différents : ils sont entre 17,6 et 53,3 avant et 16,1 et 42 après (diagramme 2)

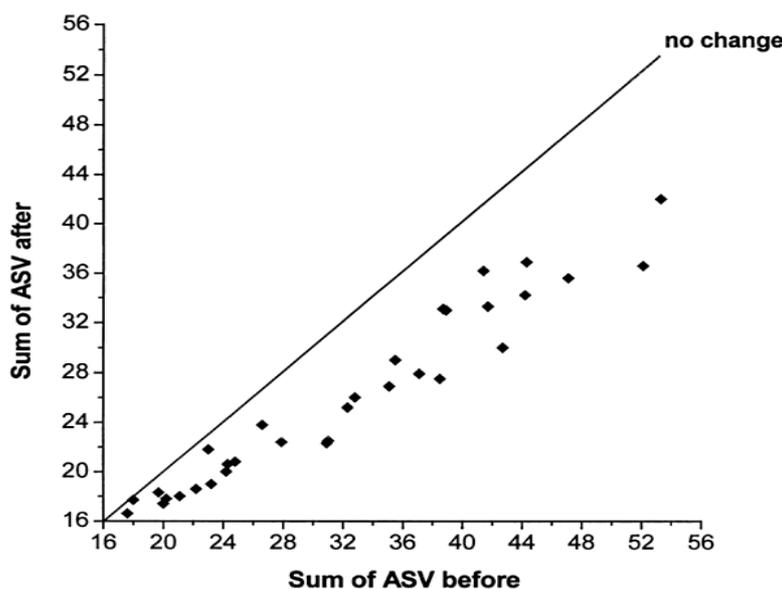


Diagramme 2 : Somme des ASV avant et après traitement par hippothérapie d'après Lechner et al. (2003) [64]

Les scores sont en moyenne plus bas après le traitement. L'étude ne montre pas de différence significative de score entre un traumatisme bas ou haut. Cette étude a mis en évidence que l'équithérapie réduit le tonus musculaire des membres inférieurs des patients souffrant de traumatismes vertébraux.

III.6.1.2 Effet sur la posture, l'équilibre et la coordination motrice

Bougard et Roblin ont analysé les effets de l'équithérapie sur la posture et l'équilibre par le biais d'une étude sur 16 sujets âgés de 14 à 53 ans souffrant de différents troubles (hémiplegie, encéphalopathie, scléroses multiples...) [65].

Dans un premier temps, la posture a été analysée de façon statique en observant les déplacements du centre de gravité des sujets se tenant debout sur une plate-forme pendant 51 secondes avant et après chaque séance d'équithérapie de 20 minutes. Les coordonnées dans l'espace de leur centre de gravité ont pu être mesurées au cours du temps à l'aide de trois transducteurs. Les données ont montré que :

- Le centre de gravité des sujets était plus bas après la session d'équithérapie. Cela reflète une meilleure stabilité et un plus grand tonus du tronc
- La surface de sustentation après la session est diminuée. Cela dénote une meilleure précision du système postural.
- Les déplacements frontaux et sagittaux des centres de gravité se sont réduits après la séance d'équithérapie. Cela reflète un meilleur tonus postural engendrant une réduction de l'amplitude des mouvements permettant de rester en équilibre.

Puis, la posture a été analysée de manière dynamique en plaçant les sujets sur une plate-forme ayant un degré de liberté pendant 26 secondes afin d'évaluer leur équilibre antéro-postérieur et latéral. Les mesures ont été réalisées avant et après la séance. Les résultats ont montré que tous les déplacements dans l'espace ont été réduits après la session.

Would a mené une recherche sur huit enfants atteints d'IMC afin de mettre en évidence l'amélioration de leur démarche et de leurs aptitudes fonctionnelles grâce à l'équithérapie dont il a présenté les résultats au colloque d'Amiens en août 2002 [66].

Les enfants ont été évalués une première fois avant de poursuivre leur traitement habituel pendant huit semaines afin d'être de nouveau réévalués pour noter tous changements intervenus pendant cette période. Ils ont ensuite suivi des séances d'équithérapie pendant huit semaines avant d'être de nouveau réévalués pour mettre en évidence tous changements liés à l'équithérapie.

A la suite de ce programme, les enfants ont montré une amélioration dans la qualité de leur marche ainsi que dans leurs aptitudes fonctionnelles. Les enfants présentaient moins de schémas de marche anormaux suite aux séances d'équithérapie :

- Les grands mouvements du tronc accompagnant la marche ont été réduits
- Les schémas de flexion et d'extension très marqués des jambes pour stabiliser

chaque pas ont été réduits

- La base d'appui s'est améliorée
- La rotation du bassin et le balancier des bras ont été davantage utilisés

Parallèlement, il a pu être constaté une réduction de la dépense énergétique liée à la marche. La capacité à effectuer des transferts de poids et d'équilibre au cours des exercices fonctionnels s'est renforcée ainsi qu'une amélioration sur des exercices tels que rester debout en équilibre, passer de la position assise à la position debout, et marcher sur le côté.

Ces deux études montrent que l'équithérapie améliore la posture, l'équilibre et la coordination motrice.

III.6.2 Dans le handicap mental

III.6.2.1 Chez l'enfant

Le cheval est reconnu comme médiateur, source de sensation et d'apaisement, support d'identification et de socialisation, équivalent d'objet transitionnel, ayant un rôle de holding, de handling mais aussi d'individualisation, d'autonomisation et d'initiative.

C'est sur ces bases théoriques que l'activité thérapeutique a débuté au centre pédopsychiatrique du CHRU de Tours en 1981 sous la direction du Pr Lelord pour 13 enfants présentant des troubles graves du développement avec des objectifs portant sur la communication, l'attention, la confiance en soi, la motricité. Malgré des résultats positifs, l'expérience a dû prendre fin pour des raisons matérielles avant de reprendre en 2004 [67].

L'étude est proposée à 6 enfants âgés de cinq à sept ans présentant des troubles envahissants du développement (autisme, autisme atypique, autres troubles envahissant du développement). Tous ont participé à 19 séances et quatre d'entre eux ont participé à 30 séances d'une heure à la fréquence de deux par mois.

L'évaluation quantitative a été effectuée à l'aide d'instruments validés :

- L'échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques (ECA) (voir annexe IV) cotée par les soignants avant la première séance (ligne de base) et après la dernière séance (évaluation finale)
- La grille d'Évaluation Fonctionnelle des Comportements (EFC) qui comporte 36 items a été cotée de zéro à quatre selon la fréquence du comportement autistique par les soignants avant la première séance puis par les équitérapeutes d'après les enregistrements des séances lors de :
 - La première séance et la dix-neuvième pour 6 enfants
 - La première séance et la trentième pour 4 enfants (qui ont poursuivi pendant une année supplémentaire)

Les résultats montrent un EFC globalement de 29 % entre l'évaluation initiale et la première séance et de 52 % entre la première séance et la dix-neuvième. Les scores diminuent pour tous les enfants entre l'évaluation initiale et la dix-neuvième séance. Seul un enfant montre un score plus élevé entre l'évaluation initiale et la première séance par une réaction émotionnelle importante face au poney.

La mise en corrélation de l'évaluation EFC et du score par fonction montre une nette amélioration :

Fonction	Première séance	Dix-neuvième séance
Attention	22 %	18 %
Perception	32 %	86 %
Tonus	46 %	65 %
Motricité	86 %	95 %
Imitation	60 %	64 %
Émotion	16 %	82 %
Contact	37 %	71 %
Communication	24 %	65 %

Tableau 4 : Résultats exprimés en pourcentage d'amélioration en fonction des fonctions évaluées adapté d'après Hameury et al. (2010) [67]

Les résultats de l'ECA sont globalement diminués (2%) entre l'évaluation initiale et la dix-neuvième séance. Ils sont globalement améliorés de 8 % entre l'évaluation initiale et la trentième séance.

Une amélioration des résultats de l'EFC pour les enfants ayant poursuivi l'expérience sur trente séances est à noter avec 78 % entre l'évaluation initiale et la trentième séance et 34 % entre la dix-neuvième séance et la trentième.

Une nette amélioration est obtenue dès la première séance d'équithérapie par rapport à la situation de groupe à l'hôpital de jour. Toutes les fonctions impliquées dans le développement sont améliorées, surtout celles concernant la communication, l'imitation, la régulation perceptive, émotionnelle et motrice. Les améliorations sont homogènes pour les six enfants. Pour les enfants suivis sur trente séances, les progrès ont perduré : les bénéfices sont donc progressivement croissants et durables.

L'activité d'équithérapie permet d'exercer les systèmes d'adaptation de l'enfant à son environnement social et la régulation des fonctions intellectuelles, motrices et émotionnelles.

III.6.2.2 Chez l'adulte

L'étude de la littérature publiée sur l'équithérapie entre 2008 et 2012 met en évidence trois hypothèses possibles sur le mécanisme d'action de l'équithérapie [68].

L'aspect psychologique bénéfique n'aurait aucun rapport avec le cheval selon la première hypothèse. L'équithérapie procure le même plaisir et la même joie que le patient retrouve lors d'atelier ludique. L'activité avec le cheval est alors perçue comme un stimulus gratifiant améliorant les contacts sociaux et la motivation.

Selon la deuxième hypothèse, l'équithérapie fournit un contexte positif. Le cheval est alors vu comme un moyen essentiel à l'accès à des émotions positives au même titre que la thérapie avec les animaux de compagnie ou que les programmes de sorties en extérieur. La thérapie avec le cheval permet un contexte dans lequel l'individu se sent à l'aise et plus à même à la communication. La dernière hypothèse est basée sur le fait que le cheval est spécifique à l'apport psychologique bénéfique de la thérapie.

Cette étude montre que les observations de l'apport psychologique de l'équithérapie sur l'individu se situe à différents niveaux quelque soit l'hypothèse envisagée comme :

- L'amélioration de l'estime de soi, de la motivation, du bien-être, et des relations personnelles et sociales
- Une augmentation de la confiance et du sens du contrôle

Les séances d'équitation permettent de créer des expériences de groupe (ce dont manque les personnes souffrant de maladies mentales car souvent victimes de discrimination) et favorisent les échanges avec le thérapeute par le biais du jeu.

III.7 Impact de l'équithérapie sur le bien être du cheval

III.7.1 Indicateurs spécifiques, non spécifiques et physiques

En réaction à une douleur ou à une situation qu'il va évaluer comme dangereuse, le cheval peut réagir de manières diverses :

- Agitation, nervosité
- Allure rigide, refus de déplacement, saut de mouton
- Regard fixe, naseaux dilatés, mâchoire serrée, restant à l'arrêt
- Agressivité contre un cavalier, un objet, un autre cheval ou lui-même



Illustration 15 : Cheval plaquant les oreilles en arrière [80]

Il existe des indicateurs de mal-être que l'on appelle « stéréotypes » [69]. Ils sont à tort décrits comme des « vices d'écuries » car la dénomination de vices sous-entend que l'animal agit avec la volonté de nuire. On peut différencier deux types de stéréotype chez le cheval à savoir locomoteur et oral.

Dans les stéréotypies locomotrices, nous pouvons décrire le « tic à l'ours » qui regroupe lui même différents comportements comme :

- Le tic de balancement lors duquel le cheval reporte le poids de son corps tour à tour sur son antérieur droit puis gauche entraînant un mouvement de balancier de la tête et de l'encolure.
- Le tournis ou tic d'arpage qui est un mouvement répétitif se traduisant par un cheval faisant des va et vient le long de la clôture du paddock ou tournant en rond dans son box. Dans ce genre de trouble, le cheval peut répéter le mouvement plusieurs heures par jour.
- L'encensement se manifestant par des mouvements imprévisibles, violents et apparemment involontaires de la tête sans déclencheur externe rendant la pratique équestre difficile voire dangereuse.

Le deuxième type de stéréotypie est la stéréotypie orale où l'on regroupe deux types de tic à savoir :

- Le tic à l'appui qui correspond à un cheval qui saisit un objet fixe avec ses incisives maxillaires puis le relâche. Lorsque le cheval présente ce trouble, il émet un grognement caractéristique à chaque fois qu'il mord l'objet.
- Le tic à l'air qui apparaît généralement en amont du tic à l'appui. Le cheval présente le même tic à la différence qu'il ne saisit pas l'objet.

D'autres comportements peuvent être rencontrés tels que lécher la mangeoire, mâchonner des objets, donner des coups d'antérieur dans la porte, gratter la litière avec le pied [69].

III.7.2 Conséquences de la domestication

La connaissance du comportement du cheval sauvage est très importante pour assurer leur bien-être dans des conditions de domestication. Certains problèmes rencontrés chez les chevaux captifs seraient liés à des erreurs de conduite humaine car il a été montré que des chevaux sauvages ou remis en liberté évolueront dans un milieu plus adapté à leur besoin.

Le cheval est un mammifère grégaire évoluant au sein d'un groupe comprenant en général un mâle, deux ou trois femelles et leurs poulains de moins de trois ans.

Les poulains ont un développement très précoce à l'état sauvage, ils forment une paire avec un autre poulain dès leur première semaine de vie et sont sevrés vers huit - neuf mois. Le poulain domestiqué va lui être séparé tôt de sa mère et de manière plus ou moins brutale selon l'élevage. Il semblerait qu'un stress violent mais de courte durée soit moins délétère qu'un stress chronique, ainsi la brutalité du sevrage ne serait pas l'élément le plus néfaste pour le bien être, ce serait plutôt l'isolement qui l'accompagne et sa trop grande précocité.

Le cheval est avant tout un animal de fuite. Il est dans le milieu sauvage la proie des grands carnassiers ainsi que de l'homme. Il ne possède aucun moyen d'attaque mis à part les coups de sabots et les morsures (qui ne seront pas aussi redoutables que celles d'un carnassier). C'est pourquoi le cheval répond à une situation qu'il juge comme dangereuse par la fuite [70].

Il existe une grande cohésion dans le groupe qui est primordiale pour leur survie : chaque membre du groupe est à même de prévenir les autres membres d'un éventuel danger.

L'animal sauvage sauvegarde son énergie pour les éventuels cas de danger, c'est pourquoi il est rare de voir de l'agressivité chez ces chevaux et que la notion de domination est assez subtile.

Chez le cheval domestiqué nous pouvons observer plus de comportements agressifs. Ceci est dû à des troupeaux de trop grand effectif et au fait que les chevaux ne s'entendent pas forcément bien. En effet, lorsque les chevaux sont trop nombreux, il devient nécessaire de multiplier les agressions afin de préserver son statut hiérarchique qui, du fait du nombre, est souvent plus incertain.

Lorsque les pâtures sont grandes, les chevaux peuvent s'enfuir, par contre sur de petites surfaces, aménagées avec des allées sans visibilité, des passages étroits et des recoins, les chevaux peuvent plus difficilement se mettre à l'abri des coups.

Les poursuites et les agressions sont alors plus intenses et sont à l'origine de blessures qui auraient souvent pu être évitées dans des pâtures plus grandes autorisant la fuite.

Contrairement aux idées reçues, le harem est plus souvent guidé par une jument que par l'étalon. Les jeunes du groupe occupent la position la plus basse de la hiérarchie mais pour les adultes, la domination est moins claire.

Leur mode de reproduction montre également que la dominance s'exprime moins à l'état sauvage car contrairement aux meutes de loups ou seuls les dominants s'accouplent, toutes les juments mettent bas même s'il semblerait que les juments plus âgées aient plus accès à la reproduction que les jeunes.

Aujourd'hui, il n'existe plus de chevaux sauvages : les animaux ont été remis en liberté en Namibie, aux USA (Arizona, Montana...), en France (Camargue), en Grande-bretagne (dans la new forest). Dans ces deux derniers pays, l'homme intervient encore de temps en temps afin de réguler le nombre d'étalons mais dans certains autres pays, l'homme n'intervient plus.

Savoir comment vit l'animal à l'état sauvage permet de préserver son habitat dans un contexte de domestication. C'est ce qu'essayent de faire au mieux élevages, centres équestre et haras nationaux.

Même si le désir est de respecter l'état sauvage, la trace de l'impact humain se fait ressentir sur la reproduction par exemple avec la sélection génétique en accord avec les besoins humains. Elle est de plus en plus présente et est illustrée par l'accouplement de chevaux ne présentant pas le « gène de galopeur » pour les chevaux de course de trot. Elle effet, ils ont démontré qu'une mutation du gène DMRT3, conduisant à la production d'une forme tronquée de la protéine du même nom, était associée à la capacité d'aller à l'amble. Cette protéine joue un rôle "crucial dans la coordination du mouvement des jambes des vertébrés", a expliqué à l'AFP le Pr Leif Andersson, un des auteurs de l'étude [82].

Un autre impact de la domestication sur l'évolution du cheval est le placement de ces animaux au box par manque de place ou par peur de la blessure (chez les chevaux de très haute valeur en l'occurrence).

Cette manière de détention est en contradiction avec l'instinct de survie de l'animal et avec son mode de vie que l'on a décrit comme étant grégaire et social.

Le cheval est un animal qui pâture la majeure partie de la journée (plus de douze heures par jour) à l'état naturel. Ils ont une alimentation constituée par des jeunes pousses, des bourgeons, de l'herbe, des feuilles, des fruits, etc.

L'animal vivant au pré va pâturer plus de temps qu'il ne le ferait en milieu sauvage (parfois jusqu'à 90 % de leur temps) et ne va pas s'autoréguler, c'est-à-dire que si la prairie est très riche en herbe grasse comme c'est souvent le cas au printemps, le cheval va manger plus que ce dont il a besoin.

A l'inverse, au box le temps consacré à l'alimentation est considérablement réduit. Au stress lié à une alimentation inappropriée s'ajoute le stress de la distribution d'aliments : le plus souvent les stéréotypies augmentent juste avant la distribution, lorsque les chevaux entendent et voient les manipulations d'aliments alors qu'ils ne peuvent les atteindre, ce qui engendre une accentuation de la frustration alimentaire.

L'engouement du public pour la pratique équestre et notamment pour l'équithérapie pourrait amener à des dérives non négligeables sur la détention des chevaux et leur bien-être [69] [70].

III.7.3 Conséquences de l'équitation et de l'équithérapie

Depuis plusieurs dizaines d'années, la société se préoccupe de plus en plus du bien être animal. La thérapie par les animaux existe depuis longtemps mais ce n'est que depuis peu que les scientifiques cherchent à évaluer l'impact sur les animaux.

La principale source de stress du cheval est l'environnement. Mais c'est un animal social, il n'est pas rare de voir un cheval établir avec d'autres espèces comme une chèvre, un chien, un troupeau de vaches mais également avec l'homme. C'est ce qui a permis et facilité sa domestication.

Cependant, pouvons-nous assurer que la communication avec une personne handicapée soit la même ?

Il est difficile de définir le bien-être chez l'animal cependant les éthologues le définissent comme une absence de signe de mal-être se basant sur cinq libertés à respecter.

Ces cinq libertés sont les suivantes :

- L'absence d'inconfort
- L'absence de soif et de faim
- L'absence de douleur et de maladie
- L'absence de stress, de peur et de détresse
- Exprimer le comportement propre à son espèce

L'utilisation du cheval par un cavalier incompetent constitue une cause importante de diminution du bien-être. En effet, lorsque le cheval ne comprend pas ce qu'on lui demande il se retrouve dans une situation de stress et de détresse : il reçoit des informations contradictoires et ne peut prévoir les événements qui vont suivre.

Des troubles du comportement tels que tirer la langue, ouvrir la bouche, bouger la mâchoire, tenter de s'enfuir, de la somnolence peuvent apparaître et sont l'expression d'un inconfort.

Cependant, en France, les équithérapeutes doivent respecter une charte de déontologie définie par la Société Française d'Équithérapie dans laquelle on retrouve le douzième article stipulant que :

« L'équithérapeute s'engage à prendre toutes les dispositions afin de ne pas utiliser d'équidé en état de souffrance et afin de veiller à leur bien-être. Il signale aux personnes compétentes tout problème de santé qu'il aurait constaté concernant les équidés placés sous sa responsabilité. Il traite avec respect les équidés, le matériel et les installations placés sous sa responsabilité ; il transmet ce respect et le souci du bien-être des tiers humains ou équinés à ceux qui participent à son intervention. » [71]

Très peu d'études ont été menées à ce jour afin d'évaluer l'impact de l'équithérapie sur le bien être du cheval. Malgré le manque de données, il semble que ces programmes ne nuisent pas au bien-être du cheval.

Lors du colloque 2014 de l'Institut de Formation en équithérapie, Clémentine Andrieu a présenté son mémoire d'exercice sur le thème du mal-être chez le cheval en équitation et équithérapie [72]. Son hypothèse est que la séance d'équithérapie entraîne moins de mal être que la séance d'équitation.

L'étude comprend trois poneys qu'elle a observé lors de son stage de validation de diplôme d'équithérapeute.

Le comportement des poneys était observé au box (deux heures) et lors de la séance d'équithérapie et d'équitation (une heure).

Lors de séance, elle faisait une observation « libre » sur 30 minutes où elle notait chacun des signes de mal être ou l'absence de ces signes et une observation « au top » où toutes les trois minutes elle observait l'attitude du poney.

Les signes de mal-être recherchés étaient :

- L'attitude au montoir (figée, mouvement d'un pas, redressement brutal de l'encolure)
- Le fouillement de queue
- L'attitude menaçante (oreilles plaquées, tentatives de morsures ou morsures, coup de pied)
- La posture du poney toutes les trois minutes (figée ou non, position des oreilles)

L'expérience montre que la majorité des fouillements de queue et d'oreilles plaquées en arrière se produisaient lors de séance d'équitation et au box. Même si ces signes étaient plus présents lors des séances montées qu'au box.

Il n'y avait pas de différence dans l'attitude au montoir des poneys dans la séance d'équitation ou dans celle d'équithérapie.

Au box les poneys avaient la même posture et sept positions figées sont décomptées en équitation contre trois en équithérapie.

Lors de l'observation au top toutes les trois minutes, elle a noté 90 % d'oreilles en arrière lors des séances d'équitation.

Aucune morsure et aucun coup de pied n'a eu lieu lors de son observation. Son expérience montre que 87 signes de mal-être ont été décomptés en équitation contre 30 en équithérapie.

Selon l'auteur, cette petite étude ne peut pas nous renseigner sur l'état actuel du niveau de bien-être des chevaux utilisés pour l'équithérapie car elle présente des limites dans la méthodologie (trois poneys, observation sur 18 h, poneys appartenant au même centre équestre, étude sur cavaliers débutants uniquement) mais elle ouvre une perspective positive.

IV Étude de cas

Au cours de cette étude, nous avons eu accès aux dossiers de dix patients du centre hospitalier Henri Laborit (CHL) à Poitiers. Ce centre hospitalier a été créé en 1657, celui-ci voit, avec la Révolution, ses missions devenir sociales (service des enfants assistés et des vieillards) et sanitaires (service des aliénés).

En 1938, la décision du Conseil Général de doter le département de son propre hôpital psychiatrique, va changer toute la donne de l'hospitalisation poitevine pour les 70 ans à venir. Cette décision entraîne l'achat, par le Département, de la ferme de la Milétrie, qui est expropriée le 7 février 1941.

L'organisation de la psychiatrie reposant sur le secteur est destinée à assurer la continuité des prises en charge pour la population. Elle s'articule autour de 3 axes :

- La prévention par des prises en charge diversifiées organisées , associant l'hospitalisation, hospitalisation à temps partiel, les consultations et les activités réalisées en ambulatoire.
- Le soin à travers une prise en charge ambulatoire, à temps partiel ou à temps complet
- Le suivi et la resocialisation.

Ces différentes missions peuvent s'effectuer en partenariat avec d'autres structures à caractère médico-social, associatives ou institutionnelles et notamment avec le centre équestre Équit'libre situé à Ligugé dans la Vienne proposant des séances de thérapie par le cheval.

A l'issue de la description d'une séance de thérapie par le cheval pour quatre patients du CHL dans ce centre équestre, nous nous proposons de répondre à l'hypothèse que l'équithérapie permet de diminuer la prise de traitements psychiatriques au travers l'étude de dix dossiers de patients hospitalisés dans le centre hospitalier Henri Laborit sur la période d'observation du 1 juin au 1 septembre 2015. Notons que parmi les dix, deux ont été présents lors de notre venue à Équit'libre.

IV.1 Centre équestre Équit'libre

Équit'libre est une association appartenant à l'Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) créée à la fin des années 90 par Laurence Iste, psychologue clinicienne sur Poitiers. C'est également un Centre d'Aide par le Travail qui accueille sept travailleurs en situation de handicap.

A sa création, le centre proposait une activité de club équestre, de pensions et des séances de thérapie par le cheval puis il y a un an, l'activité club a été supprimée.

Deux moniteurs détenteurs du Brevet Fédéral d'Encadrement Équi-Handi délivré par le Comité Régional d'Équitation (CRE) permettent les séances. La structure accueille 13 groupes de quatre à six personnes handicapées physiques ou mentales venant :

- De la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de Vouillé (86) et du CHL pour les adultes
- De l'Institut Médico-Éducatif de Poitiers (86) pour les enfants et les adolescents de huit à seize ans
- Du centre Oasis à Poitiers pour les enfants de quatre à six ans

La structure s'étend sur plusieurs hectares et comprend des prés, un manège, une carrière et des boxes. On y dénombre une trentaine de chevaux et poneys dont 20 sont utilisés pour la thérapie. L'éthique de l'association veut que les chevaux vivent le plus possible au prés.

Monsieur Douay, moniteur et responsable de l'achat des chevaux et de leur préparation aux thérapies, nous explique qu'il n'y a pas de race propre à ce genre d'activité. Il recherche des chevaux calmes et robustes comme les Fjords ou les Merens. Actuellement, les chevaux qu'ils utilisent ont en moyenne 15 ans.

L'activité thérapeutique en elle-même est variée car le moniteur s'adapte aux groupes, aux pathologies des patients et aux humeurs du jour. Les groupes sont établis en fonction du degré de déficience mentale ou moteur des patients ainsi que de leur provenance. Monsieur Douay et sa collègue proposent de la voltige, de l'équitation, de l'attelage, du sulky, des balades en main et une approche du cheval avec pansage. Ils disposent de différentes calèches, d'une sellerie comprenant des selles westerns et mixte, des surfaix.

Lors de notre venue 12 octobre 2015, le centre accueillait quatre patients du CHL : messieurs Je., D., B. et madame C.

La séance dure 1h30 et commence par des salutations chaleureuses entre les patients, le moniteur et l'équipe médicale encadrante comprenant deux infirmiers et une étudiante aide soignante.

L'approche débute par un pansage de Jupiter et Pilgrim, une selle français et un fjord, durant lequel les quatre patients s'investissent sous la surveillance de l'équipe médicale et du moniteur. Chaque cheval est sous la responsabilité d'un travailleur de la structure. L'objectif étant une prise de contact avec l'animal, un dialogue avec l'équipe, une responsabilisation du patient et un jeu de mémorisation sur le nom du matériel utilisé et son emploi :

- L'étrille s'utilise en faisant des mouvements circulaires sur le corps du cheval permettant de décoller les saletés
- La brosse dure permet d'enlever la poussière laissée par l'étrille et se passe dans le sens du poil
- Le cure pied permet de nettoyer les sabots

Nous pouvons remarquer que les patients montrent beaucoup d'intérêt à l'animal, madame C. se renseigne sur le bien être de sa jument préférée : Cacahuète et monsieur Je. embrasse à plusieurs reprise l'encolure de Jupiter. Les patients vont chercher le matériel dans la sellerie et sellent leur monture. Le moniteur décide de mettre un surfaix sur Pilgrim et une selle western sur Jupiter. Monsieur Je. aide madame C. a porter la selle western. Monsieur D. reste dans un retrait autistique malgré les stimulations de l'équipe : monsieur B. selle seul Jupiter.

Le temps permet une séance en extérieur dans la carrière malgré les craintes de monsieur B. et Je. d'avoir froid. Tous deux se demandent s'il ne va pas neiger et cette phrase sera récurrente en début de séance.

Pilgrim reste au milieu de la carrière avec Christophe, l'un des travailleurs de la structure pendant que le reste du groupe suit le moniteur qui montre le parcours à suivre sur Jupiter (voir illustration 16). Le groupe se scinde ensuite en deux : madame C. et monsieur Je. commencent sur Jupiter, messieurs B. et D. sur Pilgrim puis ils échangeront .

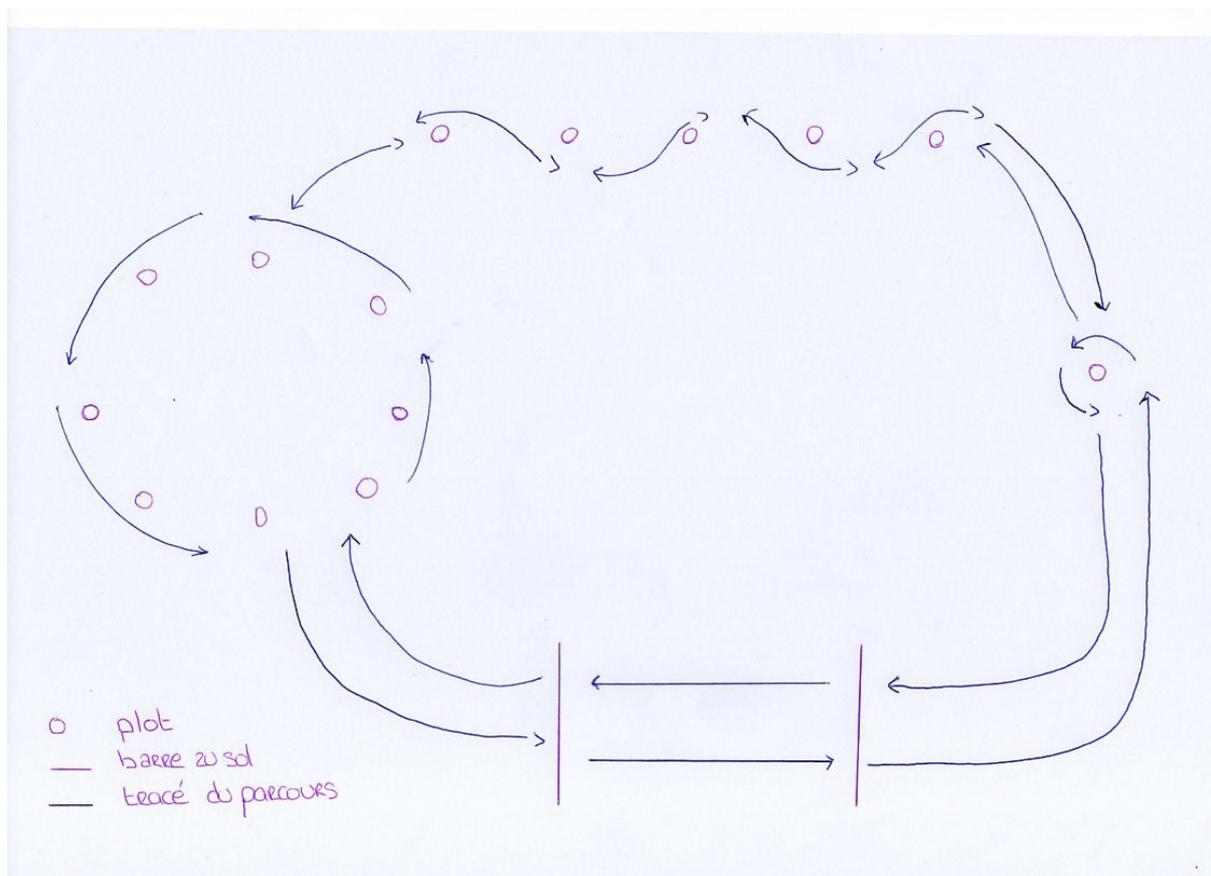


Illustration 16 : Schématisation du parcours demandé par le moniteur aux patients sur Jupiter

Pilgrim permettra de faire de la voltige, le moniteur va demander aux patients de toucher les oreilles, les épaules, le flanc, la queue du cheval. Il demandera ensuite de se mettre à l'envers, en avant des poignées, en amazone, à genou, et debout puis les patients descendent en se laissant glisser sur la croupe.

Patient	Réalisation des figures	Comportement
Monsieur B.	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne réalisation • Refus de lâcher les mains debout 	<ul style="list-style-type: none"> • Va chercher de lui même l'escalier pour monter sur le cheval • Très souriant • Rit à une blague du moniteur
Monsieur D.	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne réalisation • Ne désire pas trotter • Mauvaise mémorisation du nom des figures ce qui empêche une fluidité dans le changement de position 	<ul style="list-style-type: none"> • Suppression du retrait autistique lors de la mise en selle • A l'écoute des demandes du moniteur • Actif sur le cheval (quand le patient glisse, il se remet de lui même au centre)

Madame C.	<ul style="list-style-type: none"> • Très bonne réalisation • Galope 	<ul style="list-style-type: none"> • Volontaire pour commencer • Interaction avec le cheval par des caresses et des paroles
Monsieur Je.	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne réalisation • Brusque lors de ses mouvements 	<ul style="list-style-type: none"> • Souriant • Semble prendre beaucoup de plaisir

Sur Jupiter, les patients font le parcours figurant sur l'illustration 16 :

Patient	Réalisation du parcours	Comportement
Madame C.	<ul style="list-style-type: none"> • Très bonne • Conduit seule le cheval • Prend le trot en fin de séance 	<ul style="list-style-type: none"> • Volontaire pour passer en premier • Très souriante • Rit à plusieurs reprises
Monsieur Je.	<ul style="list-style-type: none"> • Tenu par Laurent • Bonne réalisation • Se laisse balancer par les mouvements du cheval 	<ul style="list-style-type: none"> • Très souriant • Semble décontracté
Monsieur B.	<ul style="list-style-type: none"> • Tenu par Laurent 	<ul style="list-style-type: none"> • Bon comportement
Monsieur D.	<ul style="list-style-type: none"> • Tenu par Laurent 	<ul style="list-style-type: none"> • Bon comportement

Avant la fin de séance, l'équipe soignante analyse le comportement des patients entre eux. L'étudiante aide soignante est très étonnée de monsieur B. qui « dans le service n'arrive pas à ouvrir son pot de compote alors qu'ici il arrive à se mettre à l'envers sur le cheval ».

L'un des infirmiers nous explique que monsieur B. présentait avant de débiter les séances un balancement lors de situations angoissantes. Ce comportement est très diminué depuis qu'il fait de l'équithérapie. Il a noté que lorsque monsieur B. avait du arrêter les séances pendant une année, ce comportement était revenu.

L'infirmier a remarqué également que la réciprocité comportementale homme-cheval permettait à monsieur Je. d'être moins brusque (lors des séances mais également dans le service). Cette interaction à également été remarquée par madame C. car elle nous explique que lorsqu'elle est tendue ou angoissée, le cheval devient stressé. C'est ce qui la motive pour rester calme.

IV.2 Cas cliniques

Cette seconde étude se base sur l'analyse des dossiers cliniques de dix patients âgés de 14 à 61 ans (six hommes et quatre femmes) ayant participé à des séances d'équithérapie durant leur séjour au CHL.

Le diagnostic de ces patients est très hétérogène et comporte dans 80 % des cas plusieurs pathologies :

- Retard mental
- Schizophrénie
- Psychose
- Bipolarité
- Autre (autisme, personnalité histrionique, anorexie, hyperactivité physique, TOC, dépression, stress post-traumatique, anxiété, trouble délirant)

L'objectif de cette analyse est de montrer l'impact de l'équithérapie sur l'évolution des traitements psychiatriques de ces patients.

Les abréviations suivantes permettent une meilleure lecture des ordonnances ci-après :

- AP : Antipsychotique
- AX : Anxiolytique
- AD : Antidépresseur
- H : Hypnotique
- TR : Thymorégulateur

IV.2.1 Monsieur A.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 48ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Père et mère décédés • Deux frères et une sœur • Quelques contact avec l'un des frères
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie à versant déficitaire ⁴ • Syndrome de l'X fragile (retard mental)
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Premier trouble vers 11ans avec perturbation de la mémoire à court terme et difficultés à contenir ses émotions • Première hospitalisation en 1988 après une tentative de suicide par défenestration. Séjour marqué par des éléments paranoïdes, des hallucinations accoustico-verbales et des idées mystiques • Symptômes : <ul style="list-style-type: none"> ◦ repliement sur lui même ◦ exhibitionnisme ou pyromanie ◦ troubles du comportement comme bris d'objet, passage à l'acte hétéro-agressif
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Demande du patient en 2007 refusée car jugé trop dangereux • Début en 2012 : 70 séances • Patient motivé par l'atelier • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ à l'écoute des demandes de la monitrice ◦ s'investit lors du moment du passage et de la préparation du cours. • Il dit « apprécier les séances », « s'y sentir bien » et « attendre avec impatience la prochaine séance »

Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Dessin • Sport • Chant • Cuisine • Jeux
---------------	---

Son traitement avant le début de la thérapie au 15 octobre 2012 était le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Alprazolam 0,5 mg	AX	0,5 mg	0,5 mg		0,5 mg	
Clozapine 100 mg	AP	200 mg	150 mg		200 mg	
Pipampérone 40 mg	AP		40 mg		40 mg	

Le 13 septembre 2013, son traitement est modifié. Le traitement est le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Alprazolam 0,5 mg	AX	0,5 mg	0,5 mg		0,5 mg	
Clozapine 100 mg	AP	200 mg	150 mg		200 mg	
Cyamémazine 25 mg	AP	25 mg		25 mg		
Pipampérone 40 mg	AP		40 mg		40 mg	

Le 16 octobre 2013, le traitement est modifié. Depuis, le patient n'a pas eu d'autre modification de traitement :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Alprazolam	AX	0,5 mg	0,5 mg		0,5 mg	
Clozapine	AP	200 mg	150 mg		200 mg	
Cyamémazine	AP	25 mg		25 mg		

On observe pour le cas de ce patient :

- Remplacement d'un neuroleptique de première génération utilisé pour le traitement de la schizophrénie et des troubles délirants par un autre neuroleptique de première génération (Pipampérone par Cyamémazine)

- Aucun changement de traitement qui pourrait amener à conclure que la pathologie du patient est moins importante.
- Le patient se sent mieux dans l'unité et arrive à rester concentré et à ne pas s'éparpiller lors des séances.

IV.2.2 Monsieur D.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 28 ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Vit au domicile familial • 4 sœurs
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Mère, sœur et grand-mère dépressives • Père alcoolique
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose déficitaire ⁵ • Hébéphrénie (retrait autistique)⁶
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Premiers symptômes vers 11-12 ans avec difficultés scolaires et perte de poids importante • A 13 ans, début d'une phobie scolaire menant à sa déscolarisation. Il aurait subi des attouchements sexuels • Première hospitalisation en 2001 pour décompensation délirante (persécution, paranoïa) • Au cours de ses séjours, il est décrit comme : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Violent ◦ Regard noir et rires immotivés

Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte l'équithérapie en 2013 : 20 séances • Arrêt de la thérapie pendant 5 mois pour comportement inapproprié puis reprise sur la demande du patient • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Regard s'adoucit au fur et à mesure du pansage ◦ Montre de l'affection envers l'animal ◦ Est attentif et participe activement ◦ Fait preuve de complaisance lorsqu'une figure est demandée ◦ Reste parasité mais arrive à se concentrer • A la reprise des séances, monsieur D. dit avoir pris conscience du danger et montre encore plus d'affection envers l'animal
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Peinture • Cuisine • Jardinage

Ci-dessous, le traitement avant le début des séances :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Escitalopram 10 mg	AD	15 mg				
Fluphénazine 25 mg	AP	25 mg				
Halopéridol LP 50 mg	AP				250 mg	
Loxapine 100 mg	AP	100 mg	100 mg	100 mg	100 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	
Zolpidem	H					10 mg

Une première adaptation de traitement est observée le 16 octobre 2013 soit onze jours après le début des séances d'équithérapie :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Halopéridol LP 50 mg	AP				205 mg	
Loxapine 100 mg	AP	100 mg	100 mg	100 mg	100 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	

Les modifications sont l'arrêt :

- De l'hypnotique (Zolpidem).
- De l'antidépresseur (Escitalopram).
- Du neuroleptique (Fluphénazine).

Ces trois arrêts notifient un mieux-être du patient ainsi que la disparition de ses troubles du sommeil.

NB : l'injection d'Halopéridol est réalisée toutes les trois semaines

Il n'y a aucun changement de traitement jusqu'en septembre 2014 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Cyamémazine 100 mg	AP	100 mg	100 mg		100 mg	
Halopéridol LP 50 mg	AP				250 mg	
Loxapine 100 mg	AP	100 mg	100 mg	100 mg	100 mg	
Olanzapine 15 mg	AP	15 mg			15 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	25 mg	25 mg		25 mg	

Les modifications sont :

- Reprise d'antipsychotiques sous forme non injectable (Olanzapine et Cyamémazine).
- Diminution de la posologie de l'anxiolytique (Oxazépam).

Nous pouvons donc conclure que le patient semble moins anxieux mais qu'en parallèle les symptômes de sa schizophrénie se font plus présents.

Un mois après cette modification de traitement, un antidépresseur, la Paroxétine, vient s'ajouter à l'ordonnance ci-après :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Cyamémazine 100 mg	AP	100 mg	100 mg		100 mg	
Halopéridol LP 50 mg	AP				250 mg	
Loxapine 100 mg	AP	100 mg	100 mg	100 mg	100 mg	
Olanzapine 15 mg	AP	15 mg			15 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	25 mg	25 mg		25 mg	
Paroxétine 20 mg	AD	60 mg				

On observe :

- Entre septembre et octobre 2014 : le patient a une symptomatologie prononcée de sa schizophrénie et est de nouveau traité pour dépression
- Cette période coïncide avec la période où monsieur D. avait été exclu des séances d'équithérapie

Les séances reprendront quelques jours après ce changement de traitement. On observe alors aucun changement dans les posologies ou les traitements jusqu'en juillet 2015 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Cyamémazine 100 mg	AP	100 mg	100 mg		100 mg	
Halopéridol LP 50 mg	AP				250 mg	
Olanzapine 15 mg	AP	15 mg			15 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	25 mg	25 mg		25 mg	
Paroxétine 20 mg	AD	60 mg				

Cette ordonnance est celle que monsieur D. poursuit lors de la période d'observation, l'adaptation thérapeutique est :

- Le retrait d'un autre neuroleptique qui été prescrit au patient depuis plusieurs années (Loxapine)
- Le patient présente moins de symptômes psychotiques

Nous pouvons soutenir cette amélioration dans la maladie par le fait qu'une orientation vers un foyer de vie est envisagée pour Monsieur D..

IV.2.3 Madame C.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 25 ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Vit avec sa mère et sa sœur • Peu de contacts avec son père (incarcéré pour des accusations d'abus sexuels sur mineurs)
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Mère dépressive, personnalité aux traits histrioniques • Grand-mère dépressive, suivie pour tentatives de suicide, personnalité hystérique • Père avec antécédents de difficultés d'ordre temporel, mnésique et de concentration suite à une méningite dans l'enfance
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Hypomanie⁷ • Personnalité histrionique⁸
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Première hospitalisation en 2004 pour troubles alimentaires et mutisme • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Coléreuse et impulsive ◦ Agitée ◦ En quête d'attention ◦ Préoccupation importante de son apparence et d'une prise de poids
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Début en 2014 : 10 séances • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anxiété lors de la première séance ◦ Sensation de « lâcher prise » et notion de plaisir au contact de l'animal ◦ Aucun comportement négatif n'a été relevé
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Jardinage • Dessin • Sport • Piscine

Son traitement en octobre 2014 est le suivant et aucune modification à ce jour n'a été observée :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Alimémazine 40 mg/mL	H					40 mg
Cyamémazine 40 mg/mL	AP	25 mg	25 mg	25 mg		100 mg
Halopéridol 50 mg/mL	AP			200 mg		

IV.2.4 Monsieur C.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 49ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Père et mère décédés • Quatre frères dont deux décédés • Peu de contacts avec la famille
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Père schizophrène
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Trouble mental sans autre indication
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Première hospitalisation en 1986 pour violence et éthyisme aiguë • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Propos délirants ◦ Trouble de l'humeur ◦ Rires immotivés ◦ Agressivité

Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Début en 2010 : 100 séances • Les premières séances étaient en selle mais ensuite monsieur C. a préféré la calèche (peur de monter sur le cheval) • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Détendu ◦ Attentif ◦ Concentré ◦ Calme
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Jeux • Dessin • Cuisine • Musique • Art

Ci-dessous le traitement de monsieur C. avant de débiter les séances d'équithérapie en octobre 2010 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Chlorpromazine 25 mg	AP	50 mg				
Divalproate de Sodium 250mg	TR		250 mg			
Divalproate de Sodium 500mg	TR	500 mg				
Hydroxyzine 100 mg	AX					50 mg
Olanzapine 15 mg	AP	15 mg			15 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	25 mg	25 mg		50 mg	
Pipampérone 40 mg/mL	AP	40 mg	40 mg		40 mg	

Son traitement reste stable jusqu'en janvier 2011 où l'anxiolytique (Oxazépam) est augmenté. Cette augmentation peut avoir deux objectifs :

- la prise en charge d'une symptomatologie anxieuse grandissante
- un sevrage alcoolique

Une autre adaptation de traitement ont lieu en mars 2011 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Chlorpromazine 25 mg	AP	50 mg				
Divalproate de Sodium 250mg	TR		250 mg			
Divalproate de Sodium 500mg	TR	500 mg				
Hydroxyzine 100 mg	AX					50 mg
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	
Pipampérone 40 mg/mL	AP	40 mg	40 mg		40 mg	

L'arrêt de l'antipsychotique de seconde génération (Olanzapine) montre une diminution de la symptomatologie schizophrénique, l'augmentation de la posologie de l'anxiolytique (Oxazépam) connote un accroissement des symptômes anxieux.

D'autres modifications sont réalisées sur la période du mois de juillet et de septembre 2011 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Valproate de Sodium 200 mg/mL	TR	500 mg	250 mg		500 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	

Le compte rendu de cette modification est un mieux-être du patient à cette période par l'arrêt tour à tour :

- De l'anxiolytique (Hydroxyzine) utilisée pour les manifestations anxieuses mineures
- De deux neuroleptiques (Chlorpromazine, Pipampérone) utilisés pour le traitement de troubles psychiques et notamment la schizophrénie

En parallèle, la posologie du thymorégulateur (Valproate de Sodium) est augmentée.

L'état du patient est stable jusqu'à février 2012. A cette période correspond un décès dans la famille du patient. L'état de monsieur C. se dégrade alors significativement entraînant

la prescription d'un neuroleptique (Flupentixol 4 %) sous forme buvable en plus de son traitement habituel.

Le corps médical décide ensuite d'administrer cette molécule par voie intramusculaire une fois toute les deux semaines à la posologie de 150 mg. Il est également convenu d'ajouter un autre neuroleptique (Zuclopentixol 2 %) sous forme buvable.

Ci-dessous, le tableau illustrant l'ordonnance à cette période soit en mars 2012 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Flupentixol 4 %	AP			150 mg		
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	
Valproate de Sodium 200 mg/mL	TR	500 mg	250 mg		500 mg	
Zuclopentixol 2 %	AP	30 mg	30 mg		30 mg	

Les mois suivants, différentes modifications de posologies sont décidées afin de s'adapter au mieux à la pathologie. En juin 2015, l'ordonnance de monsieur C. est la suivante :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Flupentixol 4 %	AP			200 mg		
Loxapine 50 mg	AP	50 mg	50 mg		50 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	
Valproate de Sodium 200 mg/mL	TR	500 mg	500 mg		500 mg	
Zuclopentixol 2 %	AP	75 mg	50 mg		30 mg	

Plusieurs adaptations de traitement sont réalisées sur la période 2012-2015 :

- En début d'équithérapie, le traitement antipsychotique a été diminué pendant une période de 8 mois
- L'état du patient s'est dégradé aboutissant à l'augmentation des traitements antipsychotique, anxiolytique et thymorégulateur

IV.2.5 Madame F.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 61ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Père et mère décédés • Une sœur et deux frères • Bon contact avec l'un des frères
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Mère avec état confusionnel de type psychose puerpérale à la naissance de la patiente
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie résiduelle
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Première hospitalisation à 10 ans pour instabilité motrice avec de nombreux tics et éléments anxieux. Elle présente un comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Agressif ◦ D'isolement ◦ Phobique (animaux) • Comportement au sein du service : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Agressivité ◦ Colère et caprice ◦ Angoisse

Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Demande à participer en 2010 : 150 séances • Au début se montre réticente malgré l'envi de participer, peu motivée et négative • Comportement (au bout d'un trimestre) : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Détendue ◦ Patiente souriante et agréable ◦ Participe aux soins du cheval • En 2014, la patiente évoque une angoisse laissant place à un mécanisme psychotique de clivage. Le corps médical propose le dessin pour extérioriser ses angoisses mortifères : La patiente observa sa production. Elle semble soulagée de l'angoisse décrite durant la séance.
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Cuisine • Sport • Piscine • Jeux • Dessins • Peinture • Groupe de parole

Son traitement avant le début des séances, en septembre 2010, est le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Carbamazépine LP 400 mg	TR	200 mg			400 mg	
Cyamémazine 100 mg	AP	200 mg	200 mg		150 mg	
Hydroxyzine 100 mg	AX	100 mg	100 mg			
Loxapine 25 mg/mL	AP	50 mg	50 mg		50 mg	
Olanzapine 10 mg	AP				20 mg	
Mirtazapine 15 mg	AD				45 mg	

En novembre 2010, son traitement est réadapté :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Carbamazépine LP 400 mg	TR	200 mg			400 mg	
Clozapine 25 mg	AP	50 mg				
Cyamémazine 100 mg	AP	200 mg	200 mg		150 mg	
Hydroxyzine 100 mg	AX	100 mg	100 mg			
Loxapine 25 mg/mL	AP	50 mg	50 mg		50 mg	
Olanzapine 10 mg	AP				20 mg	
Mirtazapine 15 mg	AD				45 mg	

Il en ressort :

- L'ajout d'un antipsychotique de deuxième génération (Clozapine) actif à la fois sur les symptômes productifs et déficitaires de la pathologie.
- Par la suite, en février 2011, la Clozapine 25mg sera remplacée par un dosage plus élevé c'est-à-dire 100 mg suivant la posologie de 200 mg matin et soir.

Un mois après cette modification, une autre modification est réalisée :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Carbamazépine LP 400 mg	TR	200 mg			400 mg	
Clozapine 100 mg	AP	200 mg			200 mg	
Cyamémazine 100 mg	AP	100 mg	100 mg		150 mg	
Hydroxyzine 100 mg	AX	100 mg	100 mg			
Loxapine 25 mg/mL	AP	50 mg	50 mg		50 mg	
Olanzapine 10 mg	AP				20 mg	
Mirtazapine 15 mg	AD				45 mg	

L'adaptation est telle que :

- Le traitement antipsychotique (Cyamémazine) est diminué s'expliquant par l'ajout de la Clozapine dont la posologie est augmentée de 50 mg/j à 400 mg/j
- L'Hydroxyzine est arrêtée en décembre 2012 ce qui connote un mieux-être de la patiente

Pendant deux ans, son traitement reste stable jusqu'à la période de avril-mai-juin 2014 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Amitriptyline 25 mg	AD				75 mg	
Carbamazépine LP 400 mg	TR	400 mg			400 mg	
Cyamémazine 40 mg/mL	AP	5 mg	5 mg		5 mg	
Loxapine 25 mg/mL	AP	50 mg	50 mg		50 mg	
Oxazépam 50 mg	AX	50 mg	50 mg		50 mg	

Plusieurs modifications sont effectuées :

- Deux antipsychotiques sont arrêtés (Olanzapine et Clozapine)
- Un autre neuroleptique a sa posologie diminuée (Cyamémazine)
- La Mirtazapine est remplacée par l'Amitriptyline mais cette modification a peu d'incidence car ces deux antidépresseurs ont des effets similaires
- Un anxiolytique est ajouté (Oxazépam)
- La posologie du thymorégulateur (Carbamazépine) est augmentée

Ces adaptations sont en accord avec :

- Une diminution de la symptomatologie des troubles schizophréniques de la patiente
- Une anxiété et des troubles de l'humeur restant marqués

IV.2.6 Monsieur J.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 18 ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Père et mère séparés, peu de contacts avec le père • Mère • Frère • Grand-mère très présente et considérée comme une personne ressource

Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie mentale⁹ • Hyperactivité physique • Troubles Obsessionnels Compulsifs¹⁰
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Premier trouble en 2011 de type anorexie mentale, hyperactivité sportive : recherche d'un corps parfait. • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Colérique ◦ En quête d'attention
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Début en 2013 : 10 séances • Première séance : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Impatience d'y aller ◦ Aucun plaisir lors de la thérapie et le patient se renferme • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Investissement dans la préparation du cheval ◦ Prise d'initiative ◦ Intérêt pour la séance • Dernière séance : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Altercation avec l'équipe encadrante car le patient trouve que le cheval attribué est moche ◦ Patient brusque et négatif lors de la préparation et de la monte ◦ Cheval tendu et d'allure figée ◦ Patient trouve l'issue de lui même en parlant à l'animal et en le caressant.
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Cuisine • Jeux • Art

Son traitement avant de débiter l'équithérapie était le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Clomipramine 10 mg	AD					10 mg
Cyamémazine 40 mg/mL	AP	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg	20 mg
Fluoxétine 20 mg	AD	10 mg				
Risperidone 2 mg	AP				4 mg	

Une première adaptation de traitement en décembre 2013 est mentionnée avec le passage du neuroleptique (Cyamémazine) en comprimés et une diminution de sa posologie à 12,5 mg. Puis le dosage est diminué progressivement jusqu'à l'arrêt complet de cette molécule en février 2014.

Entre le mois de février et avril, d'autres adaptations ont lieu avec l'arrêt de la Risperidone, et de la Clomipramine. En juin 2015, l'ordonnance du patient est donc la suivante :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Fluoxétine 20 mg	AD	10 mg				

A la sortie du patient, il ne présente donc plus qu'un traitement antidépresseur.

IV.2.7 Mademoiselle L.

Âge	14 ans
Situation familiale	Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Parents séparés • Peu de contacts avec le père en attente d'être jugé pour séquestrations, gestes pornographiques sur mineurs, mauvais traitements sur ses enfants • Peu de contacts avec son frère qu'elle accuse d'attouchement sexuel • Bon contact avec sa mère

Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression¹¹ • Stress post-traumatique¹²
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Première hospitalisation en 2013 pour scarifications. Elle souffre d'un stress post-traumatique lié aux abus sexuels dont elle a été victime (père, frère, ami de son frère, beau-père) • Elle est hospitalisée plusieurs fois ensuite pour idée suicidaire et passage à l'acte
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Début en 2015 : moins de 10 séances • Arrêt de la thérapie car sortie de l'hôpital mais la patiente dit être désireuse de prendre des cours d'équitation • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Volontaire ◦ Heureuse de pouvoir s'occuper du cheval (selon l'équipe accompagnante) ◦ Calme ◦ Prend du plaisir • Ne se sent pas triste lors des séances
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • aucun

Son traitement est le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Aripiprazole 10 mg	AP	10 mg				
Lévomépromazine 25 mg	AP				25 mg	
Sertraline 50 mg	AD	100 mg				

La patiente est donc traitée par deux antipsychotiques (Aripiprazole et Lévomépromazine) ainsi que par un antidépresseur (Sertraline). Aucun changement dans son traitement n'a eu lieu suite aux séances qu'elle a pu faire mais cela peut s'expliquer par un nombre peu élevé de séances auquel elle a participé.

IV.2.8 Monsieur L.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 50 ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Vit en Concubinage • Une fille qu'il voit une fois par semaine
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de contacts avec ses deux sœurs et deux frères
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose chronique • Retard mental léger • Décompensation anxieuse
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Première hospitalisation en 2004 pour hallucinations auditives et idées noires • Hospitalisations fréquentes à cause de troubles psychotiques
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Première séance en 2014 : 30 séances • Première impression : appréhension • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Investissement au cours du pansage et de la préparation de l'animal ◦ De plus en plus à l'aise lors des séances. Il désire souvent passer en premier ◦ Comportement adapté ◦ Bon contact
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Dessin • Peinture • Sport • Piscine • Écoute musicale

En mai 2014, avant de débiter la thérapie par le cheval, son traitement était le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Aripiprazole 10 mg	AP	20 mg				
Cyamémazine 100 mg	AP	50 mg	100 mg		100 mg	
Hydroxyzine 25 mg	AX				100 mg	
Lorazépam 2,5 mg	AX	2,5 mg	2,5 mg			2,5 mg
Mirtazapine 15 mg	AD				30 mg	

Une modification de l'ordonnance s'établit trois mois après la première séance :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Aripiprazole 10 mg	AP	20 mg				
Cyamémazine 100 mg	AP	100 mg	100 mg		100 mg	
Flupentixol 4 %	AP	100 mg			80 mg	
Hydroxyzine 25 mg	AX				100 mg	
Lorazépam 2,5 mg	AX	2,5 mg	2,5 mg			2,5 mg
Mirtazapine 15 mg	AD				30 mg	

L'ordonnance est modifiée par :

- Une augmentation de la posologie du neuroleptique (Cyamémazine).
- L'ajout d'un autre neuroleptique (Flupentixol).

Cela montre que l'état du patient est à cette période marqué par des troubles psychotiques importants.

Son traitement reste alors tel quel pendant plusieurs mois jusqu'en mars 2015 :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Amisulpride 400 mg et 100 mg	AP	400 mg			200 mg	
Aripiprazole 10 mg	AP	20 mg				
Cyamémazine 100 mg	AP	100 mg	100 mg		100 mg	
Hydroxyzine 25 mg	AX				100 mg	
Lorazépam 2,5 mg	AX	2,5 mg	2,5 mg			2,5 mg
Mirtazapine 15 mg	AD				30 mg	

A cette période, les médecins proposent l'arrêt (progressif) du Flupentixol et son remplacement par une autre famille d'antipsychotique : l'Amisulpride.

En avril 2015, on observe une nouvelle modification de son traitement avec l'ajout de Zuclopentixol buvable à la posologie de 40mg le matin et le soir qui est également un antipsychotique.

Pour monsieur L., la conclusion est qu'au cours de la période où il a effectué des séances d'équithérapie son traitement psychiatrique n'a pas diminué, au contraire il a augmenté.

IV.2.9 Monsieur O.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 50 ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Vit en concubinage • Une fille et un garçon
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Très peu de contact avec ses deux sœurs • En conflit avec sa mère • Père décédé • Mauvaise relation avec sa fille
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Bipolaire¹³
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Première hospitalisation suite à son divorce pour éthylisme et dépression • Plusieurs hospitalisations pour les mêmes motifs
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Début en 2015 : moins de 10 séances • Bon comportement au cours des séances • Déception lors de l'annulation d'un cours : grande motivation pour la thérapie • Le patient « s'y sent bien » selon l'équipe soignante
Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Jardinage • Sport – Piscine – Sortie randonnée • Jeux • Cuisine

En mars, son traitement était le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Aripiprazole 15 mg	AP					30 mg
Cyamémazine 100 mg	AP					100 mg
Divalproate de Sodium 500 mg	TR	500 mg	500 mg		500 mg	
Zolpidem 10 mg	H					10 mg

Quelques jours après sa première séance, l'hypnotique (Zolpidem) est arrêté alors qu'il lui était prescrit depuis 2012. Cela montre une disparition des troubles de l'endormissements du patient.

En mai 2015, une nouvelle modification de traitement est telle que :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Aripiprazole 15 mg	AP					30 mg
Cyamémazine 100 mg	AP					100 mg
Divalproate de Sodium 500 mg	TR	500 mg	500 mg		500 mg	
Duloxétine 60 mg	AD		60 mg			

L'équipe médicale décide de l'ajout d'un antidépresseur (Dulxétine). A ce jour, le traitement de monsieur O. est stable et bien supporté par le patient. Pour ce patient, les modifications de traitement sur la période où il a suivi des séances d'équithérapie sont :

- L'arrêt de l'hypnotique connotant une amélioration du sommeil.
- L'ajout d'un antidépresseur

VI.1.1 Madame S.

Âge	<ul style="list-style-type: none"> • 29 ans
Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire
Relations familiales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Très bons rapports avec sa mère et sa sœur
Facteur de comorbidités et/ou antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles délirants • Déficience harmonique avec un score de 50¹⁴
Pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Premier trouble dès la petite enfance avec des troubles du sommeil, une agitation, beaucoup de pleurs et de cris • Décrite comme étant « dans son monde » avec des « personnages imaginaires » • Première hospitalisation sur un contexte d'aggravation de la symptomatologie délirante et hallucinatoire • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Agitée ◦ Irritable ◦ Peu de contact avec le monde extérieur ◦ Agressive
Équithérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Début en 2012 : 30 séances • Comportement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tactile avec l'animal (alors que la patiente ne supporte pas le contact physique en général) ◦ Interaction avec l'animal ◦ Prend plaisir à la monte • Patiente parasitée par les personnages qui l'habitent mais un discours rassurant de l'équipe encadrante arrive à canaliser ses hallucinations le temps d'une séance.

Autre atelier	<ul style="list-style-type: none"> • Cuisine • Sport – Piscine - Randonnée • Dessin - Peinture
---------------	---

Avant de débiter les séances, son traitement était le suivant :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Carbamazépine LP 400 mg	TR	400 mg			600 mg	
Clozapine 100 mg	AP	100 mg			100 mg	

La patiente est restée stable avec ce traitement jusqu'en février 2014 où l'on observe une adaptation de son traitement :

		Matin	Midi	Après-Midi	Soir	Coucher
Carbamazépine LP 400 mg	TR	600 mg			600 mg	
Clozapine 100 mg	AP	100 mg			125 mg	

Les traitements antipsychotique (Clozapine) et thymorégulateur (Carbamazépine) sont augmentés. Cela montre un état déficitaire de la symptomatologie de la pathologie de la patiente.

VI.2 Discussion

Le recouplement des données des dossiers patients montre que :

- Les séances d'équithérapie sont proposées à des hommes et femmes âgés de 14 à 61ans avec une moyenne d'âge de 37 ans
- Le nombre de séances effectuées varient de moins de 10 à 150 séances avec une moyenne de 44 séances par patient
- L'équithérapie est à rapprocher des autres psychothérapies au centre hospitalier Henri Laborit comme l'arthérapie, la musicothérapie, la culinothérapie, la ludothérapie car 90 % des patients participent à d'autres ateliers comme le montre le diagramme 3 ci-après:

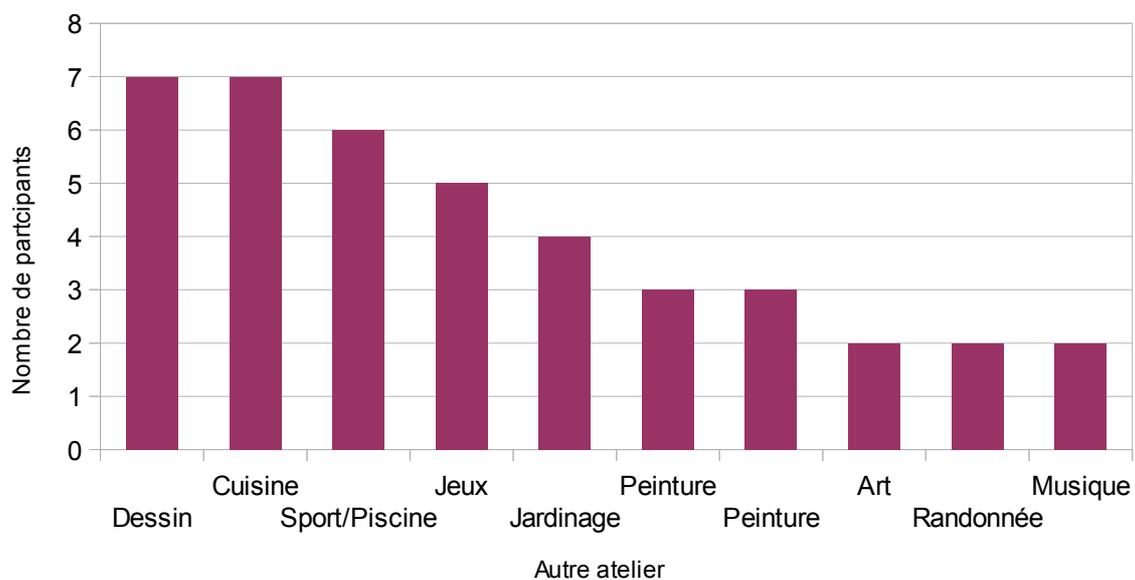


Diagramme 3 : Répartition du nombre de patients en fonction de l'atelier proposé

- Les patients bénéficiant de cette thérapie sont dans 80 % des cas célibataires
- Il n'existe aucun antécédent familial ou de facteur de comorbidité dans 60 % des cas
- Le niveau relationnel familial est relativement hétérogène parmi ces patients : 50 % ont peu de contact, 30 % sont en bon contact et 20 % n'ont plus aucun contact avec leur famille

Ci-dessous, le tableau récapitulatif des différentes molécules prescrites et de leurs familles thérapeutiques :

Antipsychotiques	Antipsychotiques de 1ère génération ou neuroleptiques : <ul style="list-style-type: none"> • Amisulpride • Chlorpromazine • Cyamémazine • Flupentixol • Fluphénazine • Halopéridol • Lévomépromazine • Loxapine • Pipampérone • Zuclopentixol
	Antipsychotiques de 2ème génération ou atypique : <ul style="list-style-type: none"> • Aripiprazole • Clozapine • Olanzapine • Risperidone
Anxiolytiques	Benzodiazépines <ul style="list-style-type: none"> • Alprazolam • Lorazépam • Oxazépam
	Antihistaminiques H1 <ul style="list-style-type: none"> • Hydroxyzine
Antidépresseurs	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotine (ISRS) <ul style="list-style-type: none"> • Escitalopram • Fluoxétine • Paroxétine • Sertraline
	Antidépresseurs à action duale <ul style="list-style-type: none"> • Duloxétine • Mirtazapine

	Imipraniques <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptyline • Clomipramine
Hypnotiques	Phénothiazines <ul style="list-style-type: none"> • Alimémazine
	Apparentés benzodiazépines <ul style="list-style-type: none"> • Zolpidem
Thymorégulateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Divalproate de Sodium • Carbamazépine

Avant de débiter les séances, tous les patients sont traités par des antipsychotiques (avec une moyenne de deux par ordonnance), cinq patients sont traités pour dépression, cinq pour anxiété, trois pour insomnie et deux pour des troubles bipolaires.

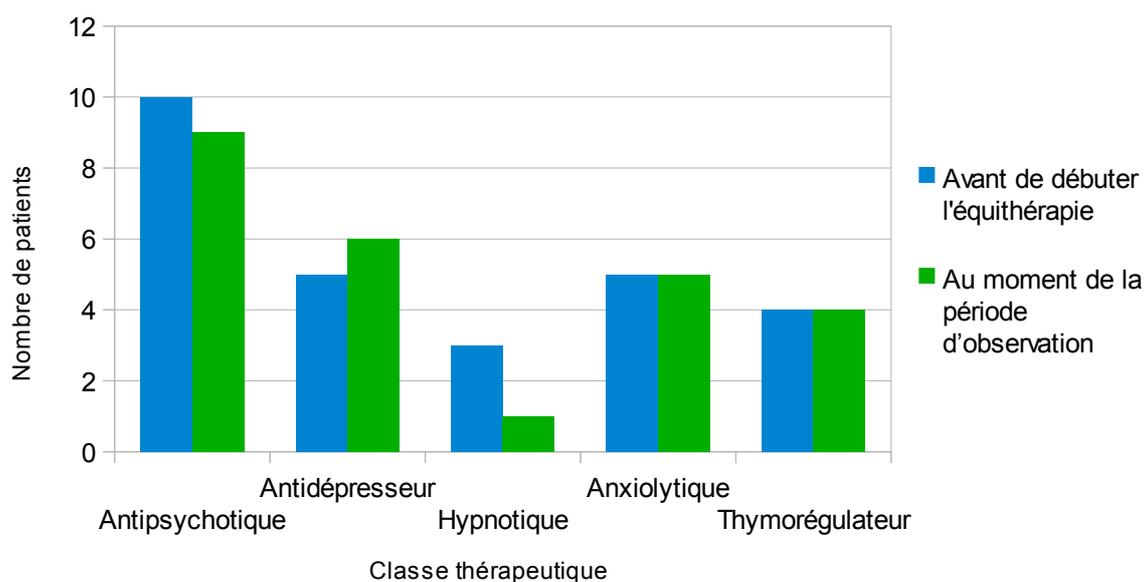


Diagramme 4 : Nombre de patients traités en fonction de la classe thérapeutique avant le traitement par l'équithérapie et au moment de la période d'observation

L'étude du diagramme 3 montre qu'en comparant les molécules utilisées pour les traitements avant de débiter les séances et pendant la période d'observation, il y a une diminution de la prescription d'antipsychotique et d'hypnotique, aucune modification pour celle concernant les anxiolytiques et les thymorégulateurs et une augmentation de la prise

d'antidépresseurs.

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des **évolutions de posologie** selon la famille thérapeutique depuis le début de la thérapie pour chaque patient jusqu'à la période d'observation. Seul les patients ayant une modification de traitement apparaissent dans ce tableau, cela ne concerne pas Madame C., mademoiselle L. et monsieur A. :

Patient	Diminution posologie	Augmentation de posologie	Arrêt de traitement	Initiation de traitement
Monsieur D.	Anxiolytique		Hypnotique	
	Antipsychotique			
Monsieur C.	Anxiolytique	Thymorégulateur		
Madame F.	Antipsychotique	Anxiolytique		
		Thymorégulateur		
Monsieur J.	Antidépresseur		Antipsychotique	
Monsieur L.		Antipsychotique		
Monsieur O.			Hypnotique	Antidépresseur
Madame S.		Antipsychotique		
		Thymorégulateur		

Ce tableau montre qu'il y a :

- Cinq diminutions de posologie (deux antipsychotiques, deux anxiolytiques et un antidépresseur)
- Six augmentations de posologie (trois thymorégulateurs, deux antipsychotiques et un anxiolytique)
- Trois arrêt de traitements (deux par hypnotiques et un par antipsychotique)
- Une initiation de traitement par antidépresseur

D'après ces les deux tableaux ci-dessus, il est difficile de montrer un impact de l'équithérapie sur le traitement psychiatrique de ces patients. Nous pourrions conclure que certains patients ont une plus grande sensibilité à ce genre de thérapie comme monsieur J. dont le traitement par antipsychotique a été supprimé et celui par antidépresseur diminué.

L'analyse des tableaux montrent un arrêt des traitements par hypnotiques pour 67 % des patients. L'équithérapie a un impact sur les difficultés d'endormissement.

Ci-dessous, le tableau reprenant le comportement de chaque patient au sein de l'hôpital et lors des séances d'équithérapie :

Patient	Comportement dans le service	Comportement lors des séances d'équithérapie
Monsieur A.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressif • Replié sur lui-même 	<ul style="list-style-type: none"> • À l'écoute • Motivé • S'investit lors de la préparation du cheval
Monsieur D.	<ul style="list-style-type: none"> • Violent • Regard noir • Rire immotivé 	<ul style="list-style-type: none"> • Montre de l'affection envers l'animal • Le regard s'adoucit au cours de la séance • Montre de la compliance à réaliser les figures demandées • Reste parasité par des hallucinations
Madame C.	<ul style="list-style-type: none"> • Colérique • Impulsive • En quête d'attention 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun comportement négatif • Anxiété en début de thérapie puis notion de « lâcher prise » et de plaisir par la suite
Monsieur C.	<ul style="list-style-type: none"> • Délirant • Agressif • Rire immotivé 	<ul style="list-style-type: none"> • Détendu • Attentif et concentré • Calme
Madame F.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressive • Repliement sur elle-même • Anxieuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivé • Détendu • Souriante et agréable
Monsieur J.	<ul style="list-style-type: none"> • Colérique • En quête d'attention 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise d'initiative • S'investit
Madame L.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristesse • Abattement 	<ul style="list-style-type: none"> • Volontaire • Calme • Prend du plaisir

Monsieur L.	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations • Abattement 	<ul style="list-style-type: none"> • Bon comportement • S'investit dans le groupe et la thérapie
Monsieur O.	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune donnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivé • Notion de plaisir
Madame S.	<ul style="list-style-type: none"> • Agressive • Peu de contacts avec les autres • Irritable 	<ul style="list-style-type: none"> • Tactile avec l'animal • Interagit • Notion de plaisir • Reste parasitée

Cette comparaison entre les comportements au sein du service hospitalier et lors d'une séance d'équithérapie montre une adaptation du patient. Comme l'a montré l'étude de Gonski en 1985 sur des enfants maltraités placés en famille d'accueil, les comportements au contact de l'animal se régulent et s'améliorent [3]. Mesdames C., F., et S. ainsi que messieurs A., C., D., et J. montrent une agitation au sein du service (colère, agressivité, violence), le tableau ci-dessus marque la disparition de ces comportements non adaptés. L'infirmier responsable des séances d'équithérapie au centre Équit'libre a remarqué que la réciprocité comportementale homme-animal aide à la modification de comportement non adapté. Par exemple, monsieur Je. dont les mouvements sont très brusques ; Lorsque le moniteur lui demande de toucher l'oreille du cheval, il la frappe. Le cheval réagit en retour par un mouvement brusque (tête vers le haut) qui manque de désarçonner le patient. Les demandes suivantes du moniteur seront réalisées de manière lente et douce.

D'après De Lubersac, la maîtrise du cheval commence par la maîtrise de soi-même. Cette hypothèse est illustrée par l'expérience de monsieur J. qui lors d'une séance s'est montré brusque et négatif lui aussi. Son comportement s'est répercuté sur celui du cheval qui était tendu. Le patient a repris le contrôle de la situation en se calmant et en parlant à sa monture pour la rassurer [46].

La différence de comportement entre le service et au sein de la structure s'explique par une diminution de l'anxiété et l'apparition d'un sentiment de confort et de sécurité d'après I. Dimitrijevic par le biais de son étude sur 313 adultes souffrant de différents troubles tels que les troubles de la personnalité, de l'humeur, des symptômes psychotiques ou ayant abusé de substances actives [7]. Lors de cette étude, il a été montré que la réduction de l'anxiété est

doublée après les séances avec l'animal. Notre étude montre également une diminution de

<i>Identification</i>	<i>Procédure de remplissage</i>
<p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ (3 premières lettres du nom et 2 premières lettres du prénom du nourrisson)</p> <p>Sexe du nourrisson : <input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille Age _ _ mois</p> <p>Date de naissance du nourrisson : _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Code du clinicien investigateur : _ _ _ </p> <p>Date de la consultation : </p>	<p><input type="radio"/> Noirceir avec un gros feutre noir la réponse correcte</p> <p>Sigle et abréviation : NR = non retrouvé I = impossible à déterminer Parent = si oui</p>

7. LE COMPORTEMENT GENERAL		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
1.	Sagesse, gravité, excessives	<input type="radio"/>				
2.	Intérêt spontané faible envers les personnes	<input type="radio"/>				
3.	Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles	<input type="radio"/>				
4.	Intolérance aux sollicitations relationnelles	<input type="radio"/>				
5.	Instabilité excessive des conduites d'attachement	<input type="radio"/>				
6.	Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices	<input type="radio"/>				
7.	Tolérance faible aux changements	<input type="radio"/>				
8.	Variabilité excessive de la vigilance	<input type="radio"/>				
9.	Faible consolabilité	<input type="radio"/>				
8. LE VISAGE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
10.	Orientation faible du visage vers autrui	<input type="radio"/>				
11.	Mimiques émotionnelles peu expressives	<input type="radio"/>				
12.	Sourire faible en présence d'autrui	<input type="radio"/>				
13.	Mimiques d'imitation pauvres	<input type="radio"/>				
14.	Mimiques trop instables - variables	<input type="radio"/>				
15.	Mimiques émotionnelles mal contextualisées	<input type="radio"/>				
9. LE REGARD		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
16.	Regard peu orienté vers autrui	<input type="radio"/>				
17.	Recherche rare du contact oeil à oeil	<input type="radio"/>				
18.	Regard fuyatif, à la dérobée	<input type="radio"/>				
19.	Regard périphérique, « du coin de l'œil »	<input type="radio"/>				
20.	Regard flou en « passe-muraille »	<input type="radio"/>				
21.	Regard hyperpénétrant, dur	<input type="radio"/>				
22.	Regard trop proche, avec « effet cyclope »	<input type="radio"/>				
23.	Strabisme éphémère	<input type="radio"/>				
24.	Nystagmus éphémère	<input type="radio"/>				
25.	Fixation excessive aux sources lumineuses	<input type="radio"/>				
26.	Désintérêt pour son image dans le miroir	<input type="radio"/>				
27.	Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes	<input type="radio"/>				
28.	Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...)	<input type="radio"/>				
29.	Attention partagée faible ou absente (Cf. item 89 à 10 mois du BLR-E : Brunet Lézine révisé : regards ce que l'adulte regarde)	<input type="radio"/>				

l'anxiété :

- Madame F. anxieuse et phobique notamment envers les animaux est détendue lors des séances
- Madame C. anxieuse au début de la pratique de l'équithérapie exprime aujourd'hui une notion de lâcher prise et de plaisir
- Madame S. qui est de nature irritable au sein du service exprime également cette notion de prendre du plaisir lors des séances

La littérature sur l'équithérapie publiée entre 2008 et 2012 a montré que l'activité avec le cheval est perçue comme un stimulus gratifiant améliorant les contacts sociaux et la motivation [68]. La comparaison des comportements ci-dessus montre que Madame F., mademoiselle L., et messieurs A. et L. sont repliés sur eux-même, abattus ou tristes dans le service. Lors des séances, ils sont motivés, calmes, volontaires, concentrés, s'investissent lors de la préparation du cheval et prennent des initiatives au sein du groupe. La thérapie par le cheval crée une certaine cohésion au sein du groupe non retrouvée dans le service ou dans d'autres ateliers.

Les épisodes d'hallucinations ou de symptomatologie psychotique chez les patients mettent en avant l'intérêt de la présence d'une équipe encadrante médicale et notamment de l'équithérapeute et d'un professionnel du cheval, le moniteur. Le cheval joue un rôle de tiers : il assure une interface entre le patient et le thérapeute, il est un point d'équilibre et de focalisation dans la relation thérapeutique. Le cheval est un objet intermédiaire qui facilite les échanges entre le patient et le thérapeute. Il envoie, transmet et reçoit des messages. Son comportement, ses réactions et son tempérament sont lus autant par le patient que par le thérapeute.

Les hallucinations des patients ne disparaissent cependant pas toujours lors des séances. Notre étude montre que lors des séances, malgré la présence de parasitisme, le patient arrive à rester concentré avec l'aide de l'équipe soignante :

- Madame S. lors d'une séance était parasitée par des hallucinations auditives lui demandant de descendre de cheval car cela était dangereux. L'équipe soignante s'est montrée rassurante ce qui a permis la disparition de cette hallucination et la patiente a pu remonter à cheval et terminer la séance sans autre hallucination

- Monsieur L. n'a jusqu'alors pas eu d'hallucinations lors des séances
- Monsieur D. est très parasité dans le service mais lors des séances l'équipe soignante est arrivée jusqu'à aujourd'hui à maintenir un contact avec lui en lui parlant constamment et en essayant de le faire participer même lorsqu'il n'est pas à cheval

Nous observons des comportements délirants accompagnés de rires immotivés et de regards noirs pour deux patients ; messieurs D. et C.. La comparaison de leur comportement en séance montre que ces deux patients s'adaptent au groupe. Ils sont attentifs, concentrés et calmes. Ils réalisent les figures demandées sans problème même si monsieur D. montre une certaine difficulté à mémoriser certaines d'entre elles, lorsque le moniteur lui explique ce qu'il doit faire précisément, le patient les réalise sans problème.

Lors de notre venue sur le site d'Équit'libre, le thérapeute nous a expliqué que la modification de comportement à terre et à cheval pour monsieur D. pouvait s'expliquer par un instinct de survie sous-jacent car si le patient s'enfermait dans un retrait autistique, le risque de chute serait important. L'équipe soignante note de surcroît que le regard noir de ce patient s'adoucit au cours de la séance.

L'étude de A. Lorin de Reure portant sur la communication d'un groupe de six enfants autistes vers le monde extérieur lors de la présence d'un animal, en l'occurrence de poneys, montre une amélioration de l'expression émotionnelle et relationnelle ainsi que de la communication verbale et non verbale [8]. Notre étude de cas montre un résultat similaire avec madame S. et monsieur D. qui refusent le contact physique en temps normal mais qui d'eux même caressent et embrassent le cheval lors des séances. Il en est de même avec monsieur Je. qui lors de la séance d'équithérapie a caressé Pilgrim quatre fois et embrassé une fois chaque cheval.

L'expérience sur le site d'Équit'libre a été marquante dans le sens où le groupe accueilli était un groupe avec une forte déficience dans leur pathologie respective. Malgré leur lourde pathologie et d'un point de vue extérieur, nous pouvions observer quatre personnes investies dans le soin de l'animal et surtout très souriantes pour trois d'entre eux. On retrouve dans les dossier des patients la description d'un contact agréable et de sourires pour madame F. et

monsieur L..

Cette thérapie est un stimulus gratifiant qui, d'après l'analyse de la comparaison des comportements au sein de la structure hospitalière ou d'équithérapie, améliore le contact social et la motivation. Il y a création d'un contexte dans lequel le patient se sent confortable et plus à même à la communication. L'équithérapie apporte une amélioration de l'estime de soi et un bien-être.

Conclusion

De tout temps, l'Homme a fait de l'animal son partenaire de vie. Le statut de l'animal a évolué: d'abord domestiqué à des fins utilitaires, l'animal a pris sa place aux côtés de l'homme pour lui tenir compagnie, jusqu'à être intégré dans la famille. Un lien affectif s'est donc créé entre l'animal et l'homme, suscitant une relation qui apparaît aujourd'hui comme un véritable phénomène de société. Depuis les années 50, l'Homme s'intéresse à l'utilisation de la relation Homme-animal à des fins thérapeutiques.

Les différentes études bibliographiques citées montrent que l'animal a un impact sur les troubles cardiovasculaires, sur l'incidence des maladies coronariennes, sur les douleurs, sur le stress, l'anxiété mais également sur les troubles psychiatriques.

“L'animal ne se nourrit d'attente idéalisées envers les humains, il les accepte pour ce qu'ils sont et non pas pour ce qu'ils devraient être”.

Dr Levinson Boris

Cette phrase résume le lien qui se crée entre l'animal et le patient : la confiance et l'absence de jugement. L'animal offre un contact particulier non retrouvé dans une autre thérapie où il se place comme médiateur.

La thérapie par le cheval prend une place spécifique car en plus de créer un lien unique, elle offre cette notion de portage du patient. Indiquée pour les troubles neurologiques lors de spasticité, de trouble du contrôle postural, de tremblements, de perte d'équilibre ; pour les troubles orthopédiques comme les scoliose ou lors d'une difficulté de développement psychomoteur. Elle est également prescrite pour les troubles psychiatriques lors de dépressions, de troubles de la personnalité, de l'humeur ou de la relation sociale, de déficience intellectuelle, de comportement addictif ou de trouble envahissant du développement.

Notre étude de cas clinique au CHL nous a permis de mesurer l'impact que la médiation animal par le cheval peut avoir sur l'évolution des traitements et des comportements psychiatriques des patients.

Les résultats observés au travers de l'analyse des traitements ne peuvent aboutir à une

conclusion franche sur l'impact de cette thérapie. En effet, l'analyse de l'évolution des traitements psychiatriques montre que certains patients ont une amélioration de leur pathologie connotée par l'arrêt de leurs traitements par hypnotiques ou par antipsychotiques.

En contre partie, l'équithérapie semble être inefficace pour d'autres patients face à l'évolution de leurs troubles car nous notons une augmentation de posologie d'antipsychotiques ou une initiation de traitement par antidépresseurs.

Il existe une difficulté d'interprétation notable s'expliquant par la petite taille de l'échantillonnage, l'hétérogénéité des pathologies étudiées et le manque de précision de certains dossiers cliniques sur le sujet.

Néanmoins, **une nette amélioration comportementale** est à noter. En effet, nous pouvons observer une modification du comportement en lui-même :

- L'anxiété devient plaisir
- L'agitation ; regroupant la colère, la violence, agressivité ; se transforme en décontraction le temps de la séance
- Le repliement sur soi, la tristesse et l'abattement évolue en prise d'initiative, en motivation et en gain de concentration
- Les idées ou hallucinations parasitaires s'estompent

Le contact social dans le groupe mais également avec l'animal est modifié. Nous retrouvons la notion de patients très souriants, volontaires, attentifs, s'investissant au sein du groupe et tactiles avec le cheval.

La présence de l'animal, notamment du cheval pour notre étude, permet de canaliser l'agressivité mais également les hallucinations, les idées noires dont souffrent ces personnes et favorise la communication au sein du groupe mais également avec l'équipe encadrante.

ANNEXES

Annexe I : Items échelle de CARS : Relations sociales ; imitation (verbale et motrice) ; réponses émotionnelles ; utilisation du corps ; utilisation des objets ; adaptation au changement ; réponses visuelles ; réponses auditives ; réponses et modes d'exploitation sensorielle de proximité (goût, odorat, toucher) ; peur ; anxiété ; communication verbale ; communication non verbale ; niveau d'activité ; niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel ; impression générale [8].

Annexe II : Grille de Haag et al. définie quatre étapes [8]:

- I : État autistique sévère
- II : Étape de récupération de la première peau
- III : Phase symbiotique installée avec clivage vertical puis clivage horizontal de l'image du corps
- IV : Phase d'individualisation et de séparation en corps total

A chaque étape, il est noté : l'état de l'image du corps, les symptômes autistiques, les manifestations émotionnelles/relationnelles, l'état du regard, l'exploration de l'espace et des objets, l'état du langage, l'état du graphisme, le repérage temporel, les conduites agressives, la réactivité à la douleur et l'état immunitaire.

Annexe III : Échelle d'Asworth :

1	pas d'augmentation du tonus musculaire
2	légère augmentation du tonus musculaire lorsque le membre est mobilisée en flexion ou en extension
3	augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course musculaire mais le segment de membre reste facilement mobilisable
4	augmentation considérable du tonus musculaire, le mouvement passif est difficile
5	rigidité segmentaire en flexion ou extension, le mouvement passif est impossible

Annexe IV : Échelle d'Évaluation Comportementale Autistique [81]

INDEX

⁴ Les symptômes et leur durée de cette maladie varient d'une personne à l'autre [83]. La plupart des symptômes doivent être présents pendant 1 mois et persister pendant au moins 6 mois. Elle se caractérise par un ensemble de symptômes que l'on décrit comme positifs et négatifs. **Les Symptômes positifs** s'ajoutent aux fonctions mentales normales. Leur présence est anormale. Ils se retrouvent sous forme d'**hallucinations** (entendre des voix ou avoir des visions que personne d'autre ne peut percevoir), d'**idées délirantes** (idées irréalistes non partagées par les autres et persistantes malgré la présence de preuves évidentes qu'elles ne sont pas réelles), de **paranoïa** (impression que d'autres personnes manipulent les pensées ou que l'on contrôle les pensées des autres), de **pensée et discours incohérents** (sauter du coq-à-l'âne), de **préoccupations et comportements bizarres**.

Les Symptômes négatifs se traduisent par la perte ou l'absence d'un comportement attendu. On observe alors une diminution de l'expression des émotions, l'apparition d'émotions inappropriées ou absentes, de difficultés de conversation, un isolement, un retrait social, une perte d'énergie, un manque de motivation. Mais également une absence de plaisir dans les activités sociales, une incapacité à accomplir des activités dirigées, une négligence des soins personnels et de l'hygiène, des troubles d'attention, de mémoire et de concentration, un manque de tolérance à l'effort. Les patients ont des difficultés à planifier et à organiser mais aussi un manque d'autocritique.

⁵ Maladie troublant gravement l'existence psychique de la personne dans les rapports avec elle-même et avec le monde extérieur, comprenant l'altération de la conscience de soi, d'autrui et du monde extérieur, de l'affectivité, de l'intelligence, du jugement de la personnalité se traduisant par un trouble du comportement extérieur, le sujet vivant comme s'il était étranger au monde [84].

⁶ La schizophrénie simple correspondant à une forme peu grave d'hébéphrénie [85]. Bien que la dissociation en constitue le symptôme majeur, le déficit n'est pas total. Celui-ci se fait lentement et apparaît de plus en plus prononcé. Les relations socioprofessionnelles s'appauvrissent. Le sujet s'isole de plus en plus et se replie dans son monde intérieur

(autisme). L'activité délirante y est rare.

⁷ Trouble se traduisant par une excitabilité ou une exaltation d'apparition transitoire [86]. Il s'agit en réalité d'une forme moins importante ou incomplète d'épisode maniaque.

Parmi les symptômes, on retrouve une humeur exaltée plusieurs jours d'affilée, associée à une agitation, la diminution du temps de sommeil, l'hyperactivité, une confiance en soi exacerbée, marquant un changement avec l'état antérieur.

⁸ Une personnalité histrionique se développe en réponse à une quête d'attention intense [86]. Elle se traduit par un besoin d'être au centre de l'attention d'autrui auquel cas le sujet se sent mal à l'aise. La patiente présente un comportement perpétuellement dans la séduction sexuelle et une attitude provocante. Son aspect physique est utilisé afin d'attirer l'attention sur elle. Les personnalités histrionique ont besoin de dramatiser, théâtraliser leur émotions.

⁹ Refus du patient de maintenir un poids au dessus d'un poids minimal normal pour l'age et la taille de l'individu [86]. Cela se traduit par une peur importante de prendre du poids ainsi que par l'altération de la perception de la forme de son propre corps. L'estime de soi est alors fortement influencée par l'image de ce corps. Le patient est très souvent dans le déni de la gravité de sa maigreur.

¹⁰L'obsession peut être une pensée, une impulsion, une représentation ressentie comme intrusive et inappropriée entraînant un état de détresse et d'anxiété [86]. Le sujet tente de réprimer, d'ignorer ces pensées, impulsions ou représentations par la compulsion qui est un comportement répétitifs (fermer la porte à clés, se laver les mains, etc.) ou un acte mental (prier, compter, etc.) que le sujet se sent obligé d'accomplir. Ces compulsions sont censées diminuer la détresse ou empêcher un événement ou une situation redoutée. A noter que les actes mentaux sont sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser et sont manifestement excessifs.

¹¹ Maladie se définissant par l'apparition de cinq signes minimum sur une période de plus de deux semaines [86]:

- Impression de vide
- Sentiment d'être sans valeur, inutile
- Sentiment d'impuissance et de désespoir
- Tristesse

- Difficulté à fonctionner au quotidien
- Perte d'intérêt, perte d'appétit
- Troubles du sommeil, perte d'énergie
- Fatigue
- Pessimisme, pensées suicidaires
- Difficulté à se concentrer, difficulté à prendre des décisions
- Détresse

¹² Réponse à un événement durant lequel l'intégrité physique de la personne a été menacé [86]. Elle y a réagi par une peur intense, un sentiment d'horreur et d'impuissance. Dans ce genre de stress, l'événement est revécu de différentes manières. Cela peut se manifester par un souvenir répétitif et envahissant entraînant la sensation d'un sentiment de détresse. Mais également par des rêves répétitifs ou l'impression que l'événement va se reproduire par le biais d'hallucinations, de flash black... Ce stress se manifeste par des difficultés d'endormissement, une irritabilité/ une colère, des difficultés de concentration, une hyper vigilance.

¹³ Maladie qui se caractérise par des variations de l'humeur hors de proportion avec les événements qu'il vit [86]. Elles atteignent une intensité telle que l'individu ne se rend plus compte que son humeur exubérante ou que sa colère dépassent les bornes, ou encore sa dépression est telle qu'il en est paralysé et hanté par des idées suicidaires.

Classiquement, la maladie compte une phase dite dépressive (bas) et une phase dite maniaque (haut) d'où l'expression maniaco-dépressive ou affective bipolaire.

La phase dépressive est caractérisée par une tristesse de l'humeur, un ralentissement de la pensée mais également un ralentissement moteur.

A l'inverse la phase maniaque se définit comme une exaltation de l'humeur; une accélération du processus de la pensée; une hyperactivité motrice.

¹⁴ Retard mental qui correspond à une déficience du fonctionnement psycho-intellectuel à des degrés divers mais dans un ensemble relativement homogène [86]. Elle souffre également de trouble psychotique de type trouble délirant qui regroupent les symptômes suivants :

- Idées délirantes mais non bizarres. C'est-à-dire, des idées concernant des situations pouvant se présenter dans la vie de tous les jours (penser qu'une vedette est tombée

amoureuse de soi, être trompé par son partenaire, être poursuivi, être contaminé, Ppenser dégager une mauvaise odeur, etc...) associée à des hallucinations

- Impression de brûlure, de contact physique, sensation de froid ou de chaleur, de sentir des odeur, etc..
- Sans comportement bizarre (excepté pour les idées délirantes)

BIBLIOGRAPHIE

1. Dimitrijević I. Animal-assisted therapy – a new trend in the treatment of children and adult. *Psychiatria Danubina* 2009, Vol. 21, No. 2 : 236–241
2. Richard N. La delphinothérapie ou la thérapie assistée par les dauphins. Disponible sur: <http://www.waterplanetusa.com/fr/la-delphinothérapie-ou-la-thérapie-assistée-par-les-dauphins/> (consulté le 25 juin 2015)
3. Duval L., Desnoe F. L'animal peut-il aider l'individu autiste ? État des lieux de l'intervention animale dans la prise en charge de l'autisme en France. Th vétérinaire, Créteil ;2008, 61
4. Grandgeorge M., Hausberger M. Human-animal relationships: from daily life to animal-assisted therapies. Disponible sur http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0021-25712011000400012&script=sci_arttext (consulté le 12 mai 2015)
5. Duval L., Desnoe F. L'animal peut-il aider l'individu autiste ? État des lieux de l'intervention animale dans la prise en charge de l'autisme en France, th. vétérinaire, Créteil 2008 ; 62
6. Lebreton-Abajjane S. Bras dessus, patte dessous : la thérapie facilitée par l'animal : étude et analyse critique de l'exemple du chien d'assistance pour handicapé, Th. médecine, Paris 13 2004.
7. Dimitrijević I. Animal-assisted therapy – a new trend in the treatment of children and adults. *Psychiatria Danubina* 2009 ; Vol. 21, No. 2 : 238
8. Lorin de Reure A. Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelle d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2009 ; p275-286

9. Duval L., Desnoe F. L'animal peut-il aider l'individu autiste ? État des lieux de l'intervention animale dans la prise en charge de l'autisme en France, Th. vétérinaire, Créteil 2008, ; 64
10. Grandgeorge M. and Hausberger M., Human-animal relationships: from daily life to animal-assisted therapies. Disponible sur http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0021-25712011000400012&script=sci_arttext (consulté le 12 mai 2015)
11. Delbourg C., Bouchard C. Les effets bénéfiques des animaux sur notre santé, Michel A, 1995 ; 264
12. Mangez C. , Rousselet-Blanc V. Les animaux guérisseurs. J.C. Lattès , 1992 ; 240
13. Levinson B, Pet-oriented psychotherapy, Springfield, Charles C. Thomas Publishers, LTD, 1997
14. Levinson B, Pets and old age, Mental hygiene, 1969, 53 : 364-8
15. Corson S., Corson E. Pets as mediator of therapy, J. Masserman Ed. Current Psychiatric Therapies. New York, Grune and Stratton, 1979 ; 105-122
16. Delbourg C., Bouchard C. les effets bénéfiques des animaux sur notre santé, Paris, Michel A, 1995 ; 264
17. Desclefs S, Di Ponio M. Equithérapie et delphinothérapie : comparaison de deux méthodes de « zoothérapie » et approche éthique du bien-être animal, Th Vétérinaire, Maison Alfort ; 2006
18. Bustad L.K. Animals, Aging, ans the Aged. University of Minnesota Press, 1980
19. Condoret A., L'animal, compagnon de l'enfant, Ed Fleurus, Paris, 1973 ; 207

20. Duval L., Desnoe F. L'animal peut-il aider l'individu autiste ? État des lieux de l'intervention animale dans la prise en charge de l'autisme en France, Th. Vétérinaire, Créteil, 2008 ; 65-69
21. Cuyvers D. Equus Gestaltung au cœur du troupeau, Numéro spécial de la revue Gestalt, 2013 ; 143-155
22. Illustration du troupeau d'Equus Gestaltung. Disponible sur <http://equus-gestaltung.over-blog.com/> (consulté le 25 septembre 2015)
23. Gagnon AC. Les animaux : rôle médical et social, Point Vétérinaire ; 19 : 705-719
24. Leguillon L., La relation enfant-chien : fondements, répercussions, facteurs d'influence extérieurs, Th.Vétérinaire, Nantes, 2002
25. Khan MA., Farrag N. Animal-assisted activity and infection control implication in a healthcare setting, J. Hospital Infection, 2000 ; 46 : 4-11
26. Reynaud G., Contribution à l'étude de la thérapie facilitée par l'animal : essai de validation dans le cas de handicap mentaux, Th. Vétérinaire, Lyon 2000
27. Morice Guerin S.M. Contribution du cheval à la rééducation des personnes handicapées. Th.Vétérinaire, Nantes 1996
28. Chassaigne R. Physiologie de l'équitation. De son application à l'hygiène et à la thérapeutique., Paris, coll. « Collection des thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, T. 2 », 1870, 118 p., cité par Desclefs S, Di Ponio M p. 30
29. Illustration 2 : Lis Hartel-Host attend sur son cheval lors d'une compétition à l'Harringay Arena près de Londres. Disponible sur http://www.olympic.org/fr/lecteur-multimedia/all-photos/tom-treasures/medal_helsinki_1952/medal_helsinki_1952_3/ (consulté le 27 septembre 2015)

30. Illustration 3 : Lis Hartel aidé de son groom pour descendre de son cheval. Disponible sur <https://simplymarvelous.wordpress.com/2009/02/23/lis-hartel-danish-equestrian-legend-dies/> (consulté le 27 septembre 2015)
31. Biery M.J. Riding and the Handicapped. Vet. Clin. North Am. Small anim pract. 1985, 15 : 345-354
32. Lis Hartel – Athlète olympique. Disponible sur <http://www.olympic.org/fr/lis-hartel> (consulté le 27 septembre 2015)
33. Riding for the Disabled Association, brochure éditée en 2000
34. Description of North American Riding for the Handicapped Association, Inc. (NARHA). Disponible sur <http://www.nchpad.org/Directories/Organizations/2107/North~American~Riding~for~the~Handicapped~Association~Inc~NARHA> (consulté le 13 août 2015)
35. Lallery H. Le cheval et la psychose compte rendu du congrès national handi-cheval : psychose et handicaps, les thérapies avec le cheval. La baule, 2 et 3 octobre 1987, Nantes.
36. M. Delcey, L'accompagnement des personnes handicapées motrices, Ed. APF 2000; 32-3 Disponible sur <http://www.imc.apf.asso.fr/spip.php?article1> (consulté le 25 septembre 2015)
37. Aubard I. Comment est né en France la Thérapie Avec le Cheval. Disponible sur http://www.serpsy.org/piste_recherche/mediations/tac.html (consulté le 13 août 2015)
38. La thérapie avec le cheval. Disponible sur <http://www.fentac.org/presentation.php> (consulté le 13 août 2015)

39. Équicien, un métier reconnu, Revue de la Médiation Équine, Numéro spécial Reconnaissance du métier d'équicien
40. Catalogue Handicheval 2015. Disponible sur <http://www.handicheval.asso.fr/equicien/> (consulté le 13 août 2015)
41. Équicien, formation initiale. Disponible sur <http://www.handicheval.asso.fr/equicien/> (consulté le 13 août 2015)
42. Présentation de la formation d'équithérapeute. Disponible sur <http://www.ifequitherapie.fr/index.php/formation/formation-d-equitherapeute/presentation> (consulté le 10 septembre 2015)
43. Potter J.T., Evans J.W., NOLT B.H Therapeutic horseback riding. J. Am Med.Assoc. 1994 ; 204 : 131-3.
44. Ansorge J., La médiation équine comme outil thérapeutique, Le journal des psychologues 2011 ; 286 : 52-5
45. Thérapie avec le cheval. Disponible sur <http://www.fentac.org/tac.php> (consulté le 12 mai 2015)
46. De Lubersac R. Lallery H. La rééducation par l'équitation. Paris : Ed Crépin-Leblond, 1973 ; 159
47. Fédération nationale handicheval. disponible sur <http://www.handicheval.asso.fr/> (consulté le 12 mai 2015)
48. Niquet Defer F. Équitation thérapeutique et psychiatrie. Th. Médecine., Nancy 2002
49. Funk M.S., Smith B.A. Occupational therapists and therapeutic riding. Anthrozoös. 2000. p13 cité par Desclefs S, Di Ponio M p75

50. Qui sont les équithérapeutes ? Disponible sur <http://www.ifequithérapie.fr/index.php/ressources/mediation-equine/definition-equitherapeute> (consulté le 27 septembre 2015)

51. Différents moyens mis en œuvre pour permettre l'accès à tous à l'équithérapie. Disponible sur <http://equithérapie-ai.over-blog.com/2-index.html> (consulté le 25 septembre 2015)

52. Plus besoin de jambes pour monter à cheval. Disponible sur <http://www.courrier-picard.fr/region/plus-besoin-de-jambes-pour-monter-a-cheval-ia188b0n99299> (consulté le 25 septembre 2015)

53. Séance découverte d'équithérapie. Disponible sur <http://www.retraite-broceliande.fr/seance-decouverte-dequithérapie/> (consulté le 25 septembre 2015)

54. Selle double. Disponible sur <http://equithérapie-ai.over-blog.com/2-index.html> (consulté le 25 septembre 2015)

55. Selle à poignée. Disponible sur <http://equithérapie-ai.over-blog.com/2-index.html> (consulté le 25 septembre 2015)

56. Sur-selle. Disponible sur <http://equithérapie-ai.over-blog.com/2-index.html> (consulté le 25 septembre 2015)

57. Selle ibérique. Disponible sur <http://equithérapie-ai.over-blog.com/2-index.html> (consulté le 25 septembre 2015)

58. Le surfaix. Disponible que <http://www.sellerie-curty.ch/index.php?r=product/view&id=63&cat=1> (consulté le 25 septembre 2015)

59. Le pansage, Institut de formation en équithérapie, Brochure de formation d'équithérapeute 2015

60. L'équithérapie est un soins. Disponible sur <http://www.florencesamynequithérapie.fr/lequithérapie-est-un-soin/> (consulté le 28 septembre 2015)
61. Aubard I., Activité thérapeutique et cheval, Vie Social et Traitement, 2007 ; 94 : 117-120
62. Desclefs S, Di Ponio M., Équithérapie et delphinothérapie : comparaison de deux méthodes de « zoothérapie » et approche éthique du bien-être animal, Th. Vétérinaire, Maison Alfort 2006 ; 70-1
63. Lechner H.E., Feldhaus S., Gudmundsen L., Hegemann D., Michel D., Zach G.A. The short-term effect of hippotherapy on spasticity in patients with spinal cord injury. Spinal Cord. 2003 ; 41
64. Somme des ASV avant et après traitement par hypothérapie. Disponible sur http://www.nature.com/sc/journal/v41/n9/fig_tab/3101492f1.html#figure-title (consulté le 13 mai 2015)
65. Bougard P.M., Roblin M. Re-education of the postural stability of the trunk with equestrian therapy – Evaluation of the efficacy of the technique for improving the postural tonus using an analytical platform. XI international congress, The Complex Influence Of Therapeutic HorseBach Riding 2013, Hongrie
66. Would J. L'amélioration de la marche et des aptitudes fonctionnelles chez des enfants IMC suite à des séances d'hippothérapie, Colloque international de l'accompagnement thérapeutique à l'accompagnement social. Parcours avec le cheval. Amiens le 26 août 2002.
67. Hameury L. et al., Annales Médico-Psychologiques 2010 ; 168 : 655-9
68. Kendall E. et al., Hypotheses about the psychological benefits of horses, Explore 2014 ; 10 : 81-7

69. Boussely L., Étude bibliographique du bien-être chez le cheval, Th. Vétérinaire, Creteil 2003
70. Leblanc M.A., Cheval, qui es-tu ? : L'éthologie du cheval, du comportement naturel à la vie domestique, ed. Belin 2004
71. Charte d'Éthique et de Déontologie des Equithérapeutes. Disponible sur <http://sfequithérapie.free.fr/spip.php?article10> (consulté le 15 juin 2015)
72. Andrieu C., Mal être chez le cheval en équitation et équithérapie, colloque de l'Institut de Formation en équithérapie 2014
73. Heine B., l'hippothérapie : une approche à facette multiples, Kinésithérapie scientifique, 1998 ; 36-40
74. UCP, Research and Educational Foundation. Cerebral Palsy Facts and Figures. Disponible sur www.ucp.org. (consulté le 15 juin 2015)
75. Document réalisé par des professionnels du Réseau R4P dans le cadre de l'Atelier Partage sur le thème Cheval et Handicap, Indications et modalités de l'équithérapie et de l'équitation adaptée pour les personnes en situation de handicap, 2012
76. Définition de la schizophrénie. Disponible sur [http://www.institutsmq.qc.ca/en/maladies-mentales/troubles-
psychotiques/schizophrénie/index.html](http://www.institutsmq.qc.ca/en/maladies-mentales/troubles-psychotiques/schizophrénie/index.html) (consulté le 16 juillet 2015)
77. Dubos A. L'apport de l'observation éthologique en thérapie avec le cheval. Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Thérapeute avec le Cheval, UFR Pitié-Salpêtrière, Université de Pierre et Marie, 1995
78. Tribolet S. , Shalidi M. - Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques, 2005

79. Mini DSM- IV, Masson, Paris,1996

80. Photographie d'un cheval plaquant les oreilles en arrière. Disponible sur <http://a.mazzella.free.fr/equitation/melantoisindex.html> (consulté le 01 octobre 2015)

81. Échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques disponible sur <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2002-1-page-171.htm> (consulté le 27 septembre 2015)

82. Andersson L. Mutations in *DMRT3* affect locomotion in horses and spinal circuit function in mice. *Nature*, 2012 ; 488 : 642-6

83. Définition de la schizophrénie. Disponible sur <http://www.institutsmq.qc.ca/en/maladies-mentales/troubles-psychotiques/schizophrenie/index.html> (consulté en 25 août 2015)

84. Dubos A. L'apport de l'observation éthologique en thérapie avec le cheval. Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Thérapeute avec le Cheval, UFR Pitié-Salpêtrière, Université de Pierre et Marie, 1995

85. Tribolet S., M. Shalidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques, Heures de France, 2005

86. Mini DSM- IV, Masson, Paris,1996

SERMENT DE GALIEN



Je jure, en présence des maîtres de la faculté et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

L'utilisation d'animaux à des fins thérapeutiques, ou zoothérapie, est une thérapie intégrée en parallèle de thérapies traditionnelles. Elle se pratique sous la responsabilité d'un professionnel et cherche à utiliser le rapport privilégié que développe certaines personnes avec des animaux dans un objectif de thérapie physique, sociale ou mentale. L'animal comme médiateur a un impact sur les troubles cardiovasculaires, sur le bien-être psychique comme l'anxiété, la douleur, et sur les troubles psychiatriques comme l'autisme. L'animal facilite le contact entre le patient et son thérapeute, favorise le dialogue et le bien-être.

La thérapie par le cheval s'inscrit dans cette notion de zoothérapie. Le cheval a cette particularité de permettre une thérapie mentale et physique. Lors de handicap physique, le mouvement du cheval permet de muscler de manière harmonieuse et symétrique les muscles abdominaux et lombaires. La pratique de l'équithérapie améliore la spasticité, l'équilibre, la posture et la coordination motrice. Dans le handicap mental, le cheval prend la place de médiateur entre le thérapeute et le patient. Il permet de travailler les principes nécessaires à la construction de l'individu et s'intègre dans la thérapie de personne souffrant de dépression, d'anxiété, de troubles de la personnalité, de troubles de l'humeur.

L'étude de dix dossiers de patients hospitalisés au centre psychiatrique Henri Laborit à Poitiers a pour objectif de montrer l'impact de l'équithérapie sur les troubles psychiatriques dont ils souffrent et leurs traitements. Nous avons mis en corrélation l'évolution de leurs traitements psychiatriques ainsi que leurs comportements avant le début de thérapie par le cheval et au moment de notre période d'observation. Les résultats montrent que peu de modification sur le traitement psychiatrique sont à noter mais que le comportement des patients est sensiblement amélioré notamment sur l'anxiété, l'agitation, la concentration, la décontraction et la motivation.

Mots-clés

Zoothérapie, équithérapie, cheval, troubles psychiatriques, étude de cas clinique