

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE

du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE (décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 31 mai 2016 à Poitiers
par Mme Marie-Pauline DEPAGNE

Thérapie avec le cheval dans le trouble autistique de l'enfant :
à propos d'une expérience en pédopsychiatrie

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

- Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
- Monsieur le Professeur Roger GIL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Florence RAFFENEAU

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens
Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Au président du Jury

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

**Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Centre hospitalier Henri Laborit, Poitiers**

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse et d'apporter votre regard expert à ce travail. La richesse de vos enseignements durant ces quatre années d'internat a été précieuse. Merci d'avoir contribué à développer mon goût pour la discipline pédopsychiatrique. Par ces lignes, je vous prie de recevoir le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

Remerciements

A mes juges

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

**Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,
Service de psychiatrie adulte,
Centre hospitalier Henri Laborit, Poitiers**

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et d'y ajouter vos connaissances et vos apports spécifiques. Je vous remercie de votre investissement dans l'enseignement que j'ai suivi avec intérêt pendant cet internat, ainsi qu'auprès des services de psychiatrie adulte dans lesquels j'ai eu plaisir à travailler.

Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Roger GIL,

**Professeur émérite des Universités, Praticien Hospitalier,
Service de neurologie,
Centre hospitalier Universitaire de Poitiers**

Je vous remercie d'avoir aimablement accepté de participer au jury de cette thèse. J'ai eu le plaisir d'assister à quelques unes de vos interventions inspirantes et captivantes, merci de la richesse que vous nous transmettez à travers elles. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez aux étudiants, notamment en psychiatrie, et de la disponibilité dont vous faites preuve pour nos travaux universitaires. Soyez assuré de mon profond respect et de ma grande considération.

Remerciements

A mon directeur de thèse

Madame le Docteur Florence RAFFENEAU,

Praticien Hospitalier,

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Centre hospitalier Henri Laborit, Poitiers

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir guidée lorsque c'était nécessaire et de m'avoir accompagnée avec rigueur et bienveillance tout au long de ce travail.

Merci également pour tout ce que tu m'as transmis il y a trois ans lors de mon passage à Châtellerault, la richesse de ton enseignement et la dynamique positive que tu insufflais ont grandement contribué à encourager mon inclination pour la pédopsychiatrie.

Sois assurée de mon respect et de ma reconnaissance

Remerciements

Mes remerciements commencent là où mon travail de thèse s'arrête... Merci à celui qui patiemment, pendant 2 mois, garda les enfants, fit le ménage (mais dois-je le remercier pour ça ?), la cuisine et mit de côté le sport pour que je puisse finir à temps. Merci à toi Rémi, je t'aime (bien, ne nous emballons pas) pour ça et pour le reste...

Merci à mon Oscar-gros-loulou pour avoir partagé (avec plus ou moins de bonne volonté) sa maman avec « le cravail » pendant quelques mois. Merci à ma Suzanne d'être arrivée ni trop tôt ni trop tard et d'avoir su faire ses nuits rapidement...

Merci à ma famille, mes parents qui eux aussi eurent leur lot de tâches pendant cette période intense (merci maman pour les corrections à 2h du matin et les interventions baby-sitting improvisées, merci papa pour avoir conduit maman)... Merci surtout pour m'avoir donné une enfance formidable (combien faut il aimer son enfance pour avoir l'ambition de réparer celle des autres ?) et m'avoir transmis votre « goût des autres ». Merci à mes deux grandes sœurs, Fanny et Marjolaine qui m'encouragent à chaque étape de ma vie et ont elles aussi une part de responsabilité dans « qui je suis » (musicalement parlant notamment). Merci à la famille Marion : Gaëtan (même si tu ne veux pas épouser ma sœur) Noé et Milo (mes neveux géniaux). Merci à Sacha de rendre ma sœur heureuse. Merci également aux amis du plateau qui se reconnaîtront, et qui contribuèrent à mon enfance heureuse... « It takes a village » et bien moi j'ai eu un plateau !

Merci à ma belle famille qui elle aussi mit la main à la pâte dans ces mois intenses... Dominique et Lionel merci de votre disponibilité à toute épreuve, votre aide et votre gentillesse me sont précieuses ! Thomas, reviens vite, tu nous manques (ou alors reste et on revient...)!

Merci aux amis de l'enfance, d'abord ma première copine de toute ma vie, Anaïse, (et aussi à son Ahmed, mon adorable filleul Nassim et le petit Adel) puis les copains de l'école (Zozo, Marie B., Marie-Laure, Alexis) du collège (Valentin, Lulu, Juju, Emilie, Marie L.), du lycée (Marion G, Mélinda, Boubou), leurs conjoints et leurs bébés. Vous savez combien vous comptez pour moi, bande de foossas, et combien il me manque de vous revoir et de refaire la fête avec vous, (un jour où je ne serais plus enceinte ou allaitante de préférence).

Et puis merci aux copines de fac, surtout Marine et Titi, qui m'ont rassurée sur le fait qu'on pouvait être en fac de médecine sans être très conforme... Je n'oublie pas la bande de Bristol et notre inoubliable expérience Erasmus, ginger Clem, dark Clem, Danette, and our friends down there at Trelawney's of course...

Un grand merci aussi à ceux qui m'ont fait passer la pilule du déménagement en Poitou Charente : Céline et son Bruno (j'ai été ta première colloc, tu as été ma dernière!), Maxime et sa douce Albane (quelle chance d'être tombée sur toi comme co-interne pour mon premier stage, professeur Rollin. Une pensée pour Hermione), Virginie et son Mathieu (et la jolie Ambre) et puis Maïa (et bise à Leïal), Arsène, Camille D., Vincent, Marion A. (et high five à Simon), Marion C., Lisa (et Martin et câlin à Koubiac), et tous ceux qui à un moment ou à un autre ont contribué à me faire aimer le Poitou, oui oui n'ayons pas peur des mots.

Merci également à tous les copains qui m'ont été maritalement délivrés, quel super cadeau de mariage : David et Julie (et Nabil et Ambre, gratouille à Emile), Oliv et Marion, Karim et Marion (et Adam), Dédé et Servane (et Cloclo et Auguste, salut à Gustave), Mush et Alex, Marion et Fab (et Léon), Charline et Vincent (et Raphaël).

Je souhaite remercier aussi tous les soignants formidables que j'ai rencontrée dans mes stages et qui m'ont fait aimer mon métier encore plus : l'équipe de pédopsy de Niort, le secteur 2 Niortais, la pédopsy de Châtellerauld (mais j'y reviendrai...), les services Calliope et Thalie de Poitiers, la géniale équipe/famille de Mosaïque (qui m'ont nourrie autant que je les ai nourris...), la PMI de Rochefort et enfin la fine équipe du Dr Parry au secteur 3 (quelle fin d'internat en beauté !). Une spéciale dédicace au Dr Lafaurie qui prit le temps de tenter d'enseigner la psychanalyse à un petit singe (sans doute tueur, mais passons), sans trop se décourager. Merci chef pour la maîtrise du monde (même si c'est pas gagné).

Enfin un immense merci à l'équipe de l'hôpital de jour des petits de Châtellerauld. Séverine, Nejda et Pierrick, vous avez été formidables, enthousiastes, accueillants, disponibles, je souhaite à tous les internes de tomber sur des partenaires comme vous lorsqu'ils se lancent dans un travail de thèse. Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Et pour finir, je ne peux pas clôturer les remerciements de ma thèse sur la médiation animale sans citer Leïa ma chienne atopique, Edmond mon lapin borderline et Gilles ma tortue neurasthénique...

« - *Qu'est-ce que signifie " apprivoiser " ?*
- *C'est une chose trop oubliée, dit le renard.*
Ça signifie " créer des liens... " »
Antoine de Saint-Exupéry, *Le petit prince*

Plan

Introduction	1
1ère partie : Les troubles envahissants du développement	3
A) Généralités	4
1. Définitions	4
2. Historique	6
3. Situation nosographique	9
4. Epidémiologie	14
5. Formes cliniques/pathologies associées.....	17
6. Diagnostics différentiels	18
B) Clinique	19
1. Sémiologie classique de l'autisme typique	19
2. Signes précoce d'autisme	23
3. Les autres aspects cliniques de l'autisme	27
C) Hypothèses et recherches étiologiques	30
1. Recherches génétiques.....	30
2. Recherches biochimiques	33
3. Recherches neurophysiologiques et d'imagerie	34
4. Recherches environnementales	37
5. Recherches cognitives	38
6. Recherches et hypothèses psychopathologiques	43
D) Prises en charge	51
1. Principes de base des interventions thérapeutiques.....	51
2. Les interventions psychothérapeutiques.....	53
3. Les interventions éducatives, rééducatives et pédagogiques	56
4. Place du traitement médicamenteux	60

2 ^e partie : La médiation animale chez l'enfant.....	61
A) L'éthologie.....	62
1. Définition.....	62
2. Histoire.....	63
3. Apports de l'éthologie en pédopsychiatrie.....	65
4. L'éthologie équine	73
B) La Zoothérapie	79
1. Définition.....	80
2. Histoire.....	82
3. Les applications pratiques de la zoothérapie en France	84
C) Le lien enfant-animal	87
1. Histoire de la domestication	87
2. Fonctions et compétences de l'animal familial	92
3. Aspect culturel du lien enfant-animal.....	99
4. Bénéfices du lien avec l'animal pour l'enfant en souffrance.....	100
3 ^e partie : La thérapie avec le cheval dans les TED	106
A) La thérapie avec le cheval	107
1. Définitions	107
2. Historique	112
3. Le cheval-symbole.....	116
4. Le cheval-psychique	126
5. Aspects pratiques de la thérapie avec le cheval	133
B) Application dans les TED.....	143
1. Spécificité du travail avec des enfants présentant un TED	143
2. Effets thérapeutiques : données de la littérature	149

4 ^e partie : A propos d'une expérience de TAC chez un groupe de jeunes enfants porteurs de TED	158
A) Introduction	159
B) Matériel et méthode.....	160
1. Population étudiée.....	160
a) D.....	160
b) S.....	163
c) K.....	166
d) En résumé.....	169
2. Modalités d'intervention	170
a) Le projet de soins.....	170
b) Cadre des séances	171
c) Organisation des séances	172
3. Modalités d'évaluations	173
a) Observations clinique sur le groupe équitérapie.....	173
b) Comparaison des scores de la CARS.....	176
C) Résultats.....	176
1. Observations cliniques et échelles d'observations	176
2. Evolution du score au fil des séances.....	183
3. Evolution du score de la CARS	184
D) Discussion	185
1. Analyse des résultats	185
a) Observations cliniques et échelles d'observations	185
b) Evolution du score de la CARS.....	187
c) Evolution générale et comparaison avec d'autres travaux.....	187

2. Réflexion théorico-clinique sur l'efficacité de la thérapie avec le cheval dans le cadre de l'autisme sévère.	188
3. Critique de l'étude et perspectives.....	195
Conclusion	197
Bibliographie	199
Résumé.....	207

Introduction

Les thérapies à médiation animale sont employées depuis une quinzaine d'années dans de nombreux établissements de soins, notamment dans le domaine du soin psychique. Parmi elles, la thérapie avec le cheval est une des formes les plus souvent utilisées, en particulier chez l'enfant. Si cette forme de soin connaît un succès croissant à la fois auprès du grand public, des professionnels de santé, des patients et de leur entourage force est de constater que leur développement est pour le moment plutôt porté par des individus et des réseaux, professionnels du soin ou non, convaincus par les bienfaits du rapport à l'animal et non par des données objectives de bénéfice pour le patient. Pourtant l'ambition thérapeutique de telles formes de prise en charge, et leur inclusion au sein des établissements de soins notamment publics, les soumet à la nécessité de devoir « rendre des comptes » sur leur efficacité et leurs mécanismes d'action. Par ailleurs, lorsqu'elles sont utilisées dans le champ de l'autisme, la question de la légitimité devient cruciale, du fait des recommandations de la Haute Autorité de Santé à ce sujet.

C'est ce paradoxe qui nous a interpellé et nous a poussé à développer ce travail sur un groupe d'enfants présentant un trouble envahissant du développement accueillis en hôpital de jour et participant à une activité de thérapie avec le cheval, en nous plaçant du point de vue objectif du clinicien.

Pour explorer la question de l'efficacité et des mécanismes d'action de la thérapie avec le cheval dans l'autisme, il nous a semblé tout d'abord nécessaire de décrire sur un plan théorique les différentes dimensions de notre sujet. Nous avons en premier lieu défini les spécificités de la pathologie autistique, nous avons ensuite exploré les enjeux de la médiation animale chez l'enfant, avant d'étudier comment la médiation animale pouvait intervenir spécifiquement dans les troubles autistiques, à travers la thérapie avec le cheval (TAC).

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à valider cliniquement nos hypothèses théoriques, à travers l'étude d'un groupe d'enfant présentant un trouble envahissant du développement participant à une activité de TAC. Nous avons donc

analysé l'évolution des enfants au sein de l'activité thérapeutique et d'une manière plus globale dans leur pathologie, en nous basant sur des observations cliniques ainsi que sur la mesure de la CARS, outil d'évaluation validé. Notre réflexion s'est prolongée par l'analyse des moyens d'actions spécifiques à la TAC qui pouvaient induire une amélioration clinique dans la pathologie autistique.

On s'est ainsi posé la question de savoir si la thérapie avec le cheval pouvait induire une amélioration clinique significative chez l'enfant autiste et par quels moyens spécifiques.

1ère partie : Les troubles envahissants du développement

Afin de cerner au mieux notre sujet, il nous paraît important de décrire les caractéristiques générales, cliniques et étiologiques de la pathologie autistique puis d'en étudier les modalités de prise en charge pour comprendre dans quel contexte le soin par la médiation équine dans l'autisme intervient.

A) Généralités

1. Définitions

❖ Les Troubles Envahissants du développement

Les Troubles Envahissants du développement constituent une catégorie diagnostique, composée d'un vaste ensemble de pathologies. Celles-ci se caractérisent par une altération globale des capacités de communication, des perturbations dans la relation aux autres, des activités et des intérêts restreints répétitifs, stéréotypés. Le niveau cognitif peut ou non être impacté, mais le fonctionnement cognitif présente invariablement des particularités. D'un point de vue développemental et comme l'appellation le sous-entend, ces pathologies ont en commun d'altérer progressivement le développement de la personnalité et la capacité d'adaptation de l'enfant à la réalité, constituant sa caractéristique « envahissante du développement ». (1) Dans cette thèse, le terme Trouble Envahissant du développement sera préféré au nouveau terme du DSM V, Trouble du Spectre Autistique, car d'une part c'est ce concept qui est majoritairement utilisé dans la littérature jusqu'ici et que d'autre part c'est celui utilisé par la CIM-X, classification de référence selon les dernières recommandations de l'HAS.(2)

❖ L'autisme infantile

Parmi ces pathologies, l'autisme infantile est la forme « princeps », la mieux connue du grand public, bien que la réalité clinique nous montre une complexité et une variabilité des formes. Le terme d'autisme, dérivé du grec « autos », soi même, est un terme utilisé d'abord par Bleuler en 1911 pour décrire la dimension de retrait et de déconnexion avec la réalité constatée chez les patients schizophrènes adultes. Il sera repris par Kanner en 1943 pour nommer une entité pathologique spécifique de la petite enfance, qui semblait se distinguer de la simple déficience mentale. L'autisme infantile est aujourd'hui défini par une triade de symptômes : altérations qualitatives des

interactions sociales réciproques, altérations qualitatives de la communication et caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités. Ces symptômes doivent survenir avant l'âge de 3 ans.

❖ Les autres formes d'autismes

- L'autisme atypique : il se distingue de l'autisme typique par l'absence d'un des critères de la définition de celui-ci. Cela peut être une atypie en terme d'âge (survenue après 3 ans) ou de symptomatologie (absence de manifestation dans l'un des 3 domaines).
- Le Syndrome d'Asperger : il s'agit d'une forme d'autisme dans laquelle on ne constate ni déficit du développement langagier ni déficit mental global. Le développement de l'enfant peut être perçu comme normal pendant les 3 premières années de vie. On constate parfois, sans que cela ne participe obligatoirement au diagnostic, des compétences particulières isolées, des intérêts inhabituels et intensément investis.
- Le Syndrome de Rett : c'est un syndrome génétiquement déterminé, atteignant les filles uniquement, qui est caractérisé par un arrêt précoce du développement après une période de développement normal jusqu'aux 5 mois de l'enfant. On constate alors une décélération de la croissance crânienne, une perte des compétences fonctionnelles manuelles intentionnelles acquises, ainsi qu'une perturbation concomitante de la communication et des interactions sociales. On observe l'installation d'un déficit langagier et psychomoteur profond ainsi que des mouvements stéréotypés des mains sur la ligne médiane.
- Les autres troubles désintégratifs de l'enfance : ils se caractérisent par un développement normal jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans suivi d'une perte manifeste, significative et durable des acquisitions dans plusieurs domaines (langage, jeu, compétences sociales, contrôle sphinctérien, capacités motrices) associée à des anomalies du comportement social similaires à celles décrites dans l'autisme typique.

- Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés: cette catégorie diagnostique fort discutée sur le plan de sa validité n'est présente que dans la CIM. Elle est définie par un retard mental prononcé, associé à une hyperkinésie et un trouble de l'attention majeur, ainsi qu'à des mouvements stéréotypés. (3)

2. Historique

Historiquement, la notion de « troubles envahissant du développement » est issue du cheminement sémiologique, sémantique et diagnostique autour du concept de psychoses infantiles. On peut distinguer 4 périodes historiques dans ce cheminement :

Il débute à la fin du XIXe, à une époque où la pathologie infantile est traitée sous l'angle de l'« idiotie », de la « débilité », de l'« arriération » ou encore de l'« imbécilité ». Du fait de cette orientation privilégiant l'idée d'une tare congénitale, les réponses apportées sont avant tout sanitaires, visant à isoler dans des établissements les enfants anormaux. (1) En France, quelques entreprises de collaboration médico-éducative voient le jour sous l'influence de Bourneville à Bicêtre, mais sont rapidement abandonnées. La théorie d'une « hérédité dégénérative » trouve un écho particulier aux Etats-Unis car entrant en résonance avec le succès des dogmes calvinistes, notamment l'idée de la maladie comme expiation de péchés commis par de lointains ancêtres, créant des généalogies pathologiques, marquées par la tare. Ces idées trouvent leur apogée dans le développement de thèses eugénistes, qui prospèrent à la fin du XIXe siècle aux Etats Unis. Il ne s'agit alors plus de simple ségrégation des anormaux, mais de campagnes de stérilisation. (Si les eugénistes Américains ne font qu'envisager l'élimination des idiots, dans un processus d'« assainissement » de la nation, on sait que le régime nazi quelque temps plus tard inscrira dans les actes ces « hypothèses de travail ». La prise de conscience face à l'horreur des crimes nazis aura pour effet de rendre intolérable ces idées et mettra un coup d'arrêt aux politiques eugénistes.) (4)

Puis au début du XXe siècle, on voit apparaître les premières recherches sur une forme infantile de schizophrénie (« démence précocissime » de Sante de Sanctis en 1905, « démence infantile » de Heller en 1908 ; « schizophrénie de l'enfant » de Potter en 1933 puis de Lutz en 1936), s'appuyant sur un modèle adulte. Cette recherche se heurte

à plusieurs obstacles cliniques, en premier lieu celui de l'absence ou de la rareté du délire chez l'enfant, élément clé dans la symptomatologie schizophrénique adulte et en deuxième lieu l'impossibilité d'appliquer la notion de « démence » à l'enfant, notion pourtant centrale dans la description de la démence précoce et de la schizophrénie adulte. C'est une période où chez l'enfant on parle encore volontiers d'« idiotie » ou de « débilité », notions s'opposant à la démence par leur caractère inné, présent dès la naissance. (1) (5) Néanmoins, on remarque dans les concepts développés une prise de distance avec les partisans des thèses constitutionnalistes. Apparaissent alors, notamment aux Etats Unis, en réaction aux dites thèses constitutionnalistes et sous l'impulsion des premières publications psychanalytiques de Freud, les premières thèses impliquant l'environnement familial, racines des dérives « familialistes ». (4)

Ce cheminement se poursuit au milieu du XXe siècle, avec le développement des thèses psychopathologiques, sous l'influence notamment du succès des théories freudiennes. C'est dans ce contexte qu'apparaît la description princeps de l'autisme infantile par Kanner en 1943. Leo Kanner, psychiatre austro-hongrois, reprend donc le terme « autisme », utilisé originellement par Bleuler pour décrire la dimension de repli sur soi des schizophrènes adultes, afin de qualifier la série d'enfants qu'il observe dans le service de pédiatrie d'un hôpital universitaire qu'il dirige à Baltimore. Il postule que ces 12 enfants ne sont ni arriérés mentaux, ni schizophrènes précoces, mais bien porteurs d'un trouble non encore identifié, se basant sur le modèle de certaines maladies somatiques récemment découvertes, comme la phénylcétonurie. Il suppose que ces enfants contrairement aux apparences sont normalement intelligents mais ne peuvent répondre aux tests psychométriques standard qui ne leur sont pas adaptés. Enfin il décrit les 2 symptômes cardinaux de l'autisme infantile : l'isolement (loneliness) et l'immuabilité (sameness). Un an plus tard, Hans Asperger écrit « *Les psychopathies autistiques pendant l'enfance* », ouvrage qui décrit de manière similaire des enfants « manquant d'empathie, ayant une faible capacité à se faire des amis, une conversation unidirectionnelle, une forte préoccupation vers des intérêts spéciaux et des mouvements maladroits. ». Les patients qu'il décrit, quoique proches des cas de Kanner, s'en distinguent par une meilleure adaptabilité au monde extérieur, un meilleur fonctionnement cognitif. (6) S'ouvre alors une période où l'autisme est de façon unanime placé dans le sillon du concept de psychose infantile. Cette unanimité

n'empêche pas le débat idéologique entre les partisans d'une organogénèse exclusive, opposés aux défenseurs d'une origine psychopathologique. Ce concept de psychose infantile s'unifie autour de l'idée psychodynamique d'un « noyau psychotique » ou d'un fonctionnement psychique « archaïque » chez les patients. A partir de cette unité de conception viennent néanmoins se détacher différents ensembles sémiologiques, parmi lesquels les « psychoses infantiles précoces non autistiques » et les « psychoses symbiotiques » de Mahler en 1969, la « psychose à expression déficitaire » de Misès en 1970 ou l'autisme secondaire régressif de Tustin en 1977. (1) Sous l'influence de ce mouvement idéologique, les institutions spécialisées se remodelent, en proposant des soins tournés à la fois vers l'éducatif, le pédagogique et la psychothérapie. C'est le cas notamment de Bettelheim à l'école orthogénique de Chicago. (4)

La 4^e période historique se situe à la fin des années 1970, lors de la création des classifications internationales (CIM) et américaines (DSM), au cours de l'émergence desquelles trois phénomènes viennent déconstruire la vision unifiée des psychoses infantiles de la période précédente :

- d'une part la multiplication des diagnostics différentiels (syndrome d'Angelman, de l'X fragile..) qui sortent du champ de la catégorie nouvellement formée des Troubles Envahissants du Développement.
- d'autre part la multiplication des formes cliniques décrites (syndrome d'Asperger et trouble désintégratif de l'enfance dans le DSM et la CIM, hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés dans la CIM, dysharmonie psychotique dans la CFTMEA).
- enfin la disparition de toute référence sémantique au concept de psychose, laissant en suspens la question des psychoses de l'enfant (symptômes apparaissant entre 6 et 12 ans) à laquelle ne répond qu'en partie la création de la catégorie des psychoses précoces, rattachée aux psychoses adultes. (1)

Cette période est également marquée par l'apparition d'associations de parents d'enfants autistes, d'abord aux Etats Unis puis en France, qui naissent en réaction aux théories psychogénétiques caricaturales et aux conceptions « familialistes » qui ont émergé au cours des périodes précédentes. La notion de « mères schizophrénogène » ou encore l'évocation lors de la description fondatrice de Kanner d'une « refrigerator

mother » accompagnée d'un père intellectuel, absent, préoccupé par sa carrière plus que par son enfant, sont autant de concepts sans doute anecdotiques dans l'apport théorique général des théories psychodynamiques, mais ayant laissé pour les parents d'enfants autistes une image agressive, culpabilisante voire accusatrice. Sous l'influence de ces associations s'amplifiera alors le mouvement tendant à ramener l'autisme vers le handicap fixé, avec comme conséquence le passage du soin psychique global vers une prise en charge éducative et comportementale exclusive. (4)

L'entité clinique a donc connu plusieurs « révolutions », depuis ses débuts pré-historiques, dominés par l'idée d'idiotisme et la recherche d'analogie avec la schizophrénie adulte, suivie d'une période d'unicité où les auteurs s'accordent autour de l'idée d'un noyau psychotique archaïque, pour aboutir à une situation plus « éclatée » du cadre nosologique, avec notamment l'exclusion des psychoses précoces du champ des troubles envahissants du développement.

3. Situation nosographique

Comme nous avons pu le mettre en évidence, la difficulté dans le classement nosographique des Troubles Envahissants du Développement réside dans la multiplicité de ses formes cliniques, complexité à laquelle se rajoute la variabilité entre les différentes classifications utilisées par les professionnels. Depuis l'introduction de l'autisme en 1975 dans la 9^e version de la Classification Internationale des Maladies, jusqu'à aujourd'hui, de nombreux remaniements ont eu lieu, témoignant de la complexité pour préciser et unifier les catégories. Voici la place actuelle du Trouble Envahissant du Développement dans les principales classifications françaises et internationales :

❖ Dans la CIM:

La CIM, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, est une classification médicale codifiée classant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. C'est la classification publiée par l'OMS, qui se veut descriptive et athéorique. C'est en 1975 que

l'autisme apparaît officiellement dans les classifications psychiatriques, introduit dans la 9^e édition de la CIM, parmi les psychoses spécifiques de l'enfant.

La version actuellement en usage, la CIM-10, date de Mai 1990. Une nouvelle version mise à jour, la CIM-11, devrait voir le jour en 2018. Dans ses recommandations de bonne pratique, la Haute Autorité de Santé française indique la CIM-10 comme classification de référence pour la prise en charge des TED.

La CIM-10 consacre son chapitre F8- aux Troubles du développement psychologique et son sous-chapitre F.84 aux Troubles Envahissants du Développement. Dans cette classification, les diagnostics sont mutuellement exclusifs.

Elle reconnaît 5 sous-catégories de F84.0 à F84.5 ainsi que 2 catégories annexes de F84.8 à F84.9. (7)

- F80-84 : Trouble du développement psychologique
 - F84 Troubles envahissants du développement
 - F84.0 Autisme infantile
 - F84.1 Autisme atypique
 - F84.2 Syndrome de Rett
 - F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance
 - F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
 - F84.5 Syndrome d'Asperger
 - F84.8 Autres troubles envahissants du développement
 - F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision

❖ Dans le DSM

Le DSM est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, il est édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). C'est dans la 3^e version du DSM, paru en 1980 que l'on trouve la première mention des troubles autistiques. Sortant alors complètement ce trouble du champ de la psychose de l'enfant, le DSM introduit la notion de « pervasive developmental disorder », d'abord traduit par « troubles globaux du

développement » puis par « troubles envahissants du développement » dans le DSM III-R en 1987. La cinquième et dernière version date de Mai 2013 et sa version traduite en Français a été publiée en Juin 2015. Rappelons également que dans cette classification les diagnostics sont mutuellement excluants.

Jusqu'alors, le DSM-IV (publié en 1994) consacrait son 1^{er} chapitre aux « troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence ». Au sein de ce chapitre, la 5^e partie était consacrée aux troubles envahissants du développement, parmi lesquels on distinguait 5 sous catégories :

- Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, deuxième enfance ou adolescence
 - Trouble Envahissant du Développement
 - Trouble autistique [299.00]
 - Syndrome de Rett [299.80]
 - Trouble désintégratif de l'enfance [299.10]
 - Syndrome d'Asperger [299.80]
 - Trouble envahissant du développement non spécifié [299.10]

Cette catégorisation, quoique légèrement différente de celle de la CIM, permettait néanmoins une certaine analogie entre les classifications, la possibilité d'une lecture transversale d'une catégorie à l'autre.

Le DSM-V vient profondément bousculer cette logique. En effet la nouvelle version du DSM V inclut dans sa partie « Troubles neuro-développementaux » une seule et unique catégorie « Trouble du spectre autistique », dans une volonté de se placer dans une dynamique dimensionnelle plutôt que catégorielle et devant le manque de constance et de validité des sous groupes précédemment inclus.

Dans cette approche catégorielle, les Troubles du Spectre Autistique seront spécifiés par le professionnel au moment du diagnostic selon :

- la sévérité de la pathologie :
 - Nécessite un soutien très substantiel (Niveau 3)

- Nécessite un soutien substantiel (Niveau 2)
- Nécessite un soutien (Niveau 1)
- le fonctionnement intellectuel :
 - Avec déficit intellectuel
 - Sans déficit intellectuel
 - les capacités de langage :
 - Description du niveau langagier
- l'association ou non avec une autre pathologie
 - Médicale (épilepsie)
 - Génétique (syndrome de Rett, syndrome de l'X fragile, syndrome d'Angelman, sclérose tubéreuse de Bourneville)
 - Environnementale (complications ante ou post-natales...)
- la présence ou non de comorbidités :
 - TDAH
 - Troubles anxieux, dépression
 - Dyspraxie...

On constate la disparition du syndrome d'Asperger et du trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome de Rett est considéré comme une pathologie associée. (8)

❖ Dans la CFTMEA

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent parue en 1988 est une classification française, établie sous la direction du Pr Roger Misès, en complément des classifications internationales, dans un esprit psychodynamique plus marqué que ses équivalents. C'est notamment la seule classification qui admet une certaine souplesse dans les diagnostics, reconnaissant la possibilité d'un passage d'un diagnostic à l'autre pendant l'évolution de l'enfant et de sa pathologie.

Jusqu'à la version de 2010, la CFTMEA fait apparaître les troubles autistiques dans la catégorie des psychoses précoces (9), puis la révision de 2010 (dans une volonté de faire correspondre la CFTMEA et la CIM 10) fait cohabiter les termes « Psychose

précoces » et « Troubles envahissants du développement ».(10) En 2012 paraît la version la plus actuelle, la CFTMEA-R 2012. Dans cette dernière révision, la référence aux psychoses de l'enfant est ôtée, les troubles psychotiques formant alors une catégorie à part entière et distincte des troubles autistiques. Cette séparation est pensée dans un souci d'homogénéité avec les autres classifications mais aussi et surtout dans l'idée d'enlever toute connotation jugée stigmatisante pour les enfants. Voici donc la classification des TED dans la CFTMEA-R 2012 (11):

- 1. Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence
 - 1.0 Autisme et troubles envahissants du développement (TED)
 - 1.00 Autisme infantile précoce – type Kanner
 - 1.01 Autres formes de l'autisme
 - 1.02 Autisme ou TED avec retard mental précoce
 - 1.03 Syndrome d'Asperger
 - 1.04 Dysharmonies multiples et complexes du développement – dysharmonies psychotiques
 - 1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance
 - 1.08 Autres troubles envahissants du développement
 - 1.09 Troubles envahissants du développement non spécifié

Cette classification est très voisine de la CIM-10. (12)

Ainsi à travers la diversité et la complexité des catégorisations selon les classifications actuelles on comprend la difficulté clinique à poser un diagnostic nuancé mais précis pour un enfant. D'ailleurs, on constate un recours très important au diagnostic de TED non spécifié, témoin d'une certaine incertitude, lors du diagnostic initial des enfants. Si la CIM-X et la CFTMEA-R 2012 parviennent à un certain accord (si l'on exclut le diagnostic des « Dysharmonies multiples et complexes du développement » de la CFTMEA et le diagnostic d'« Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés » dans la CIM X qui restent des items « isolés »), les nouveautés du DSM V viennent perturber cette unité, dans un mouvement certes « facilitant », mais avec le risque non négligeable d'une indifférenciation entre des

profils cliniques fort différents pour lesquels la prise en charge ne saurait être unique, stéréotypée.

4. Epidémiologie

❖ Prévalence

Les données épidémiologiques de prévalence se heurtent aux mêmes difficultés que la place nosologique du TED. En effet on constate deux phénomènes épidémiologiques :

- D'une part une relative stabilité du diagnostic d'autisme typique qui, selon les critères de référence, aurait une prévalence estimée à environ 20 pour 10000
- D'autre part une augmentation constante depuis plusieurs dizaines d'années du diagnostic de TED, avec une prévalence estimée selon les auteurs à 63 pour 10000, les dernières données évoquant une prévalence de 1 pour 100, voire de 1 pour 88 selon les dernières études de veille sanitaire aux Etats Unis. (6)

Ces données posent alors les questions suivantes : si l'autisme typique reste stable, quels sont les diagnostics venant faire augmenter la prévalence des TED, et si les TED augmentent, quels en sont les raisons ? Les auteurs font les constatations et hypothèses suivantes(13) :

La méta-analyse de 43 études faite par Fombonne en 2009 montre les résultats suivants(14) :

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| ○ Autisme typique : | 20.6 cas pour 10000, |
| ○ Trouble désintégratif : | 0.2 cas pour 10000 |
| ○ Syndrome d'Asperger : | 6 cas pour 10000 |
| ○ Autisme atypique : | 37,1 cas pour 10000 |
| ○ => Total des TED : | 63 pour 10000 |

On constate donc une prévalence de l'autisme atypique plus importante que celle de l'autisme typique et c'est également ce diagnostic qui semble croître au fur et à mesure des années d'observation épidémiologique.

Concernant l'augmentation des TED, notamment des TED atypiques ou non spécifiés, on peut avancer les hypothèses suivantes :

- Les progrès en terme d'outil de dépistage, d'organisation des systèmes de soin pédopsychiatrique, de sensibilisation des partenaires de la pédopsychiatrie (pédiatres, médecins généralistes, PMI, système scolaire) et de connaissance de la pathologie ont permis une augmentation de la détection des troubles autistiques, et ce, de façon plus précoce.
- L'élargissement des critères diagnostiques au fur et à mesure des DSM favorise l'inclusion de patients dans la catégorie des TED, non spécifiques notamment. En effet on constate pour le passage du DSM IV au DSM V des modifications importantes dans les critères diagnostiques, notamment
 - la disparition du critère d'âge
 - DSM IV : début des troubles avant 3 ans
 - DSM V : début des troubles dans l'enfance mais pouvant n'être diagnostiqués qu'à l'âge adulte
 - le passage de 3 critères diagnostiques à 2
 - DSM IV :
 - Altération qualitative des interactions sociales
 - Altération qualitative de la communication
 - Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités
 - DSM V :
 - Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales
 - Comportements stéréotypés et intérêts restreints
- Dans certains pays, l'inégalité des moyens alloués aux prises en charge selon les pathologies psychiques pourrait influencer les médecins, orientant plus d'enfants vers les diagnostics de TED afin de faciliter l'accès aux soins.

- Enfin, les modifications environnementales sont également évoquées comme facteur d'augmentation. Si l'on peut douter de la si rapide modification de la pression de sélection sur la génétique, en comparaison à l'augmentation rapide des cas de TED, on peut néanmoins citer quelques pistes de recherches dans les facteurs de risques environnementaux : amélioration des réanimations néonatales, exposition à des toxiques... (13)

❖ Sex Ratio :

On estime le sex ratio à 4 garçons pour 1 fille, sachant que ce rapport s'équilibre à mesure que la déficience intellectuelle augmente. C'est à dire qu'on trouve plus de garçons autistes ayant peu ou pas de retard mental que de filles, mais qu'il semble y avoir une égalité de distribution entre filles et garçons autistes déficitaires. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une meilleure adaptation de « surface » des filles, voire une certaine tolérance sociale pour certains traits autistiques chez les filles, alors que le déficit mental viendrait exposer la pathologie pour les 2 sexes. (1)

❖ Etudes longitudinales

Les études longitudinales qui suivent l'évolution des enfants diagnostiqués autistes jusqu'à l'âge adulte montrent qu'à l'âge adulte, environ 2/3 des patients restent sévèrement handicapés et qu'environ 10% ont un fonctionnement social et professionnel satisfaisant.

Les études montrent l'importance de 2 facteurs pronostiques essentiels : le niveau intellectuel et le niveau de développement du langage. En effet les études tendent à prouver qu'un QI inférieur à 50 au moment du diagnostic ainsi que l'absence de développement d'un langage communicatif avant l'âge de 5 ans sont des éléments de mauvais pronostics, avec un fort risque de handicap sévère à l'âge adulte. D'autres facteurs comme la précocité et l'intensité des symptômes initiaux semblent inconstamment retrouvés comme facteurs pronostiques.

Enfin, si la plupart des études montrent une certaine stabilité dans l'évolution clinique des patients, certaines études montrent dans une petite proportion une détérioration clinique à l'adolescence, avec perte du langage, inertie, perte du niveau d'activité et d'autonomie et parfois détérioration intellectuelle. (5)

5. Formes cliniques/pathologies associées

Ici, on a pris le parti de rassembler dans une même catégorie les différentes formes cliniques et les pathologies fréquemment associées aux troubles autistiques, car ces 2 catégories nous semblent difficilement dissociables dans le sens où encore une fois, le tri des pathologies dans l'une ou l'autre des catégories est soumise à interprétation. En effet si l'on prend l'exemple du retard mental, l'on pourrait aussi bien considérer l'autisme avec déficience mentale comme une forme clinique à part entière, ce qui à l'opposé renforcerait la validation du syndrome d'Asperger comme entité diagnostique, ou comme une co-occurrence, une pathologie fréquemment associée. Idem pour les troubles psychiatriques type troubles anxieux ou dépressifs : il se pose la question de savoir si leur diagnostic chez un patient porteur d'autisme vient révéler une simple co-occurrence, une conséquence psychique de la maladie ou encore si les manifestations autistiques et anxieuses ne formeraient pas deux versants d'une même construction psychique.

- Retard mental : il concerne 70% des patients autistes typiques, se répartissant en 40% de retard profond et 30% de retard léger. Le retard mental est moins fréquent lorsque l'on prend en compte la catégorie des TED non spécifiés.
- Epilepsie : les crises comitiales concerneraient entre 5 et 40% des patients avec TED, seraient plus représentées chez les filles et seraient corrélées avec une déficience mentale plus importante. Il existe deux pics de risque, l'un dans la petite enfance avant 5 ans, l'autre à l'adolescence. A noter que les statistiques reflètent assez mal le risque réel de crises comitiales au cours d'un autisme, au vu de la grande hétérogénéité de la répartition du risque selon les catégories diagnostiques. En effet, si le risque de développer une épilepsie est estimé à 90% dans le syndrome de Rett, il n'est que de 4% dans le syndrome d'Asperger.
- Troubles du sommeil : ils seraient observés chez un très grand nombre de patient autistes, à hauteur de 86% selon certaines études.

- Autres troubles psychiatriques: un autre trouble psychiatrique serait présent dans 50 à 75% des cas, avec en tête les troubles anxieux et dépressifs (surtout chez l'adulte ne présentant pas de retard mental) et les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité.
- Syndromes génétiques: les plus fréquents sont le syndrome de Rett, le syndrome de l'X fragile et la sclérose tubéreuse de Bourneville, mais d'autres anomalies génétiques ont pu être retrouvées chez certains patients porteurs d'autisme. Cette association justifie la prescription de tests génétiques complémentaires au cours d'un diagnostic d'autisme. (3) (1)

6. Diagnostics différentiels

On évoquera ici les pathologies qui ont des manifestations voisines du trouble autistique mais qui s'inscrivent dans un autre contexte (somatique, environnemental, développemental) permettant de les distinguer en tant que diagnostic principal. Il est néanmoins à noter que ces pathologies peuvent venir s'intriquer avec un trouble autistique au cours du développement de l'enfant. Il convient donc d'évaluer prudemment ce qui relève des manifestations d'allure autistique s'inscrivant dans les troubles que nous allons décrire, du développement d'un réel autisme secondaire auxdits troubles, nécessitant alors une double prise en charge.

❖ Troubles sensoriels :

- Surdité: l'absence de langage et de réaction apparente à la voix ou aux stimulations auditives, les comportements de retrait et parfois le développement de stéréotypies sont autant d'éléments proches du comportement autistique. Un bilan audiométrique complémentaire permet de faire le diagnostic.
- Cécité: elle peut s'accompagner de manifestations telles que des stéréotypies, des comportements de retrait voire des mouvements d'autostimulation.

❖ Dysphasies graves :

Elles se caractérisent par des perturbations majeures du langage, et sont théoriquement isolées. Les enfants dysphasiques montrent souvent un intérêt pour la relation et des capacités d'interactions non verbales intactes qui les différencient nettement des enfants autistes.

❖ Carences infantiles et dépression du nourrisson :

La passivité, l'inertie motrice, l'absence d'expressions mimiques peuvent se rencontrer dans la dépression anaclitique du tout petit ou dans la carence affective grave. Le diagnostic différentiel se fera à la fois sur l'étude du contexte environnemental mais aussi sur la réaction de l'enfant à la stimulation relationnelle insistante, l'enfant déprimé ou carencé ayant plutôt tendance à sortir de son retrait, tandis qu'on constatera une augmentation du retrait chez l'enfant autiste.

❖ Encéphalopathies :

Comme nous avons pu le voir précédemment, des encéphalopathies génétiques graves (Syndrome de l'X fragile, Syndrome d'Angelman...) peuvent s'accompagner de manifestations autistiques. Ces syndromes ont d'ailleurs été classifiés au sein des catégories diagnostiques des troubles autistiques, puis retirés, seul le syndrome de Rett y est resté. (1)

B) Clinique

1. Sémiologie classique de l'autisme typique

❖ Les Troubles du contact :

Le retrait autistique est l'élément clé de la sémiologie. On observe des altérations dans les interactions sociales aboutissant à un isolement :

- Au niveau facial : on constate un évitement du regard, une absence de poursuite oculaire des visages, une absence d'expression faciale et d'échange de mimiques. Le regard est lointain, il semble vide.
- Au niveau corporel : il est observé une absence de contact et d'échange tonique, un dialogue tonico-postural inopérant. Le contact corporel est

source de crainte et d'évitement et l'on constate des manifestations d'angoisse ou d'agressivité lorsque le contact physique est provoqué.

- Au niveau relationnel : l'enfant se comporte comme si l'autre n'existait pas, ne cherche pas à attirer l'attention, n'imité pas l'autre et met en place des conduites d'évitement actives lorsqu'il est sollicité. Les enfants ne semblent pas manifester de plaisir dans la relation, ne semblent pas partager d'intérêt commun avec leur interlocuteur, ce qui se manifeste dans l'absence de pointage. Au maximum, l'autre est utilisé comme un objet ou comme un prolongement de l'enfant (utilisation de la main de l'adulte pour effectuer une tâche), parfois en utilisant une partie segmentée du corps de l'autre (cheveux, mains...) . (1)

❖ Les troubles de la communication et du langage

Les troubles du langage sont quasiment constants mais peuvent revêtir différents aspects, selon l'âge de l'enfant, le moment évolutif du trouble et la profondeur du trouble. Le langage n'apparaît pas à l'âge habituel et l'on ne note aucune tentative de communication par un autre moyen, gestuel ou mimique. Le jeu de « faire semblant » ou d'imitation sociale est absent.

Pour une partie des enfants, le langage n'apparaît jamais. Lorsqu'il est acquis, le langage présente un certain nombre de particularités, assez caractéristiques du trouble autistique :

- Le versant réceptif du langage peut être en partie préservée, la compréhension étant souvent corrélée au niveau cognitif. Néanmoins on note un certain nombre de particularités : l'enfant comprend surtout les ordres simples, les mots concrets, les injonctions directes. Tout ce qui est de l'ordre de l'échange plus complexe, notamment l'utilisation de concepts abstraits, de l'implicite, du second degré humoristique, des échanges sur les émotions entraîne une perplexité voire un refus.
- Le versant expressif quant à lui ne possède qu'une faible valeur communicative et est marqué par les anomalies suivantes :

- La répétition écholalique : l'enfant répète en écho de façon quasi littérale et avec la même intonation une phrase ou un segment de phrase entendu antérieurement. Cette écholalie peut être immédiate ou différée, intervenant alors totalement hors contexte, et donnant une impression d'étrangeté et d'incohérence à l'intervention. Dans un article de 1946 (15), Kanner décrit ces phénomènes d'écholalie, mais précise que l'on peut envisager que malgré l'impression d'incohérence pour l'observateur extérieur, le sens de l'intervention de l'enfant peut être compris en retrouvant le contexte de la situation concrète vécue par l'enfant la première fois qu'il a entendu la phrase. Il émet l'hypothèse que cette intervention revêt le sens d'une substitution métaphorique dont le sens est personnel à l'enfant et directement lié à son expérience, et donc non communicable à autrui.
- L'inversion pronominale : le « je » est rarement employé par l'enfant qui parle de lui à la 2^e ou 3^e personne, utilisant fréquemment son prénom pour se nommer lui même
- La syntaxe : elle reste souvent pauvre, retardée par rapport à l'âge, on peut observer l'usage de « phrases-mots ».
- La prosodie : elle est souvent monotone, saccadée dénuée de la musicalité habituelle.
- Le contenu : bien souvent, il est concret, utilitaire voire dénué de but communicationnel. L'expression d'émotions est absente, à l'exception parfois d'expression d'angoisses. Il arrive que certains enfants grâce à leur excellente mémoire verbale récitent de longues séries de mots, de listes d'objet, de paroles de chansons qu'ils sont incapables d'utiliser à but de communication.
- Le néo-langage : il arrive que certains enfants surinvestissent le langage en développant une langue idiosyncrasique, par accolage de mots suivant leur assonance ou par condensation de mots. La signification de ce néo-

langage est évidemment personnelle à l'enfant et impossible à partager par l'autre. (1)

❖ La restriction des intérêts, des comportements et les stéréotypies

Le trouble autistique se définit également par des bizarreries de comportement et d'intérêts caractérisées par leur aspect répétitif, rythmé, immuable et restreint.

- L'immuabilité: l'enfant autiste semble avoir un besoin impérieux de maintenir son environnement stable et inchangé. On constate des mouvements de colère, d'agressivité ou d'angoisse à l'occasion de changements même minimes tels la modification de l'organisation d'une pièce, d'un trajet, d'une coiffure... Ces réactions de détresse peuvent aussi avoir lieu au cours de la survenue d'un évènement surprenant comme un bruit inopiné ou l'arrivée imprévue d'un étranger. Kanner soulignait à ce propos l'extraordinaire mémoire dont pouvait faire preuve certains patients concernant l'état initial de leur environnement, puisqu'ils y décelaient d'infimes changements.
- La restriction des centres d'intérêts: les enfants utilisent des objets particuliers (fil de fer, partie de jouet), de façon redondante et parfois détournée de leur usage initial (roue de petite voiture tournée à l'infini...). Les objets sont parfois utilisés pour un de leurs aspects seulement, sensoriel le plus souvent, comme lorsqu'un enfant cherche une sensation de surface sur un objet rugueux, flaire un objet ou est attiré par la vibration ou le bruit répétitif d'un objet. Il est également fréquent que les enfants développent un intérêt particulier pour un secteur précis, parfois inattendu (monde sous marin, marque de voiture...) et ils peuvent parfois avoir des connaissances impressionnantes dans leur domaine de prédilection si leurs capacités cognitives le permettent. Il y a peu de jeu spontané, pas ou peu de jeu symbolique ou d'imitation des activités de la vie quotidienne.
- Les stéréotypies: ce sont des gestes exécutés de façon rythmique et répétée, plusieurs fois dans la journée, touchant surtout le tronc, la tête ou les

extrémités, semblant provoquer à l'enfant une intense excitation et satisfaction. Elles peuvent être très variables d'un enfant à l'autre mais l'on constate le plus souvent de mouvements de tournoiement sur soi même, de balancement du tronc, des gestes de tapotage ou de grattage, des mouvements d'agitation de doigts devant les yeux ou des mouvements de mains pouvant faire penser à des battements d'aile (flapping). On peut également constater des stéréotypies verbales chez les enfants ayant acquis le langage. On observe parfois, notamment chez les enfants autistes présentant un retard mental profond des comportements stéréotypés auto agressifs (se frappant la tête avec les membres, se griffant, se mordant...)
(1)

2. Signes précoce d'autisme

Le diagnostic est souvent porté autour de 2 ans, mais il est souhaitable et possible de repérer les signes les plus précoces possibles, tout en gardant à l'esprit que l'analyse clinique chez un tout petit ne peut être pertinente qu'en incluant également l'analyse de son environnement. Il semble également indispensable de faire preuve de prudence quant à l'expression d'un diagnostic précoce, qui ne saurait se faire sans que l'on constate le regroupement de plusieurs signes ainsi que la durabilité de ses signes dans l'évolution de l'enfant. Les auteurs préfèrent d'ailleurs parler dans un premier temps d'enfants « à risque autistique », laissant alors ouvert le champ de l'évolutivité du nourrisson qu'on ne saurait sceller par un diagnostic trop ferme et trop précoce.

L'analyse rétrospective, notamment à l'aide de l'interrogatoire des parents ou du visionnage de films familiaux, ou l'observation directe de nourrissons permettent de mettre en évidence les signes suivants :

❖ De 0 à 6 mois :

On retrouve des distorsions précoces des interactions avec l'entourage et du développement :

- Sur le plan du comportement : le trouble peut se manifester sous l'aspect d'un bébé « trop sage » qui ne pleure jamais et ne réclame rien, qui « se fait oublier ».

- Sur le plan relationnel: on note un défaut d'échange avec la mère et d'intérêt pour l'entourage en général. Il ne semble pas y avoir d'échange de regard, la voix et le visage des parents semblent laisser le nourrisson indifférent. On note une pauvreté des vocalises. Au 3^e mois, le sourire réponse au visage humain, premier organisateur de la vie psychique du nourrisson selon Spitz, n'apparaît pas, l'enfant gardant un visage sérieux, figé.
- Sur le plan psychomoteur: il existe des troubles toniques sous forme d'hypotonie le plus souvent, avec une absence d'ajustement et d'agrippement lorsque l'enfant est pris dans les bras, pouvant donner l'impression d'une poupée de son. Le dialogue tonique qui se met habituellement en place vers 2-3 mois est également absent, l'enfant ne manifeste pas d'attitude anticipatoire lorsque l'on ébauche le mouvement pour le prendre dans les bras et n'accompagne pas ce mouvement. A l'opposé on peut observer une attitude hypertonique avec des gesticulations incessantes et une incapacité à se lover confortablement dans les bras.
- Sur le plan sensoriel: le regard est lointain, il n'accroche pas celui de l'entourage, semble « glisser » sur son environnement et peut même sembler déjà évitant. Un strabisme est fréquent. On note une indifférence égale aux stimulations sonores, à la voix des parents.
- Sur le plan des conduites instinctuelles: on repère des troubles oro alimentaires, des défauts de succion ainsi que des troubles du sommeil sous forme d'insomnies calmes (bébé inerte, attendant dans son lit sans demande) ou d'insomnies agitées. (1,6)

❖ De 6 à 12 mois

Les manifestations de la précédente période se confirment et viennent envahir la qualité de l'interaction mère-bébé. On peut constater un renforcement des signes : absence de bras tendus pour être pris, absence de mimiques lors des moments de « retrouvailles » après une période de sommeil, accentuation du refus de contact et de

l'évitement du regard, absence de babillage qui devient manifeste. De nouveaux signes sont en plus repérables à cette période :

- Apparition des stéréotypies : la quête active de stimuli sensoriels engendre les premières stéréotypies, avec l'apparition de jeux de doigts devant les yeux, de fixation du regard sur des lumières de façon quasi extatique. Ces comportements possèdent la particularité de persister malgré la sollicitation d'un des parents voire de se renforcer alors qu'on propose une interaction. On peut aussi observer un intérêt particulier pour des objets insolites, durs, inhabituels par rapport aux préférences des autres enfants. Cet intérêt contraste avec le désintérêt général pour l'environnement et l'absence d'organisation d'une activité de jeu à proprement parler.
- Au plan développemental : l'angoisse de l'étranger qui apparaît normalement au 8^e mois (2^e organisateur de la vie psychique selon Spitz, témoin de la capacité à interioriser et à se représenter mentalement l'image de la mère) est absente. L'enfant ne réagit pas en présence d'une figure nouvelle, ne présente pas les manifestations d'angoisses habituellement observées lorsque la perception du visage étranger vient signifier l'absence de la mère. De la même manière, les temps de séparations et de retrouvailles ne semblent pas marqués par des manifestations anxieuses. (1,6)

❖ De 12 à 24-30 mois

Encore une fois le tableau s'affirme sur les différents plans évoqués précédemment, notamment l'absence des signes précurseurs du langage. Voici les signes observables spécifiques à cette période :

- Les comportements de jeu : le jeu de « faire semblant », présent normalement à partir de 15 mois, est bien souvent absent de cette période, fait très spécifique de la pathologie autistique. On ne constate pas chez l'enfant autiste de jeux symboliques, c'est à dire utilisant les objets pour d'autres propriétés, d'autres identités, d'autres usages que leur état d'objet, qu'on pourrait aussi qualifier de jeux de « faire comme si ». Les autres

formes de jeux peuvent être relativement similaires aux autres enfants, néanmoins on note une préférence pour les jeux de manipulations, dans une recherche concrète de sensations physiques, en les intégrant peu dans une activité ludique à proprement parler.

- Le pointage et l'attention conjointe : on distingue 2 sortes de pointages. D'une part le pointage proto-impératif, utilisé par l'enfant pour désigner un objet qu'il souhaite attraper, qui ne nécessite pas d'attention conjointe avec un tiers, puisqu'il n'implique que l'enfant et l'objet. Ce pointage est présent chez l'enfant autiste. D'autre part le pointage proto-déclaratif, d'apparition plus tardive dans le développement, impliquant l'enfant, un objet et un tiers, qui se caractérise par une recherche de l'attention du tiers vers un objet, nécessitant donc une attention conjointe. Par son regard ou par ses gestes, l'enfant interpelle le tiers afin qu'il s'intéresse à l'objet source d'intérêt, ou plutôt qu'ils s'intéressent tous deux au même objet. Ce pointage proto-déclaratif qui est considéré comme un élément important préalable à l'acquisition du langage oral et qui se développe normalement entre 9 et 14 mois est absent de façon caractéristique chez l'enfant autiste.
- Les troubles du langage : dans un premier temps c'est l'absence de gazouillis et de babillages qui marquent la pathologie puis vers 18 mois, on peut repérer les troubles du langage à proprement parler, avec soit une absence totale de langage, soit un retard dans les étapes d'acquisition du langage (retard des premiers mots, puis des premières phrases) avec des particularités déjà évoquées plus haut, notamment la non utilisation du « je ».
- Les troubles psychomoteurs : on note des anomalies de la marche, un évitement de l'appui plantaire qui au maximum aboutit à une marche sur la pointe des pieds. (1,6)

❖ Point de vue des parents

Il existe une plainte fréquente des parents, qui perçoivent « quelque chose d'anormal » chez leur enfant. Ce sentiment est renforcé lorsque l'enfant a des aînés. Il

n'est pas rare que les parents consultent au motif qu'ils se sentent confusément gênés dans la relation avec leur enfant, avec le sentiment de ne pas être reconnu par lui. Il faudra alors prudemment faire la part de ce qui est de l'ordre d'une anxiété parentale excessive et d'une réelle prise de conscience précoce que leur enfant n'interagit pas avec eux comme on l'attend habituellement. Cela doit amener le clinicien à rechercher les autres signes précoces. Selon une étude parue en 1990, 38% des parents interrogés déclaraient avoir perçu les premiers signes du trouble à la fin de la première année, 41% lors de la deuxième année et 16% entre 2 et 3 ans, ce qui semble prouver l'existence d'une « intuition », d'une perception particulière très précoce. (1)

3. Les autres aspects cliniques de l'autisme

❖ Modulation sensorielle

- Hyper réactivité sensorielle: on constate une recherche fréquente de stimuli sensoriels via les stéréotypies ou le détournement des jouets comme vu plus haut. Il peut advenir un intérêt particulier pour des bruits ou sonorités particulières (chasse d'eau, froissement de feuille en papier...) et au contraire des réactions extrêmes de panique, d'angoisse ou de colère face à certains bruits, notamment s'ils sont inconnus et/ou soudains.
- Hypo-réactivité sensorielle : à l'opposé du phénomène précédent il existe une certaine indifférence au monde sonore extérieur, notamment pour les « bruits sociaux » (indifférence à l'appel du prénom par exemple)
- Electivité sensorielle: on note une certaine étrangeté dans les choix gustatifs, un maniérisme alimentaire (tri des aliments par couleur, dégoût de certaines textures...). Pareillement, il peut apparaître une attirance pour des stimuli visuels très précis et particuliers : scintillement, forme, couleur...(1,6)

❖ Fonctions intellectuelles

Comme on a pu le voir précédemment, le niveau intellectuel des enfants autistes est très hétérogène, mais la grande majorité présente un déficit intellectuel. Une étude d'E.R. Ritvo et B. J. Freeman montre la répartition suivante : 50% de la cohorte étudiée

avait un QI inférieur à 50, 25% entre 50 et 70 et 25% supérieur à 70. La figure de l'autiste doué de performance intellectuelle prodigieuse, quelquefois représenté au cinéma (comme dans le film *Rain Man* de Barry Levinson) fait donc figure d'exception, bien qu'existante. (6)

A l'intérieur des tests psychométriques, le profil de ces enfants est très hétérogène avec des performances visuo-spaciales et de mémorisation souvent meilleures que les capacités de raisonnement et de traitement de l'information. Les épreuves de performance, faisant appel aux capacités non verbales, sont en général nettement mieux réussies que les épreuves verbales. (1)

❖ Motricité

Elle peut être limitée, l'enfant apparaît alors figé, inerte, sans initiative motrice ou au contraire être « explosive », l'enfant montrant une hyperkinésie, des postures et des régulations motrices inhabituelles, une allure saccadée... (1) Rappelons que le TDAH est la comorbidité psychiatrique la plus fréquemment diagnostiquée chez l'enfant autiste. (6)

❖ Les conduites instinctuelles

- L'alimentation : nous en avons déjà noté certains aspects pathologiques : défaut de succion du tout petit, attrait ou dégoût pour des aspects annexes des aliments (couleur, texture, odeur)... On rajoutera que le moment du repas est souvent complexe, à l'origine de ritualisation et de refus, source d'inquiétude pour les parents. Si la diversification de la nourriture du tout petit est habituellement une source de plaisir car stimulant l'éveil et la curiosité du bébé et renforçant l'estime de sa capacité maternelle chez la maman, chez l'enfant autiste, les variations de la nourriture sont autant de sources d'angoisse que le couple parents-enfants doit gérer. C'est notamment le cas lors du passage de la nourriture liquide à solide. Il n'est pas rare que l'enfant ne finisse par accepter de manger que certains aliments bien déterminés. On observe parfois l'ingurgitation d'éléments non alimentaires (papiers, terre, cailloux...) ou un mérycisme.

- Les troubles sphinctériens : ils peuvent être inexistants, un certain nombre d'enfants autistes pouvant acquérir la propreté dans un délai subnormal, contrastant alors avec leur retard dans d'autres domaines. Néanmoins on constate le plus fréquemment une énurésie et une encoprésie persistant parfois jusqu'à l'adolescence (1). L'apprentissage de la propreté peut en effet être entravé par plusieurs phénomènes :
 - Les difficultés de repérage et d'intériorisation du schéma corporel, l'indifférence aux « signaux » physiques vésicaux ou anaux ne permettent pas aux enfants de se rendre à temps aux toilettes.
 - Le développement de craintes spécifiques, notamment liées à des angoisses archaïques de morcellement entrave le maintien de la propreté, même lorsque la maturité est suffisante pour ressentir le besoin de se rendre aux toilettes et que le contrôle sphinctérien est acquis.
 - Les stéréotypies et rituels peuvent venir compliquer et désorganiser le moment de se rendre aux toilettes.
 - Il n'est pas rare de constater des troubles intestinaux à type de diarrhée/constipation dus entre autre aux modes alimentaires spécifiques évoqués plus haut. Le « cercle vicieux » constipation-douleur-retention des selles, classique chez l'enfant, est ici amplifié par les difficultés de verbalisation et de réassurance de l'enfant autiste ainsi que par la difficulté à changer de mode d'alimentation en conséquence. (16)

❖ Développement physique

Il est en général préservé, hormis l'apparition dans 15 à 20% des cas, de crises d'épilepsie au cours du développement de l'enfant. Là encore, le syndrome de Rett et le trouble désintégratif de l'enfance font exception puisque par définition, ils s'accompagnent d'une dégradation physique et motrice importante. (6)

C) Hypothèses et recherches étiologiques

La question de l'étiologie autistique est un point de discussion voire d'affrontement majeur dans la communauté scientifique, et ce depuis les débuts historiques du trouble. La difficulté subsiste toujours, augmentée du fait du passage du débat dans l'espace public via entre autre l'influence des associations de parents d'enfants porteurs de TED. Ici nous présenterons les différentes recherches en cours dans un souci de neutralité. Il nous semble que ces recherches sont complémentaires les unes des autres et ne s'excluent pas mutuellement, à condition qu'on sache les considérer pour ce qu'elles sont, c'est à dire des hypothèses de travail et non des vérités absolues. Cette attitude dogmatique a trop souvent aboutit à des postures caricaturales (qui sont celles dont il est le plus facile de se saisir pour le public non averti), entraînant invariablement un mouvement de bascule théorique réactionnel qui selon nous entrave la continuité et la pertinence de la réflexion.

1. Recherches génétiques

Depuis une soixantaine d'année, les chercheurs s'attachent à mettre en évidence un déterminisme génétique chez les enfants porteurs d'une pathologie autistique. En voici quelques aspects, à travers les résultats de plusieurs types d'études.

❖ Etudes d'agrégation familiale

- Dans la fratrie

Les études se sont dans un premier temps attachées à évaluer l'augmentation du risque d'autisme pour un enfant dont un membre de la fratrie était lui aussi atteint. Elles tendent à prouver que le risque pour un enfant qui naît dans une famille où un garçon est déjà porteur d'autisme se situe autour de 4%. Il est de 7% s'il s'agit d'une fille déjà atteinte. Ces résultats semblent prouver un risque nettement supérieur à celui de la population générale. Si plusieurs enfants sont déjà atteints, il atteint 25 à 30%. (3)

- Chez les jumeaux

L'étude de paires de jumeaux dizygotes et surtout monozygotes constitue une méthode de choix dans la recherche d'une influence génétique dans l'autisme, puisque

par définition les jumeaux partagent un patrimoine génétique, notamment les jumeaux monozygotes qui partagent la totalité de leur capital génétique. Il est à noter que les jumeaux partagent également un environnement relationnel et interactif commun, ce qui peut venir nuancer les résultats. Voici les résultats résumés de 4 études de concordance chez les jumeaux dont au moins l'un présente un autisme.

- L'étude de S. Folstein et M. Rutter 1977) (17) : 21 paires de jumeaux ont été étudiées (10 paires dizygotes, 11 paires monozygotes) montrant les résultats suivants :
 - Dizygotes : 0 paires concordantes sur 10 : 0% de concordance
 - Monozygotes : 4 paires concordantes sur 11 : 36% de concordance
- L'étude de E.R. Ritvo (1985) (18) :
 - Dizygotes : 4 paires concordantes sur 17 : 24 % de concordance
 - Monozygotes : 22 paires concordantes sur 23 : 96% de concordance
- L'étude de Bailey et coll. (1996) (19):
 - Dizygotes : 0% de concordance
 - Monozygotes : 69% de concordance
- L'étude de Bohm et coll. (2013) (20) :
 - Dizygotes : pour les filles 22% de concordance, pour les garçons 37% de concordance
 - Monozygotes : pour les filles 80% de concordance et pour les garçon 87% de concordance

Ces études tendent à prouver qu'il existe une forte influence génétique dans le déterminisme de l'autisme à travers la meilleure concordance des monozygotes versus les dizygotes. Ces résultats sont bien sûr à pondérer avec la notion que si les jumeaux partagent un patrimoine génétique, ils partagent aussi un milieu pré et post-natal, un environnement familial et interactionnel, des conditions de développement... Il semble

également utile de rappeler que l'héritage génétique ne peut s'analyser qu'en prenant en compte le fait qu'il est sans cesse remanié, en interaction constante avec les données environnementales du sujet, qui en modifient sans cesse l'expression.

❖ Les autres pistes de recherche actuelles en génétique

La recherche sur l'autisme est actuellement riche, tentant de mettre en évidence les dysfonctionnements et altérations géniques ou chromosomique pouvant participer à la genèse de la pathologie. Voici les principales pistes actuelles dans ce domaine :

- Les études de « gènes candidats » : il s'agit de trouver un ou plusieurs gènes impliqués dans les dysfonctionnements physiologiques retrouvés dans l'autisme. Des mutations sur ces gènes pourraient alors être impliquées dans la genèse de la pathologie autistique. Le lien entre l'autisme et les gènes commandant le métabolisme et le transport de la sérotonine est en cours d'étude mais aucune conclusion n'a pu être formulée pour le moment.
- La méthode d' « étude de liaison » : on analyse l'ensemble du génome de familles avec au moins deux enfants autistes, à la recherche d'une anomalie prédisposant au développement d'un autisme. Ces recherches ont abouti à l'isolement de 2 parties du génome : les bras long des chromosome 2 et 7 qui semblent impliquées dans le développement de structures cérébrales.
- Les anomalies chromosomiques : fréquemment (dans 5 à 10% des cas) associées à l'autisme comme on a déjà pu le noter, l'étude de ces anomalies chromosomiques a permis de définir des zones défectueuses de remaniement de gènes, sur le chromosome 15 et sur les chromosomes sexuels. Sur le chromosome 15 il s'agirait de régions impliquées dans le fonctionnement des récepteurs GABA. Sur le chromosome X, on retrouve des mutations portant sur les gènes codant pour la neurologine, protéine impliquée dans la formation des synapses.
- Les syndromes génétiques : comme nous avons pu le souligner dans ce travail, le syndrome autistique peut venir s'inclure dans un syndrome génétique déjà connu (sclérose tubéreuse de Bourneville, syndrome de Rett, syndrome de Prader Willy, syndrome d'Angelman...). Les implications

thérapeutiques de ces recherches génétiques sont encore à l'état de recherche. (5,6)

❖ Le modèle « transmission polygénique multifactorielle à seuil »

Ce modèle serait le plus intéressant pour traiter de la question de l'autisme sous un angle génétique. Il s'agit d'un modèle impliquant d'une part une série de gènes, aux conséquences mineures pris séparément mais constituant chacun un facteur de risque et d'autre part une composante environnementale qui conduirait au développement de la maladie en interagissant avec ces facteurs génétiques. Le trouble n'apparaîtrait alors que lorsque l'accumulation des facteurs de risque dépasserait un certain seuil d'activation. (6)

2. Recherches biochimiques

Elles concernent essentiellement les neurotransmetteurs, par analogie avec les découvertes faites en pathologie adulte dans la schizophrénie et les troubles de l'humeur notamment. Les principales pistes sont résumées ci dessous :

❖ La sérotonine et ses métabolites

La plupart des études retrouvent une augmentation de la sérotonine plaquettaire chez 30 à 50% des enfants autistes. Cette augmentation n'est pas spécifique de l'autisme, puisqu'elle est rencontrée dans d'autres manifestations comme l'hyperactivité ou la déficience mentale. La signification de cette augmentation est peu claire. Il pourrait aussi bien s'agir d'un mécanisme physiopathologique déterminant dans l'autisme, d'une conséquence ou d'un marqueur biologique de certains symptômes autistiques comme le retrait, ou signifier l'existence d'un syndrome autistique particulier spécifique d'un fonctionnement biochimique singulier.

❖ Les catécholamines et les hormones du stress

On note une élévation significative du taux plasmatique d'adrénaline et de noradrénaline chez les enfants autistes, accompagné d'un abaissement du taux de dopamine,adrénaline et noradrénaline dans les plaquettes. Le taux de dopamine plasmatique semble équivalent. On a pu également mettre en évidence un accroissement significatif des hormones du stress (ACTH, cortisol) chez les enfants porteurs d'autisme.

Là encore vient se poser la question de la signification de ces données et l'on doit garder en tête le jeu permanent de va-et-vient entre la constitution biologique du sujet et les interactions avec son environnement qui viennent à leur tour modifier cette constitution biologique. Cette intrication est particulièrement cruciale dans le modèle du stress, comme l'on sait. (6)

❖ Les endorphines

On a pu noter une baisse des bêta-endorphines plasmatiques dans l'autisme, substances opiacées secrétées par l'organisme ayant un rôle déterminant dans le contrôle de la douleur. Cette baisse pourrait être en lien avec la sensibilité particulière des enfants autistes à la douleur, ainsi qu'avec les comportements d'automutilation, sans qu'un lien de cause à conséquence clair n'ait été établi. (6)

3. Recherches neurophysiologiques et d'imagerie

❖ Electro-encéphalogramme

Il n'a pas été mis en évidence d'anomalies spécifiques de l'autisme à l'EEG, hormis les anomalies « classiques » retrouvées chez les enfants autistes sujets aux crises d'épilepsies. Seules quelques anomalies ont été retrouvées sur les EEG de sommeil à savoir un accroissement des « fuseaux » et la diminution des mouvements oculaires rapides liés à l'activité onirique du sommeil.

❖ Etude des potentiels évoqués

Il s'agit d'étudier les réponses corticales électriques lorsqu'on soumet un sujet à des stimulations sensorielles.

- Les potentiels évoqués visuels et auditifs : ce sont donc les réponses électriques corticales à des stimulations visuelles et auditives. Dans l'autisme on note des potentiels évoqués plus courts et plus variables, de délai d'apparition plus court que la norme.
- Les potentiels évoqués par stimulation sensorielle couplée : ils explorent les fonctions d'association. Ils montrent dans l'autisme que le couplage de deux stimulations, auditive et visuelle, entraîne une forte diminution voire une

annulation de la réponse corticale, comme si le télescopage sensoriel venait déstructurer les mécanismes perceptifs.

- Les hypothèses émises à partir de ces résultats sont les suivantes :
 - Les anomalies mettraient en évidence un trouble du filtrage des influx sensoriels
 - L'insuffisance du filtrage sensoriel amènerait à une surcharge sensorielle, ayant comme conséquence une tendance physiologique au rejet des afférences sensorielles.
 - La difficulté à associer des stimulations sensorielles d'ordre différent signerait une déstructuration des mécanismes perceptifs. (6)

❖ Imagerie cérébrale

Les études se concentrent sur la découverte d'anomalies anatomiques décelables en imagerie chez l'enfant autiste.

- En tomodensitométrie (scanner): on relève de façon inconstante une dilatation ventriculaire ou une modification de la substance blanche, de façon non spécifique.
- En imagerie par résonnance magnétique nucléaire (IRM): technique plus précise, elle a permis de mettre en évidence chez certains enfants des altérations de certains lobules du vermis cérébelleux. Le vermis est la zone médiane du cervelet, il est principalement impliqué dans la régulation motrice des mouvements automatiques, mais joue aussi un rôle dans le processus d'attention ainsi que dans l'intégration perceptive et sensorielle. Ces résultats sont néanmoins à pondérer par le petit nombre de cas étudiés, l'inconstance de l'anomalie et la difficulté à mettre en évidence une anomalie de structure sur une zone aussi petite du cervelet.
- En tomographie par émission de positons (PET-scan): cette technique permet une étude du métabolisme cérébral, via un isotope marqué et une caméra à positons. Elle a ainsi pu mettre en évidence une hypoactivité dans les régions frontale, préfrontale et du gyrus cingulaire chez certains enfants

autistes. D'autres anomalies ont pu être inconstamment retrouvées notamment dans l'activation des régions impliquées dans la perception du visage (gyrus fusiforme), dans la reconnaissance des émotions (amygdale) dans le traitement de la voix humaine (région temporale supérieure).

- En IRM fonctionnelle: cette exploration permet d'observer de façon indirecte l'activation du cerveau à la stimulation, via les modifications de flux sanguin dans les zones activées. Les études en IRM fonctionnelle semblent confirmer l'absence d'activation de l'aire temporale supérieure, zone spécifique de la perception et de la reconnaissance de la voix humaine.
- Les « neurones miroirs »: une des pistes en cours d'exploration en ce moment concerne ces neurones qui formeraient le socle organique de l'instauration de l'empathie et de la cognition sociale. On trouve dans le cortex frontal et pariétal des neurones-miroirs particuliers qui semblent servir à déterminer le but et l'intentionnalité de l'action d'autrui, de façon très fine. Ce système serait également précurseur du système neuronal du langage. Ils pourraient également être impliqués dans la reconnaissance du soi, au cours de leur fonction de reconnaissance d'une action et de la compréhension de l'intentionnalité de cette action. Ils seraient également acteurs de la compréhension d'actions représentées visuellement ou verbalement. On comprend donc que ces aspects neuronaux particuliers fassent l'objet de recherche dans l'autisme (comme il le font dans la schizophrénie) du fait de la corrélation avec la clinique ainsi qu'avec les données cognitives que nous explorerons par la suite. (6)

❖ Autres recherches organiques

- On citera rapidement les axes de recherches développés actuellement, qui sont fort divers et parfois rapidement exposés en « vérité » à tort, alors que les travaux scientifiques ne sont pas suffisamment solides ou aboutis : ainsi l'implication de la vaccination, des métaux lourds, de déficit enzymatique ou vitaminique, ou de l'usage des antibiotiques n'a jamais été scientifiquement démontrée.

- Plus étayées, les recherches concernant la neuro-endocrinologie et l'immunologie semblent apporter des pistes intéressantes. (6)

Ainsi on constate le désir dans une partie de la communauté scientifique de trouver un substrat organique solide à l'autisme, sans que pour le moment, une anomalie somato-biologique ne se soit révélée suffisamment spécifique et constante pour être considérée comme telle. Ces recherches apportent néanmoins des données intéressantes, bien souvent concordantes avec les autres niveaux de lecture du trouble (cognitif, environnemental, clinique notamment) et qui peuvent s'intégrer dans une conception multifactorielle du trouble intégrant facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques.

4. Recherches environnementales

Il s'agit de repérer des facteurs de risque dans la période allant de la conception à la période néonatale qui auraient un impact sur le développement de la maladie :

❖ Facteurs anté-conceptionnels

Plusieurs hypothèses ont pu être émises sur des anomalies en place avant la conception de l'enfant, parmi lesquelles une hypothyroïdie chez l'un des parents ou une exposition de la mère à certains produits chimiques, sans que la qualité de ces études soit suffisante pour aboutir à une réelle conclusion. Par contre il semble qu'on observe avec une certaine constance un taux de fausses couches et de stérilité dans l'histoire des mères avant qu'elles n'aient un enfant autiste, ce qui pourrait être en faveur d'un facteur génétique. (5,16)

❖ Facteurs anténataux

On a pu évoquer les facteurs suivants en étudiant la période anténatale des enfants porteurs d'autismes : l'élévation de l'âge de la mère, les complications de la grossesse (saignements, menace d'accouchement prématuré, infection par la rubéole, le CMV, VIH, toxoplasmose, rougeole, varicelle) et la modification immunologique pendant la grossesse. Là encore les mécanismes reliant ces anomalies au développement du trouble restent incertains (on pourrait postuler que les complications de la grossesse constituent certes un facteur organique important mais aussi un facteur

psychopathologique de poids dans le déroulement du lien mère enfant) et ne permettent pas de mettre en lumière un lien de cause à effet. (5,16)

❖ Facteurs périnataux

On note une proportion significativement plus élevée de complications de l'accouchement, de souffrances néonatales, de prématurité ou de postmaturité dans la population des enfants porteurs de TED que dans la population générale. Là encore les conséquences biologiques (lésion cérébrale) et psychopathologiques (difficulté à nouer sereinement les premiers liens mère/enfant) se rejoignent. (5,16) Les auteurs décrivent également dans les facteurs périnataux la dépression maternelle pendant la grossesse et le postpartum (6).

On note là encore un manque de constance et d'approfondissement de ces recherches, qui sont toujours à l'état de piste. Le constat de ces facteurs de risque ne peut pas être considéré comme valeur étiologique, mais comme élément à prendre en compte à la fois au niveau lésionnel organique et au niveau des aménagements psychiques qu'ils entraînent pour l'enfant et son entourage.

5. Recherches cognitives

Les sciences cognitives s'attachent à décrire les modalités particulières du fonctionnement de l'intelligence des enfants autistes, et à rechercher un déficit cognitif, qui pourrait, selon certains auteurs, constituer un déficit étiologique basal. Dans cette perspective les troubles relationnels n'en seraient alors qu'une conséquence.

❖ Mesure de l'intelligence

Nous n'insisterons pas sur la répartition déjà évoquée des niveaux d'efficience intellectuelle dans l'autisme et les TED, mais rappelons que la grande majorité des enfants porteurs de troubles autistiques typiques présente un retard mental modéré à profond, et que bien que cette proportion diminue lorsqu'on considère les TED dans leur ensemble, elle reste majoritaire.

On rappelle rapidement la grande hétérogénéité des résultats aux tests de QI mesuré par l'échelle WISC, avec un QI performance supérieur au QI verbal. On note des scores particulièrement effondrés aux tests de vocabulaire, de similitude et de

compréhension, tests qui font appel aux capacités de communication et à l'appréciation globale de la cohérence d'une situation. A l'opposé, les tests de cubes de Kohs (reproduction d'une figure abstraite en un temps donné) sont bien réussis, ne faisant appel ni aux capacités de communication, ni à la compréhension globale d'une situation.

On rappelle également l'existence inconstante de compétences exceptionnelles et étonnantes dans un domaine particulier (aptitudes musicales, oreille absolue, mémoire photographique et capacité de reproduction hors norme, capacité de mémorisation ou de calcul...). A noter que ces capacités « en ilots » sont bien souvent inutilisées dans la vie quotidienne de l'enfant. (6)

❖ Recherche d'un déficit cognitif spécifique

- Dans le domaine de la sensorialité: rejoignant ainsi les constatations cliniques et neurophysiologiques, les auteurs s'attachent à comprendre la modulation de la perception, de l'analyse et de la réponse aux stimulations sensorielles. Il en ressort la mise en évidence d'une hypersensibilité sensorielle conjuguée à un défaut de protection contre les stimuli, induisant une invasion du milieu intérieur par des stimuli non filtrés, venus du monde extérieur. Les auteurs évoquent également les effets de cet hyperfonctionnement qui se traduirait au niveau auditif par une plus grande capacité à discriminer et mémoriser les caractéristiques physiques d'un son, ses changements, et au niveau visuel par une orientation sélective de la perception vers les aspects locaux d'une information, amenant l'enfant à privilégier les détails aux dépens de l'information globale.
- Dans le domaine de la perception spatiale :
 - Fragmentation de l'information visuelle : en cohérence avec la théorie exposée précédemment sur la perception visuelle et ses particularités, certains auteurs mettent en avant la propension des enfants autistes à s'attacher à repérer des formes partielles en négligeant le contexte perceptif lorsqu'on leur présente un ensemble formel structuré. Ces enfants vivraient donc dans un monde fait d'expériences spatiales fragmentées, sans cohésion interne, du fait d'un déficit au niveau des

processus centraux de traitement de l'information. Ceux-ci échoueraient à rassembler, intégrer, rendre cohérentes et significantes les informations perçues par l'enfant. En conséquence, l'enfant montrerait un certain détachement vis à vis de l'environnement social, du fait de cette absence de cohérence et de signification.

- Anomalies de perception visuelle : certaines anomalies ont pu être mises en évidence par Bullinger en 1989, notamment une lenteur dans la poursuite oculaire, une utilisation préférentielle du système visuel périphérique au détriment du système central fovéal et une incoordination entre le système de préhension d'un objet et le contrôle visuel central de ce mouvement. Cela pourrait expliquer les attitudes de protection vis à vis des objets (ou sujets) présentés de face, ainsi que l'évitement des stimulations liées aux propriétés géométriques et spatiales d'un objet, au profit d'une perception mettant en jeu les qualités sensorielles et émotionnelles de l'objet plutôt que leur aspect instrumental (traduit en clinique par les « détournements d'objets »). (6)
- Dans le domaine du langage : plusieurs hypothèses ont été formulées sans qu'aucune ne fasse aujourd'hui consensus. Les voici résumées :
 - Pour certains auteurs l'anomalie primitive dans l'autisme se situerait dans le domaine de la perception et de la compréhension du langage (séquençage, abstraction, codage) avec pour conséquence à l'impossibilité de comprendre le monde extérieur à travers le monde verbal, le retrait autistique. (21)
 - A l'opposé, d'autres recherches suggèrent que les troubles du langage ne seraient que le reflet et la conséquence des troubles relationnels primitifs, traduisant la difficulté à se positionner comme sujet, impliqué dans une interaction langagière avec un « autrui », un autre sujet identifié comme différent de soi. (6)
 - En s'intéressant à la mémorisation du langage, on a pu observer que les enfants autistes se souvenaient mieux des mots ou des phrases dépourvus

de cohérence ou de signification. Cela contraste avec les capacités de mémorisation des enfants normaux ainsi que celles des enfants déficients mentaux, non porteurs d'autisme. (22)

- Enfin, reprenant le constat clinique que la compréhension du langage chez l'enfant autiste se faisait à un niveau extrêmement littéral, certains auteurs font l'hypothèse d'un déficit de compréhension au niveau sémantique (dans la capacité à donner du sens au langage) et pragmatique (dans la capacité à utiliser le langage dans un but communicationnel). (5)
- Dans le domaine de la mémoire : comme nous avons pu le décrire en clinique, on constate des atypies importantes dans les processus de mémorisation, en lien avec l'exigence d'immuabilité et les expériences stéréotypées observées chez les enfants autistes. Il semble qu'encore une fois la fixation et la mémorisation se fassent de façon fragmentée, en négligeant les aspects contextuels ou signifiants des informations mémorisées. Par contre les souvenirs mémorisés semblent porteurs d'une charge émotionnelle et sensorielle forte. Nous pouvons encore une fois évoquer les capacités mnésiques exceptionnelles dans un domaine précis qui sont quelques fois développées par certains enfants mais sans possibilité de les utiliser dans un dessein de partage. (6)
- Dans le domaine de la symbolisation : les difficultés (voire l'impossibilité) de symbolisation sont constamment constatées dans la pathologie autistique, comme en témoignent les difficultés d'accès au langage, à l'imitation, aux jeux symboliques... Récemment il a été mis en évidence la possibilité pour les enfants autistes de concevoir qu'ils étaient imités, venant ainsi initier le début d'une reconnaissance de l'autre comme différent de soi, une différenciation de ce qui est perçu du monde interne et du monde externe.
- Absence de théorie de l'esprit :
 - La théorie de l'esprit est un postulat théorisé dans les années 60-70 par Gregory Bateson. Cette théorie décrit l'ensemble des processus par

lesquels un individu peut imaginer l'existence chez autrui d'états mentaux internes, à partir de son comportement. C'est la capacité qui permet aux sujets de se faire une idée de la pensée d'autrui, des croyances auxquelles il adhère, d'en déduire le sens des ses actions et dans une certaine mesure de prédire ce que pourrait faire l'autre dans une situation donnée. Un enfant de 4 ans en moyenne doit pouvoir non seulement s'intéresser au comportement d'autrui, mais aussi commencer à donner du sens à ce comportement et à différencier ses propres croyances de celles d'autrui, y compris lorsqu'il sait qu'elles sont fausses. L'exemple le plus souvent utilisé, formalisé en 1983 par Wimmer et Perner sous le nom de l'épreuve du « transfert inattendu », est le suivant. On propose à un enfant la situation suivante à l'aide de jouets :

- Maxi et sa maman sont dans la cuisine ; ils rangent le chocolat dans le réfrigérateur. Maxi part rejoindre ses amis pour jouer.
 - Pendant son absence, sa maman décide de préparer un gâteau. Elle prend le chocolat dans le réfrigérateur, en utilise une partie et range le reste du chocolat dans le placard.
 - Plus tard, Maxi revient ; il veut manger du chocolat. Où va-t-il le chercher ?
 - => La capacité de l'enfant à attribuer à Maxi la fausse croyance que le chocolat est toujours dans le réfrigérateur, permet de conclure qu'il a acquis la théorie de l'esprit.
- Cette capacité résulterait de l'acquisition de deux séries de représentations, l'une, de premier ordre, que constituent les représentations du monde, l'autre de second ordre, que constituent les représentations des états mentaux. Chez l'enfant autiste le déficit de théorie de l'esprit est quasi constant. Cette particularité se retrouve également dans les pathologies psychotiques. (1,5,6)
 - Selon U.Frith qui réalisa un grand nombre de travaux autour de la théorie de l'esprit chez l'enfant autiste, le déficit cognitif qui empêche l'accès à la

théorie de l'esprit serait sous la dépendance de désordres organiques cérébraux. Dans ses travaux, elle étudie la réponse de 3 groupes d'enfants lorsqu'on leur montre des saynètes faisant appel à la théorie de l'esprit. Un groupe était constitué d'enfants normaux, un autre d'enfants porteurs d'une trisomie 21, le troisième d'enfants autistes. Seuls les enfants autistes se montraient incapables d'attribuer de fausses croyances aux personnages des saynètes. Ce groupe était également le seul en difficulté pour construire une suite à l'histoire, incapables d'utiliser des présupposés sur les états mentaux des protagonistes. (23)

- Déficit de reconnaissance des visages et des émotions : très en lien avec la théorie évoquée précédemment, certains auteurs comme Hobson démontrent la grande difficulté des enfants autistes à reconnaître les sentiments et les affects chez un autre, indépendamment de leur niveau cognitif. Les divers aspects de la reconnaissance des émotions, gestuels, faciaux, verbaux demeurent inintelligibles, avec pour conséquence une difficulté à développer des capacités d'empathie. On peut également mettre cette incapacité en lien avec les propres difficultés du sujet à exprimer ses émotions, que ce soit verbalement, gestuellement, par la modulation vocale... Encore une fois, il s'agit d'une spécificité de la pathologie autistique puisque les enfants qui présentent uniquement un retard mental ne partagent pas cette caractéristique. Néanmoins elle est là aussi commune à la pathologie psychotique. (24)

6. Recherches et hypothèses psychopathologiques

Nous reprendrons ici les principaux aspects psychopathologiques et psychogénétiques développés dans la littérature « classique » de la pathologie autistique. Ils constituent une base de compréhension et de réflexion autour du trouble autistique complémentaire des éléments déjà développés plus haut.

❖ Abord psychopathologique

Il s'agit ici de décrire la nature du fonctionnement mental de l'enfant autiste, sans préjuger du processus étiologique initial.

- Le « noyau structurel psychotique » : ce terme est emprunté aux auteurs de la seconde moitié du XXe siècle et vient décrire l'ensemble des processus psychopathologiques aboutissant à des conduites mentalisées ou agies, dont l'association est souvent observée chez les patients autistes. En voici divers aspects :
 - L'angoisse primaire d'anéantissement : il s'agit d'angoisses archaïques de morcellement, d'engloutissement, de dissolution, qui se traduisent en clinique par des crises d'angoisses qui peuvent atteindre des degrés extrêmes.
 - La non distinction entre le soi et le non-soi : les limites entre le soi et le non-soi, le monde intérieur et extérieur, les limites de son propre soi et les limites des autres sont autant d'éléments non opérants chez l'enfant autiste. Cela se traduit fréquemment en clinique par l'absence de sourire au visage humain, l'utilisation du corps de l'autre comme un objet externe, l'utilisation de parties morcelées de son propre corps, la non-protection du corps, les chutes et blessures à répétition, l'inattention corporelle ...
 - La rupture d'avec la réalité : elle est la conséquence de l'indistinction du soi, dans le sens où l'absence de délimitation de soi-même induit l'idée que la réalité externe est incluse dans le soi et intruse et menace en permanence son existence. En clinique, on observe la mise en place de défenses contre cette rupture : besoin impérieux d'immuabilité, repli autistique et autres activités stéréotypées.
 - La prévalence des processus primaires : on fait ici référence au concept freudien selon lequel l'énergie psychique peut soit se libérer immédiatement, librement par les voies les plus courtes, soit être utilisée de manière différée par des voies détournées, suivant le principe de réalité. Chez l'enfant autiste le non investissement du temps et/ou de l'espace, associé aux caractéristiques précédentes le maintient dans le registre des processus primaires. Tout affect doit être immédiatement évacué sous peine d'un anéantissement instantané. On fait ici le lien avec les décharges motrices externes, les comportements auto ou hétéro-

agressif, les stéréotypies, toutes ces manifestations étant augmentées lorsque l'enfant est envahi par un affect.

- L'absence de liaison entre les pulsions libidinales (pulsions de vie) et les pulsions agressives (pulsions de mort) : elle aboutit à un état de désintrication pulsionnelle où les pulsions agressives sont prééminentes. Les fantasmes sont alors infiltrés de ces pulsions mortifères (fantasmes d'engloutissement, de liquéfaction, d'anéantissement, d'explosion, de dévoration...) sans que les pulsions libidinales ne réussissent à « lier » ou « secondariser » de tels fantasmes. En résulte la tonalité particulière des angoisses autistiques.
- L'utilisation de mécanismes de défenses archaïques : face aux différents processus décrits précédemment (absence de cohérence et de limites entre soi et non soi, vie fantasmatique dominée par les pulsions mortifères et les processus primaires, angoisses archaïques) se mettent en place des mécanismes de défenses dit archaïques qui correspondent dans l'ensemble à ce que M. Klein a décrit comme « la position schizoparanoïde » :
 - Identification projective : faisant ici référence aux théories kleinienne (l'enfant pour se protéger extériorise et projette des éléments de sa vie psychique interne sur un objet externe), elle est cause et conséquence de l'indifférenciation soi/non soi, et se manifeste par l'incapacité de se constituer comme sujet notamment dans le discours. On peut observer les inversions pronominales fréquentes dans le discours de l'enfant autiste, témoin de la difficulté à devenir sujet d'une parole adressée à autrui.
 - Clivage : la vie affective, intellectuelle et environnementale semble sans cesse fragmentée, ce qui rend difficile l'appréciation d'un vécu continu. On constate également un clivage qualitatif aboutissant à une vision du monde manichéenne : bon-mauvais, bien-mal, fusion-abandon, sans nuance, continuité ou passage possible.

- Les défenses « maniaques » : introjection, déni, idéalisation, omnipotence. L'idéalisation aboutit à la construction d'un objet magnifique, tout puissant, mais en même temps redoutable, auprès duquel il faut obtenir la protection, au prix du renoncement à l'individuation.
- La position autistique : il s'agit d'une théorie faisant l'hypothèse d'un état psychique encore plus archaïque qui se caractériserait par des mécanismes de défenses plus spécifiques comme ceux proposés par Meltzer en 1980(25) :
 - L'identification adhésive : caractérisée par le collage, l'absence totale de limite entre l'objet et la personne, elle produit un état de dépendance absolu sans possibilité d'une existence séparée. Elle entraînerait une dépendance extrême à la surface des objets, leur apparence, leur continuité, avec donc une sensibilité particulière aux trous, aux déchirures. A l'opposé, l'état interne, notamment affectif, des objets est complètement ignoré. On peut l'associer par exemple à la conduite caractéristique des enfants autistes qui prennent la main d'autrui pour s'en servir comme d'un prolongement de soi.
 - Le démantèlement : il s'agirait d'un phénomène passif qui consiste à découper les expériences selon des lignes sensorielles, aboutissant à une collection dispersée d'objets unisensoriels, porteurs d'une seule qualité (visuelle, tactile, auditive...). Les sensations sont séparées les unes des autres, attachées à un fragment d'objet. Le vécu émotionnel est lui aussi démantelé selon des lignes sensorielles. En pratique, on observe l'utilisation de parties d'objets choisis pour une qualité sensorielle (roue des voitures...)
 - Cette position autistique peut être développementale chez le bébé qui cherche à se protéger des stimuli trop violents et non intégrables, à investir son environnement en le hiérarchisant. La fixation pathologique de cette position aboutit aux défauts d'organisation suivants : la pensée procède par contiguïté, sans accès à la symbolisation, aboutissant à la

création d'objets partiels, plans, bidimensionnels, dont l'objet autistique manipulé à l'infini est un exemple.

Ainsi s'organise le noyau psychotique de l'enfant porteur d'autisme, qu'il s'organise autour d'une position schizoparanoïde ou autour d'une position autistique, avec le plus souvent une oscillation entre l'un et l'autre. Les différentes formes cliniques et variations au cours de l'évolution peuvent être comprises comme le changement de prévalence d'un mécanisme sur l'autre et l'évolution des aménagements défensifs. (1)

❖ Hypothèses psychogénétiques

Il s'agit ici de rappeler l'apport des auteurs historiques à la compréhension de la construction autistique. La liste n'est évidemment pas exhaustive, les auteurs ici cités sont volontairement choisis pour l'importance de leur apport dans la réflexion psychodynamique, dans un souci de clarté.

- M. Klein : ses travaux ont été évoqués succinctement dans le paragraphe précédent mais nous allons maintenant développer certains éléments de sa pensée. Elle postule que le développement normal de l'enfant passe par des phases archaïques et des angoisses psychotiques, avec en réaction la mise en place de défenses qui caractérisent la position schizoparanoïde, position dont la fixation au delà des premiers mois et l'exacerbation du fait de l'intensité des pulsions agressives aboutiraient à la pathologie. Pour elle, pour se défendre de l'agressivité primaire vécue comme dangereuse et mortifère l'enfant morcelle, clive et projette ses affects sur les objets environnants. Ceux ci perdent alors leurs propriétés propres, deviennent persécuteurs et dangereux. Pour lutter contre, l'enfant introjecte les bonnes parties des objets et du soi en un ensemble confus mais qui se doit d'être omnipotent, pour lutter contre les mauvais objets externes. L'enfant normal, grâce à l'épreuve de réalité, les progrès de sa maturation psychique, la permanence de la pulsion libidinale pourra surmonter la position schizoparanoïde, supporter la position dépressive et accéder à l'ambivalence névrotique. Chez l'enfant psychotique, l'intensité des pulsions agressives ne permet pas le dépassement de la position schizoparanoïde, intensifie les défenses et le maintient dans une position archaïque.

- F. Tustin : reprenant les travaux de M. Klein, elle axe ses recherches sur « la dépression psychotique », c'est à dire le sentiment de rupture dans la continuité qui crée un « trou noir effrayant » contre lequel l'enfant lutte par des mécanismes archaïques comme le repli autistique ou l'identification projective ou maniaque. En cherchant à nier toute discontinuité entre son corps et l'environnement, l'enfant tente de préserver un sentiment de continuité minimum. C'est le rôle de ce qu'elle nomme les « trace-sensations », ces traces autistiques qui persistent en l'absence de l'objet, l'enfant investissant son attention sur cette sensation corporelle, garante du sentiment de continuité. Aussi, les autostimulations, la manipulation d'objets pour leur qualité sensorielle, l'isolement de l'enfant dans une « coquille autistique » à l'auto-sensualité envahissante sont des éléments représentatifs de la lutte contre la discontinuité.
- D. Meltzer : nous l'avons également déjà évoqué, rappelons qu'il se centre sur l'hypothèse d'un « conflit esthétique » entre la forme extérieure de l'objet, attirante et fascinante, et sa profondeur, inconnue et angoissante. L'investissement de la mère oscillerait entre ces 2 niveaux et dans le cas de l'autisme, resterait fixé en surface.
- M. Malher : elle étudie l'évolution du couple mère-enfant à travers l'autonomisation de ce dernier. Elle en décrit plusieurs phases :
 - La phase autistique initiale (1ères semaines) : dans cette phase « autistique normale », le nouveau-né oscille entre phase de besoin et phase de satisfaction et n'a aucune conscience de son individualité ou de celle de sa mère. La satisfaction de ses besoins relève alors de sa seule toute-puissance autistique.
 - La phase symbiotique (3 - 8 mois) : elle apparaît lorsque sous l'effet de la maturation, le bébé devient capable « d'attendre et d'anticiper avec confiance la satisfaction » grâce aux traces mnésiques plaisantes laissées par les précédentes gratifications. Le besoin physiologique se mue en désir, faisant apparaître un début de « moi » et d'objet symbiotique. Ainsi l'enfant se vit comme uni à la bonne mère au sein d'une « membrane

symbiotique », au delà de laquelle sont rejetés et projetés tous les mauvais objets. A ce stade, la perte de l'objet symbiotique équivaut à la perte d'une partie de soi.

- La phase de séparation-individuation (6-18 mois) : lorsque l'enfant du fait de son développement moteur, entre autre, est tout près du fonctionnement autonome et y prend plaisir, cette explosion motrice lui permet de s'éloigner de sa mère tout en la gardant comme « balise externe d'orientation ». L'intériorisation des objets et l'acquisition de la permanence de l'objet lui donnent l'assurance nécessaire pour être autonome.
- Pour M. Mahler, la pathologie psychotique infantile résulte d'un échec dans le processus global d'individuation, dont elle situe l'origine aussi bien chez l'enfant (dans une incapacité innée du moi à neutraliser les pulsions notamment) que chez la mère (franchissement de palier impossible du fait de l'angoisse massive que suscite cette étape chez la mère). Elle différencie les psychoses autistiques précoces, dont le mécanisme principal serait une « conduite hallucinatoire négative » qui annulerait toute perception du monde externe y compris de la mère, des psychoses symbiotiques où l'enfant, au 2^e stade de son développement, oscillerait entre un désir de fusion absolu au bon objet partiel et une crainte de réengloutissement ou d'anéantissement de cet objet. Les mécanismes de maintien s'organiseraient alors autour du clivage, entre une unité mère-enfant toute puissante et une projection persécutive sur le monde extérieur. La pathologie deviendrait patente vers 3-4 ans lorsque la maturation neurophysiologique viendrait faire éclater l'illusion de l'unité mère-enfant.
- D. Winnicott : ses travaux s'attachent à décrire les relations d'adaptation réciproque de la mère et son enfant. Dans un premier temps l'enfant vit dans une illusion de toute puissance puisque sa mère « suffisamment bonne » lui apporte tous les soins nécessaires à travers 3 fonctions: elle le soutient (holding) le soigne (handling) et lui présente des objets (object

presenting). Cette adéquation parfaite entre ses besoins et leur satisfaction donne au nouveau né l'illusion d'être lui même créateur des objets externes. Winnicott situe la naissance de la pathologie à ce moment, si la mère fait défaut, l'enfant pouvant alors éprouver des « angoisses impensables » comme la sensation de ne pas cesser de tomber, la faillite de « la résidence dans le corps », la perte du sens du réel. La réponse à ces angoisses serait alors la désintégration, la dépersonnalisation, l'état autistique, l'exacerbation du narcissisme primaire... Il ne s'agit pas comme pour Klein ou Malher d'une fixation à un stade de développement normal mais bien une voie de développement indépendante, annexe et pathologique. (1)

On voit se dessiner un « millefeuille » d'hypothèses qui à notre sens sont autant de niveaux de compréhension indispensables à l'appréhension de la complexité de la pathologie autistique. Aucun niveau de compréhension ne semble se suffire à lui même et l'on constate même une certaine concordance entre divers niveaux. La fragmentation des expériences notamment vient solliciter à la fois les niveaux organiques, neurocognitifs, cliniques et psychodynamiques. S. Lebovici disait que la psychanalyse n'avait rien à craindre des avancées spectaculaires des neurosciences, et qu'elle les attendait même avec impatience car elles donneraient de nouvelles portes d'entrée dans le modèle polyfactoriel auquel il importe que nous nous tenions fermement dans le champ de la psychopathologie. (6) Dans cet ensemble de dimensions imbriquées, il semble néanmoins important de ne pas perdre de vue la dimension la plus proche de l'enfant, de son bien-être, la dimension clinique, qui ne saurait s'effacer devant un « scientisme » aussi caricatural qu'inopérant s'il doit se développer en dogme univoque. Dans le même ordre d'idées, l'héritage psychanalytique par lequel s'est construit la pédopsychiatrie, bien que ne pouvant constituer à lui seul une grille de lecture satisfaisante, ne peut être totalement évincé de nos modèles de compréhension, malgré la polémique actuelle. Ainsi, si toutes ces dimensions sont à prendre en compte dans la prise en charge des enfants autistes, la clinique semble la plus à même de nous fournir des points de repères dans la pathologie de l'enfant et son évolution. Nous allons maintenant décrire les modalités de la prise en charge du trouble autistique, du point de vue du clinicien.

D) Prises en charge

La question de la prise en charge vient en toute logique rejoindre les mêmes difficultés et débats qui agitent le monde scientifique à propos de l'étiologie. Comme nous avons pu le signaler plus tôt, les théories étiologiques n'en sont toujours qu'au stade de recherche et d'hypothèse et aucune ne semble se suffire à elle-même. Malgré ce constat, l'orientation thérapeutique dépend à l'évidence de la conception théorique de « prédilection » du clinicien, aussi ouvert soit-il. Si les controverses persistent, la plupart des professionnels reconnaissent néanmoins la nécessité de prises en charges plurifocales et souples, s'adaptant à chaque problématique singulière. Dans le débat actuel, la forte prédominance des méthodes éducatives et comportementales, sous-tendue par le cheminement historique qu'on a pu évoquer antérieurement, ne doit pas faire oublier la nécessaire prise en compte des autres dimensions de la pathologie autistique. Les dernières recommandations de l'HAS publiées en Mars 2012 portent le nom évocateur d' « Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées ». Si ce titre comporte la notion de pluridisciplinarité, il est intéressant de noter que ce sont les interventions éducatives qui sont priorisées dans le choix des mots. Il est à ce propos interpellant de constater que parmi les participants à l'élaboration de cette recommandation, un grand nombre (notamment de professeur en pédopsychiatrie) ont signalé leur désaccord avec tout ou partie du document final, témoignant de la difficulté actuelle à trouver la place des soins psychiques dans la prise en charge de l'autisme.

1. Principes de base des interventions thérapeutiques

❖ Pluridisciplinarité et personnalisation du projet de soin

Comme nous avons pu le signaler plus haut, la plupart des cliniciens s'accordent sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, permettant une meilleure prise en compte des différents aspects de la pathologie autistique chez l'enfant. On a déjà mis l'accent sur la variété des formes cliniques rencontrées dans le groupe des TED, il convient donc de prendre en compte les particularités cliniques de chaque enfant afin de déterminer un projet de soins adapté. Ainsi on pourra utiliser des approches psychothérapeutique, psychomotrice, orthophonique, éducative, pédagogique afin de répondre spécifiquement aux besoins de l'enfant. (1)

❖ Objectifs

Quelle que soit la méthode employée le traitement devrait toujours avoir pour objectifs globaux de faire émerger l'individu comme une personne et de lui donner les moyens d'une communication véritable avec lui même comme avec autrui. L'HAS, dans une optique plus orientée vers le handicap définit ainsi le but des interventions (2):

- Proposer à l'enfant et à sa famille un cadre relationnel sécurisant
- Favoriser le développement de l'enfant dans différents domaines fonctionnels (communication et langage, interactions sociales, domaines sensoriel, moteur, cognitif, émotionnel et affectif) ainsi que sa participation sociale et scolaire, son autonomie, son indépendance, ses apprentissages et ses compétences adaptatives
- Réduire les obstacles environnementaux augmentant sa situation de handicap
- Concourir à son bien-être et à son épanouissement personnel.

❖ Partenaires dans le soin :

Au delà des interventions pluridisciplinaires au sein d'un établissement de soins il est important de pouvoir considérer la collaboration avec différents secteurs intervenants dans l'entourage de l'enfant

- La famille : partenaire essentiel du soin, elle doit être au maximum impliquée dans les décisions et dans le projet de soins, selon ses capacités de mobilisation. Elle peut également être incluse dans certaines actions thérapeutiques conjointement avec son enfant ou seule.
- L'Education nationale : lorsqu'un projet d'intégration d'une classe, spécialisée ou non, est envisagée, il est important qu'une communication puisse s'établir de façon bilatérale, autour de projets d'accueils individualisés ou d'équipe éducative. Cette collaboration permet un échange précieux d'informations sur l'enfant en dehors du milieu soignant.

- Les différents spécialistes pédiatriques : pédiatres, ophtalmologistes, ORL, généticiens, neuropédiatres peuvent être sollicités pour le suivi physique de l'enfant et pour la détection d'affections associées à la problématique autistique.
- Le secteur médico-social et sanitaire : les institutions tels que la MDPH, la PMI, l'ASE sont des partenaires fréquents.

2. Les interventions psychothérapeutiques

❖ Approches psychodynamiques

Utilisant les références psychanalytiques, elles sont souvent difficiles à mettre en place dans le cadre de l'autisme, nécessitant des aménagements dans le mode de communication avec l'enfant. Elles peuvent être proposées pour l'enfant en individuel, il s'agira alors de privilégier le langage comme moyen de communiquer et de donner du sens aux symptômes ou événements présents et passés de l'enfant, ou sous forme de psychothérapie mère-enfant pour les enfants les plus jeunes qui permettent l'intervention d'un tiers dans une relation de type fusionnel, d'introduire avec la mère la dimension du sens ou d'aborder des angoisses persécutives ou dépressives qui peuvent mobiliser une importante énergie défensive. (1) Ces approches sont l'objet d'une importante controverse, à tel point qu'un rapport récent de l'HAS (26) conclut à une absence de preuve quant à leur efficacité. Cette polémique est à mettre en lien avec l'histoire de l'autisme telle qu'on a pu la décrire dans ce travail, elle émane principalement d'associations de patients et de familles de patients et vient pointer des dérives et extrémités de la psychanalyse, notamment dans la désignation de la mère comme étiologie unique à la pathologie autistique, à une époque où la psychanalyse a pu être utilisée de façon rigide voire dogmatique. Bien évidemment ces théories extrêmes sont tombées en désuétude et la plupart des établissements de soins pédopsychiatriques, bien que gardant en tête l'héritage psychanalytique qui a permis le développement de la pédopsychiatrie, se sont détachés de la méthode analytique formelle. Les approches psychodynamiques sont plutôt utilisées dans des cadres plus larges, en complément d'autres prises en charge, ou dans l'accompagnement des équipes

soignantes et de leurs difficultés lors de la prise en charge souvent éprouvante d'enfants autistes.

❖ Thérapies à médiation

Elles sont souvent privilégiées car utilisant des techniques régressives qui viennent rencontrer les problématiques archaïques autistiques. (1) On peut citer, dans une liste non exhaustive :

- Les approches à médiation corporelle : elles peuvent être de l'ordre de la thérapie corporelle, individuelle ou en groupe, permettant un travail autour de l'expérience corporelle, motrice et perceptive, ou utiliser un outil médiateur. Parmi celles ci on citera :
 - La pataugeoire ou « flaque thérapeutique » : elle permet à l'enfant d'expérimenter son corps différemment dans l'eau, de vivre des expériences sensorielles nouvelles, de favoriser l'émergence de représentations psychiques corporelles solides, notamment dans la différenciation dedans/dehors, contenant/contenu. L'enfant est accompagné par les soignants qui donnent du sens et mettent en mots l'expérience.
 - La « terre » : grâce à son aspect souple, malléable et sa capacité à être transformée, voire malmenée, l'argile est un support idéal de projection des fantasmes archaïques. Elle permet une mise en forme des vécus corporels archaïques, l'exploration d'expérience sensorielle, le passage de sensations vécues de manière isolée vers une expérience socialisée.
 - Le « packing » : il est indiqué dans quelques cas d'enfants très régressés et désorganisés. Il a été le sujet de multiples controverses, l'HAS ayant finalement décidé de poursuivre les études afin de déterminer si un bénéfice pouvait être mis en évidence. Le packing utilise des enveloppements humides d'abord froids puis progressivement de plus en plus chauds. Cette technique permet une expérience corporelle rassemblante chez des enfants à la perception corporelle très morcelée, permettant également de désamorcer les conduites d'automutilation et les

agitations psychomotrices majeures, grâce à cette sollicitation sensorielle de l'ensemble de la surface du corps plus intense que celle du quotidien.

- L'équithérapie : elle s'inscrit dans cette catégorie car elle vient solliciter le corps dans son ensemble à la fois par l'expérience psychomotrice et sensorielle lors de la montée mais aussi dans la découverte d'un corps différent, celui de l'animal, dans toutes ses dimensions notamment physiologiques, motrices... Elle permet de construire un lien avec un être vivant en dehors du champ verbal, utilisant en grande partie le langage corporel. Nous en explorerons plus en avant les caractéristiques dans un autre chapitre. (cf partie C)
- Autres médiations :
 - La musique : vecteur de communication non verbal, elle permet un dialogue musical pré verbal et l'émergence de ressentis émotionnels non médiés par la parole. Elle permet également de travailler l'ajustement sensoriel au monde sonore.
 - Les repas thérapeutiques : ils permettent d'intégrer des modes socialisés de rapport à la nourriture, d'éprouver le plaisir, le déplaisir, l'envie, l'attente, dans un cadre sécurisant, de développer une attention perceptive du passage de l'aliment du dehors au dedans, à même d'aider l'enfant dans la différenciation du dehors/dedans.

❖ Approche comportementale

Les thérapies comportementales, plus utilisées dans les pays Anglo-Saxons qu'en France visent à la réduction ou à l'extinction des comportements négatifs et au renforcement des comportements positifs via des méthodes de conditionnement. Les 2 méthodes les plus utilisées chez l'enfant autiste, la méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren) et la méthode ABA (Applied Behavioral Analysis) se situent à la frontière entre méthode comportementale et méthode éducative. (1) Elles seront traitées dans la section des méthodes éducatives.

❖ Approche institutionnelle

Elle intervient le plus souvent sous la forme d'hôpitaux de jour, lorsque le maintien de l'enfant dans son cadre de vie habituel, notamment scolaire s'avère impossible et que l'importance des soins ne permet plus la prise en charge ambulatoire. Elle permet une prise en charge complète, personnalisée pour chaque enfant, facilitée par l'organisation matérielle. L'institution prend un rôle de repère spatiotemporel pour l'enfant et sa famille, de cadre privilégié et solide à l'intérieur duquel peut se jouer la transgression, l'alliance, le retrait, l'opposition... La multiplicité des intervenants et l'analyse collective des enjeux relationnels parents/enfants, enfants/soignants, parents/soignants en font des lieux d'interaction particulièrement porteurs.

Très exceptionnellement, on a recours à d'autres types de placement institutionnels à temps complet, type hospitalisation complète, internat, ou accueil familial thérapeutique. Ces modalités ne devraient en théorie intervenir qu'en cas de contre-indication absolue à un maintien dans la famille, lorsque celle-ci est clairement rejetante voire maltraitante. Les études montrent que le maintien de l'enfant dans sa famille est un facteur d'évolution favorable. (1)

❖ Après des parents

Elles sont toujours souhaitables mais de nature diverses selon les situations cliniques. Il peut s'agir d'interventions de guidance parentale, de soutien psychologique, de thérapie familiale formelle, de participation à des groupes de parents, de thérapies parents-enfants... Il est parfois compliqué d'associer les parents à des soins et leur disponibilité psychique, leur volonté de comprendre et de s'engager dans des soins doit être évaluée et leur refus respecté. On sait néanmoins que l'alliance familiale est un facteur déterminant dans l'évolution de la prise en charge, notamment dans la continuité des soins. (1)

3. Les interventions éducatives, rééducatives et pédagogiques

❖ Prise en charge orthophonique

L'absence de langage chez une grande partie des enfants autistes ne contre-indique en rien la prise en charge orthophonique, au contraire. Elle est avant tout

proposée dans une démarche de soutien à la communication, pour faciliter l'apparition du langage. Dans ce contexte elle s'appuie dans un premier temps sur la relation avec le soignant, le plaisir à être en séance d'orthophonie. Le travail s'appuiera ensuite sur des supports non verbaux (langage des signes, gestes, mimiques, pictogrammes) avant d'éventuellement avoir accès, lorsque l'enfant paraît accéder à la communication verbale, à un travail orthophonique plus classique. (1)

❖ Rééducation psychomotrice

En individuel ou en groupe, elle se distingue de la thérapie psychomotrice par son aspect correctif, axée sur la normalisation de la posture ou du fonctionnement tonique, statique et dynamique. Elle utilise des méthodes ludiques souples (jeu de ballon, rubans...) ou des exercices plus codifiés. En pratique, il est rare que la prise en charge psychomotrice des enfants autistes soit purement rééducative (notamment dans les lieux de soins hospitaliers), l'aspect corporel de la pathologie étant comme on a pu le voir hautement intriqué avec les autres aspects. Les soins relèvent plus souvent d'une réelle thérapie psychomotrice.

❖ Méthodes éducatives

Elles sont de plus en plus utilisées dans les TED, au détriment parfois d'une approche plus globale. Nous en détaillerons 3 :

- La méthode ABA ou analyse du comportement appliqué : cette méthode développée dans les années 60 aux Etats Unis par Lovaas est une approche inspirée du behaviorisme et donc très en lien avec le comportementalisme. C'est une méthode très intensive qui cherche à enseigner à l'enfant comment apprendre en se centrant sur certaines habiletés (être attentif, imiter, développer le langage réceptif et expressif, les habiletés pré-académiques et l'autonomie personnelle) en utilisant la technique des essais distincts répétés. Ainsi, chaque tâche demandée à l'enfant se décompose en 3 temps : la demande, la réponse attendue, la conséquence qui sera un renforcement positif ou négatif. Certains auteurs ont pu émettre une réserve sur ces méthodes tant en terme d'éthique que de méthode, la question du sujet se résumant ici à la question de ses symptômes.

- La méthode TEACCH ou traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés: ce modèle a été développé aux Etats-Unis dans les années 70 par Shoppler. Cette méthode est également inspirée du behaviorisme mais intègre une dimension développementale et de collaboration avec les parents plus marquée que la méthode ABA. Elle vise là encore à stimuler et gratifier les comportements et les savoir-faire dans les domaines de l'imitation, la perception, la motricité fine et globale, la coordination oculo-manuelle, les performances cognitives, la cognition verbale, le langage. (1)
- Les TED (Thérapies d'Echange et de Développement) : cette thérapie a été créée dans les années 80 par l'équipe du Centre Hospitalier de Tours. Elle s'appuie sur des données cognitives et neurophysiologiques et se présente comme une rééducation neurofonctionnelle. En pratique, il s'agit de rééduquer les fonctions cérébrales déficientes dans l'autisme : l'attention, l'association, l'intention, le contact, la communication et la régulation. Lors de séances courtes dans une pièce pauvre en stimulation, le soignant travaille sur ces composantes à l'aide du jeu. La séance est enregistrée en vidéo qu'un groupe pluridisciplinaire analysera afin de percevoir la progression de la thérapie. Contrairement aux méthodes évoquées précédemment, cette méthode n'est pas conçue comme une thérapie isolée et se suffisant à elle même mais comme un outil thérapeutique à intégrer à un programme de soin (27).
- Le modèle de DENVER (Early Start Denver Model (ESDM)) : il s'agit d'une approche développée il y a 30 ans aux Etats Unis par deux psychologues spécialistes du développement de l'enfant. Cette méthode se fonde sur des concepts développementaux, socio-émotionnels, comportementaux et d'apprentissage issus de la recherche sur les troubles autistiques précoces, notamment les travaux de D. Stern. Postulant un trouble précoce de l'imitation responsable du déficit du développement socio-communicatif dans l'autisme, le modèle de Denver cherche à relancer les processus de développement altérés, particulièrement chez les jeunes enfants, en

partenariat étroit avec les parents. Il fait appel à différentes techniques, notamment la répétition d'activités centrées sur la relation sociale (comptines, jeux de cache-cache) appelées des « routines sensorielles et sociales » qui visent à améliorer l'attention sociale de l'enfant et sa motivation pour l'interaction sociale. Pour favoriser les apprentissages, l'ESDM s'appuie sur les méthodes de l'analyse appliquée du comportement mais dans une variante mettant en avant la prise en compte des intérêts de l'enfant et de son choix pour des activités, l'utilisation de renforçateurs naturels, directement liés aux buts et aux réponses de l'enfant, l'alternance entre les compétences déjà acquises et les compétences en émergence et le partage avec l'enfant du contrôle sur le matériel et les interactions. C'est un modèle *naturaliste* c'est-à-dire transposable dans tous les environnements naturels du quotidien des jeunes enfants et *généraliste*, réunissant des équipes pluridisciplinaires pour prendre en compte l'ensemble des domaines du développement altérés. (28)

❖ Apport pédagogique

- Le maintien dans une scolarité ordinaire, dans des conditions favorables (petits effectifs, enseignement aménagé) est souhaitable à condition que l'enfant en retire un bénéfice tant sur le plan cognitif que relationnel. Il arrive parfois que l'insistance à maintenir l'enfant dans un milieu ordinaire au dépend de son bien-être vienne trahir un déni familial pathogène. Le risque d'un maintien inadapté est de renforcer le sentiment de rejet et de dévalorisation chez l'enfant.
- Un apport pédagogique adapté peut être proposé en service pédopsychiatrique, notamment en hôpital de jour, où le travail avec un enseignant spécialisé détaché de l'Education nationale se fait en individuel ou en tout petit groupe, en prenant en compte les capacités, les intérêts, les investissements particuliers de chaque enfant, constituant une base à partir de laquelle on pourra approfondir d'autres compétences.
- Les classes d'enseignement spécialisé (ULIS classe, puis ULIS) forment une alternative intéressante. Elles peuvent se fréquenter à temps plein ou

partiel en complément d'un hôpital de jour par exemple. Elles ont un effectif maximum de 12 élèves en situation de handicap et sont généralement incluses dans un établissement scolaire classique. Elles sont malheureusement peu nombreuses.

4. Place du traitement médicamenteux

Il n'existe pour le moment aucun traitement médicamenteux spécifique de l'autisme infantile et de son faisceau de manifestations. Il arrive néanmoins que l'on propose un traitement symptomatique devant une manifestation particulièrement profonde, invalidante ou dangereuse de la maladie (crise d'angoisse massive, hyperkinésie destructurante, automutilations...) ou devant la mise en péril des autres soins thérapeutiques. Les médicaments ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication sont : l'halopéridol, le pimozide et la rispéridone. (29) Cette utilisation s'avère décevante au long cours car on observe des phénomènes d'échappement à la molécule au bout de quelques mois, annulant le bénéfice symptomatique du traitement. Les effets secondaires de telles molécules sur les enfants doivent également être pris en compte dans la décision de traiter. (1)

Par contre, le traitement médicamenteux peut être utile pour traiter des comorbidités durables: méthylphenidate pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, molécules antidépressives type ISRS pour les troubles dépressifs voire anxiodépressifs (le seul autorisé chez l'enfant par l'HAS étant la sertraline), anxiolytiques pour les troubles anxieux, mélatonine pour les troubles du sommeil. (29)

Quelques molécules sont en cours d'expérimentation, notamment l'ocytocine (30), la guanfacine (agoniste alpha-adrénergique) et le lithium (29).

2^e partie : La médiation animale chez l'enfant

Après avoir décrit la pathologie autistique dans tous ces aspects, nous pouvons passer à la connaissance et la compréhension de la médiation animale, en particulier celle qui intéresse l'enfant. Dans cette partie, nous nous attacherons à décrire les processus qui font la spécificité de cette orientation, dans un premier temps en découvrant l'éthologie, ses liens avec la pédopsychiatrie, ses apports en terme de connaissance du comportement équin. Puis nous évoquerons la zoothérapie dans ses aspects généraux et plus concrets. Enfin on étudiera plus en avant le lien qui unit l'enfant et l'animal, afin d'en comprendre l'intérêt dans la médiation animale.

A) L'éthologie

1. Définition

Etymologiquement, éthologie signifie « étude des mœurs ». L'éthologie est la science qui étudie les comportements animaux (donc humains), considérés sous l'angle de leur sous-bassement biologique, de leur agencement en séquence d'interaction, de leurs fonction d'adaptation à leur environnement, de leur développement et de leur différenciation au cours de l'évolution. A partir de ces observations, elle permet d'affiner le classement des espèces en montrant que les renseignements comportementaux précisent les renseignements apportés par la physiologie et la morphologie d'une espèce : elle montre ainsi que les comportements ont une histoire véritablement significative au cours de la phylogénèse. Elle se base également sur l'étude de l'embryologie, afin de comprendre les modalités de maturation des espèces, modalités qui intéressent le développement organique mais aussi les systèmes de comportement. Plus récemment, les éthologues ont pu définir leur discipline comme une méthode de psychologie expérimentale permettant de lier un comportement animal à un mécanisme neurobiologique précis. (5) L'éthologie se distingue du behaviorisme dans sa démarche naturaliste, d'observation des comportements en milieu naturel la plupart du temps. Pour citer D. Marcelli : « En éthologie, l'animal pose problème à l'homme, tandis qu'en expérimentation pavlovienne, l'homme pose un problème à l'animal ». (1)

2. Histoire

- C'est en 1859 qu'apparaît la première mention du terme éthologie, sous la plume d'Isidore Geoffroy de Saint Hilaire, naturaliste, professeur de zoologie, administrateur du jardin d'acclimatation à Paris. Il écrit « C'est à l'éthologie (...) qu'appartient l'étude des relations des êtres organisés dans la famille et la société, dans l'agrégat et la communauté » posant les bases d'une approche centrée sur la dynamique relationnelle des organismes dans leurs contextes écologiques de survenue.
- C. Darwin apparaît comme le précurseur de l'éthologie objectiviste contemporaine (qui sera officiellement fondée et popularisée par les travaux de K. Lorenz et de N. Tinbergen). Après avoir publié « L'origine des espèces » et ainsi fondé les principes de la sélection naturelle, puis ceux de la sélection sexuelle dans « La descendance de l'homme », Darwin se lance en 1872 dans une description minutieuse de divers mouvements expressifs chez l'homme et l'animal, se livrant à un travail de comparaison inter et intra spécifique. Il pose ainsi la question fondamentale de savoir si les expressions d'émotions (sourire, rire, colère, mépris, frayeur...) sont spécifiques à l'être humain ou universelles.
- En 1898, le zoologiste américain C. Witman reprend les travaux de Darwin, en étudiant le comportement des salamandres, des sangsues et des pigeons. Il constate alors une conjonction dans l'organisation de leurs structures instinctives et morphologiques. Il différencie les mouvements instinctifs en 2 catégories : l'activité consommatoire faite d'actes terminaux fixés et rigides, semblant coordonnés de façon héréditaire, et les comportements d'appétence, bien plus dépendants des variations environnementales. O. Heinroth reprendra ces concepts d'actes instinctifs caractéristiques d'une espèce, et observera des « mouvements d'intention » de valeur informative entre congénères. Il sera le précurseur du concept d'« empreinte » (théorisé plus tard par K. Lorenz), qui décrit le processus par lequel se fixent les schémas parentaux ou sexuels, lors de périodes critiques au cours desquelles les actes instinctifs d'attachement ou les jeux sexuels se réalisent

pour la première fois. Il reprendra le terme éthologie proposé par De Saint Hilaire dans un sens contemporain. En 1914, J.S. Huxley décrivant la parade nuptiale de la grèbe huppée, cérémonie particulièrement fixée, où mâle et femelle semblent se synchroniser selon des échanges très formalisés, emploie le terme de « ritualisation » (par analogie avec les rituels humains) pour décrire la formalisation et la canalisation adaptative d'un comportement instinctif primitif, permettant l'établissement d'un sens implicite mutuellement reconnu entre congénères. Ce processus s'est révélé particulièrement fréquent chez toutes les espèces supérieures.

- Enfin, c'est avec les écrits de K. Lorenz et N. Tinbergen que l'éthologie contemporaine prend réellement naissance. Ceux ci s'attachent à synthétiser et théoriser tout le champ des découvertes issues de l'observation des espèces sur le terrain, aboutissant à une double conclusion :
 - La moindre séquence comportementale est composée de paramètres infiniment complexes, que ne sauraient résumer le schéma « stimulus-réponse » du behaviorisme. Ces paramètres impliquent à la fois des actes instinctifs acquis lors de la phylogénèse et des processus d'apprentissage au degré de complexité variable, se développant au cours de l'ontogénèse.
 - Les espèces les plus différentes (de l'ordre des poissons, oiseaux, mammifères) peuvent développer des systèmes fonctionnels analogues sous l'influence de pressions sélectives convergentes. Ainsi chez tous les vertébrés, les soins portés aux jeunes deviennent une activité sociale (de façon plus ou moins développée selon leur place sur l'échelle évolutive et le degré d'immaturité du petit naissant). La socialisation elle même semble corrélée aux expériences précoces de lien (comme chez le petit d'homme selon la théorie de « l'embryogénèse du moi » proposée par Spitz en 1965).
- Les études plus récentes s'orientent vers des recherches de plus en plus précises sur les interactions sociales entre les congénères d'une espèce donnée, leurs proies, leurs prédateurs, montrant que les espèces

supérieures sont capables de pensée, de stratégie relationnelle et aboutissent à complexifier les frontières existantes dans les données de l'éthologie animale et humaine. Elles révèlent l'importance des singularités de chaque individu dans le groupe. (5)

Nous allons maintenant voir en quoi les apports de la discipline éthologique peuvent servir à approfondir la connaissance du développement de l'enfant humain.

3. Apports de l'éthologie en pédopsychiatrie

❖ Apport éthologique sur le développement humain

- Sur les interactions précoces mère/enfant
 - Schème inné/Empreinte: On constate que très tôt dans la vie des vertébrés apparaît chez le nouveau né des comportements structurés qui l'orientent spontanément vers l'objet maternel. Ces mécanismes de reconnaissance sont soit complètement acquis pendant la phylogénèse (mécanisme inné) soit déterminés par le contact direct avec le représentant maternel lors d'une période critique ou sensible lors de l'ontogénèse (empreinte), soit, le plus souvent, par une conjugaison des 2 phénomènes.
 - Le schème inné : cela peut être un signal acoustique spécifique émis par le « compagnon-parent », caractéristique de l'espèce, et ayant une valeur de cri d'appel ou de conduite. C'est ainsi que le petit canard col-vert réagit spécifiquement au cri d'appel de ses parents. Le nourrisson humain, lui, réagit spécifiquement à la voix humaine et est particulièrement attentif aux fréquences de la voix féminine. Au niveau visuel, Spitz a pu décrire que la présentation du schème « yeux front nez » déclenchait le sourire du bébé vers 3 mois.
 - L'empreinte : elle correspond à l'acquisition du schéma parental, déclenchant l'acte instinctif d'attachement. Cette acquisition se fait lors d'une période critique (très courte et immuable entre les

individus d'une même espèce) ou seulement sensible (plus longue et variable interindividuellement). Cette acquisition a un caractère irréversible. Bowlby en 1969 postulera que l'enfant humain se situe à cet égard dans la continuité des autres mammifères et des oiseaux. L'observation clinique lui permet d'affirmer la validité du concept d'empreinte chez l'homme à partir des données suivantes :

- La gamme des stimuli qui déclenchent des réponses sociales chez l'enfant se restreint progressivement.
 - Ces réponses s'orientent préférentiellement vers des types de stimuli, tels que l'olfaction, la voix ou le visage humain.
 - L'attachement à une personne est d'autant plus marqué que les interactions sociales avec elle sont plus importantes.
 - Il existe une structuration du comportement d'attachement avec la distinction entre figures familières et étrangères.
 - La « peur de l'étranger » qui en découle vers 8-9 mois rend plus difficile l'établissement d'une nouvelle figure d'attachement après 1 an.
 - Une fois l'attachement installé, l'enfant se servira de l'une de ces figures comme d'un référent non interchangeable et le préférera à toute autre figure.
- Schème inné et schème empreint concourent à la construction d'unités fonctionnelles de plus en plus complexes où les apports de la phylogénèse et de l'ontogénèse non seulement s'additionnent mais aboutissent à l'émergence d'une qualité supérieure à la sommation des 2 (le concept d'imagen parental en constituerait un exemple). (5)

- Sur la privation maternelle précoce:
 - Observation en milieu naturel: J. Van Lawick-Goodall observe chez des petits chimpanzés dont la mère vient à disparaître des réactions dépressives typiques. Ainsi est décrit Merlin, petit de 3 ans qui revient dans sa colonie après 3 mois d'absence et la mort de sa mère. Sa sœur aînée de 6 ans tente d'adopter à son égard une attitude maternante (partage du nid, grattage...) mais son jeune âge l'empêche de le porter longtemps. Merlin s'amaigrit, devient apathique, cesse de jouer, il devient incapable d'évaluer le danger notamment venant des autres mâles et l'ensemble de ses capacités sociales sont affectées. Il semble plus soumis que ses congénères mais adopte un comportement hyper agressif envers eux. A 6 ans son état s'aggrave avec l'apparition de comportement de grattage, d'arrachage de ses poils, mâchonnant des racines, se balançant latéralement ou restant longtemps allongé sur le sol, comme par épuisement. Parfois les réactions sont moins importantes et moins longues notamment si la « mère adoptive » est suffisamment âgée et solide pour réinstaurer un portage de bonne qualité. Les orphelins qui surmontent cette réaction dépressive restent néanmoins plus dépendants de leur sœur aînée que les autres, ne supportant pas le moindre éloignement physique.
 - Travaux de Harlow: les expériences en laboratoire de Harlow en 1958 viennent confirmer les observations faites sur le terrain concernant la nature du lien et l'importance des conséquences des privations maternelles précoces, montrant le caractère primaire des mouvements d'attachement, avec ses propres boucles de régulation, de renforcement et de maturation.
 - Harlow met des petits macaques rhésus séparés précocement de leur mère en présence de substituts différents : un premier groupe est confié à un substitut en fourrure-allaitant et à un substitut treillis-non-allaitant. Un 2^e groupe est confié à un substitut treillis-allaitant et un substitut fourrure-non-allaitant. Si les singes du

premier groupe choisissent le substitut fourrure-allaitant, les singes du 2^e groupe passent la majeure partie de leur temps sur le substitut fourrure non allaitant. Il en conclut donc que le réconfort du contact constitue une variable phylogénique plus importante que le mécanisme ontogénétique de recherche de contact à partir de l'expérience de satisfaction alimentaire.

- Il étudiera également les effets de la privation maternelle sur le développement des petits primates. Il constate que l'isolation sociale partielle des petits rhésus (où ceux-ci peuvent voir et entendre des congénères sans jamais les toucher) entraîne au fil des années un « syndrome catatonique » : balancement, blottissement, auto succion la première année puis développement d'une grande passivité, de stéréotypies, d'automorsure, d'un aspect rigide dans la posture. L'isolement total a un effet encore plus pathogène avec l'apparition d'un état de panique extrême, voire une conduite anorexique prolongée menant à la mort.
- Sur l'attachement selon Bowlby : Dès 1958, Bowlby fait l'hypothèse d'un comportement instinctif et adaptatif dont le schéma général serait caractéristique de chaque espèce, tandis que le détail de réalisation serait typique de chaque individu, avec comme résultat prévisible d'assurer la proximité de la mère. Ce comportement serait présent dès la naissance mais ce n'est qu'à partir du 6^e mois que l'enfant serait capable de modifier ses comportements d'attachement en fonction de l'attitude maternelle. Le comportement d'attachement contiendrait 2 composantes :
 - Les composants structurant l'attachement et favorisant le contact mère enfant, de 2 types :
 - Les conduites à valeur de signal : elles sollicitent l'attention de la mère. Ce sont les différents types de pleurs, le sourire, le babillage puis plus tard les mouvements de bras tendus et l'élévation du tronc. L'apparition du sourire au visage humain est un bon exemple d'une « organogénèse du comportement » puisqu'il apparaît de

façon constante à l'âge conceptionnel de 46 semaines, y compris chez les enfants aveugles de naissance.

- Les conduites à valeur d'approche : la succion non nutritive, le cramponnement puis plus tard, les efforts de l'enfant pour ramper, marcher ou courir vers la mère.
- Le développement temporel de l'attachement : Bowlby distingue 4 périodes dans le déploiement de l'attachement, de complexité croissante :
 - De 0 à 12 semaines : l'enfant présente des mouvements d'orientation et de signaux sans qu'ils soient liés spécifiquement à la discrimination du personnage maternel. Certes on note une discrimination préférentielle de l'odeur du sein maternel à partir du 2^e jour de vie comme étudié par Schaal (31), ainsi que de la voix maternelle dès 4 semaines, mais il s'agit de phénomènes partiels d'orientation et c'est principalement la mère qui assure la proximité.
 - De 12 semaines à 6 mois : le nourrisson exprime des mouvements d'orientation et des signaux envers la ou les personnes qu'il distingue. L'apparition du sourire a une valeur de ritualisation très importante de la relation, porteur d'un sens d'apaisement et de réassurance.
 - De 6 mois à 3 ans : l'enfant cherche à maintenir la proximité avec ses figures d'attachement qu'il discrimine parfaitement. C'est à ce stade que se développent l'angoisse de séparation et la peur de l'étranger. L'enfant réussit de mieux en mieux à adapter son comportement en fonction de celui de sa mère.
 - A partir de 3 ans : l'enfant peut établir de véritables relations de partenaire, il n'a plus besoin de la présence physique des figures d'attachement pour être sécurisé, il peut se contenter de savoir où elles se trouvent. Des figures secondaires peuvent prendre le relais (institutrices...) lui permettant d'explorer des milieux étrangers.

- L'attachement a ainsi une fonction de protection contre les risques potentiels que formeraient la rupture du lien lui-même et les agressions extérieures. La qualité de l'attachement déterminera chez l'enfant la qualité ultérieure de la relation à autrui et au monde extérieur.
- L'attachement est un comportement à double sens, la mère s'attachant à son bébé et développant des attitudes de soins s'ajustant de manière plus ou moins complémentaire aux signaux de l'enfant. Dès l'âge de 3 jours, l'odeur et les pleurs du nourrisson sont spécifiquement reconnus par la mère, selon les travaux de Schaal (31). Les comportements d'attachement entre les 2 parties s'apparentent donc à une « danse synchronisée », une oscillation de présence-absence, de recherche, d'obtention, d'arrêts des contacts sensoriels, de vocalise partagée. Loin d'être figées, ce sont comme pour les animaux des cérémonies dynamiques sans cesse renouvelées.
- Sur les comportements entre enfants : Les séquences comportementales d'interaction entre enfants du même âge semblent très ritualisées et constantes par delà les variations individuelles et socioculturelles. Ces ritualisations semblent venir canaliser dans une certaine mesure les échanges agressifs pour les réorienter à des fins de socialisation, soit sous la forme de jeux de « bousculade » (également constatés chez les primates) soit sous la forme d'une organisation hiérarchique entre les enfants. On note l'utilisation de séquences comportementales à but d'apaisement et de lien (offrande, caresse, inclinaison de la tête, main tendue...) ou au contraire à but de rupture, de fuite (cris, coups...). La fréquence d'utilisation de comportement d'un de ces deux registres détermine selon H. Montagner des profils comportementaux (leader, dominant agressif, dominés agressifs, dominés craintifs...), qu'il associe avec les variations de la qualité des interactions avec les figures d'attachement, qui seraient donc susceptibles de changer jusqu'à 3 ans. (5)

❖ Apport éthologique sur la pathologie du développement

- L'attachement anxieux selon Bowlby : l'anxiété de l'enfant dans le cadre de l'attachement anxieux est à distinguer des réactions de peur non

pathologique de l'enfant. Ces dernières apparaissent sous l'effet d'indices perçus par l'enfant comme signes d'un danger potentiel : chez le tout petit, ce sont les sons brutaux, les mouvements brusques, la lumière, puis vers 8 mois, ce sera la peur des personnes nouvelles, des lieux étrangers, des situations inhabituelles, avant que n'apparaissent des situations phobogènes plus complexes où s'intègrent des réactions innées et des réactions en référence à des notions subjectivement apprises, comme la peur du loup, de l'obscurité, de la solitude... A l'opposé, l'anxiété dans le cadre de l'attachement anxieux correspondrait à la crainte de l'absence de la figure d'attachement, c'est à dire sa non disponibilité physique ou psychique, alors qu'elle est ardemment souhaitée. La figure maternelle agissant comme une base sécurisante aboutissant à la création du sentiment de confiance en soi et à la perception des risques de danger, elle est une source d'information émotive et cognitive essentielle pour l'enfant. Si ces informations viennent à manquer, l'enfant sera dans l'incapacité d'élaborer des stratégies adaptées face au danger, les peurs de l'enfant prendront un caractère intense, diffus et disproportionné par rapport à la réalité. L'auteur repère des conditions concrètes favorisant l'apparition d'un attachement anxieux : absence de figure maternelle permanente, fréquence des séparations et des soins prodigués par des substituts non familiers, menaces d'abandon ou de suicide proférées par les parents, querelles violentes entre les parents qui font apparaître le risque d'un départ du domicile.

- Les réactions dépressives selon Bowlby : il s'agit de la concrétisation de l'anxiété évoquée plus haut. La perte réelle de la figure d'attachement entraîne un processus de deuil chez l'enfant, sensiblement similaire à celui d'un adulte dans la perte d'un être aimé. Bowlby distingue à la suite de Robertson trois phases dans le processus de deuil, qui possède là encore de grandes similarités avec les comportements animaux observables :
 - Phase de protestation : l'enfant fait des efforts intenses de retrouvailles, par des manifestations de pleurs et de colères. Cette tentative

instinctivement agressive a une fonction adaptative en cas de départ temporaire de la figure d'attachement, dissuadant la mère de partir à nouveau, mais en cas de deuil, l'agressivité se dirige vers la perte de l'objet, vers le self ou les personnes tiers.

- Phase de désespoir : elle est faite d'agitation, d'inquiétude, d'incapacité à rester en place ou à entreprendre une activité construite. Apparaît ensuite un comportement apathique, une diminution des jeux, un rejet des autres adultes, un état de nostalgie et d'hostilité intense, y compris envers l'objet disparu.
- Phase de détachement : l'objet perdu a été suffisamment détruit pour être reconstruit, il est alors réintégré sous une certaine forme, placé quelque part en soi. Cela permet la recherche de nouvelles relations avec le monde extérieur. Ceci témoignerait de la capacité à surmonter la dépression et les mouvements agressifs. De l'incapacité à supporter la désorganisation découlerait l'apparition de processus pathologiques comme le maintien d'une orientation vers l'objet perdu, celui-ci ne pouvant être remanié et abandonné, ou encore le clivage abrupt entre les réponses instinctives intéressant l'objet perdu et le reste de l'organisation psychique. (5)

Ainsi l'éthologie vient nous renseigner sur l'enfant et ses potentialités normales et pathologiques de développement. Le nourrisson humain apparaît ainsi extrêmement structuré, émotivement et cognitivement, dès les premiers jours de vie. Les études des séquences comportementales en éthologie semblent parfaitement opérantes lorsqu'on les applique à l'homme, témoignant d'une grande proximité comportementale entre l'homme et le monde animal, ce qui nous renseigne sur l'un des intérêts majeurs de la médiation animale. Néanmoins on notera un paradoxe qui vient nuancer la réflexion sur l'éthologie humaine : en effet s'il est possible de comparer les comportements de l'espèce humaine à ceux des autres espèces, la comparaison des comportements humains entre eux amènent à poser la question de l'« environnement naturel » de ceux-ci, environnement qu'on peut qualifier de « culturel », ce qui en fait une espèce singulière (ainsi en témoigne l'accès au symbole, à l'institution, au mythe, à la religion, à l'art, au média...) et recrée une disjonction entre l'homme et les autres espèces. Cette

particularité doit être prise en compte notamment par le fait que l'homme est finalement la seule espèce qui s'observe lui-même comme sujet d'étude, produisant des effets auto-référentiels complexifiant la compréhension des niveaux d'organisation des comportements humains.

Nous allons maintenant explorer le monde de l'éthologie équine afin de nous familiariser avec le comportement des chevaux, acteurs principaux de la médiation équine.

4. L'éthologie équine

L'éthologie équine est l'étude du comportement des chevaux, s'intéressant à leurs mode de vie en milieu naturel mais aussi aux relations intra-spécifiques, avec les autres chevaux, et inter-spécifiques avec les autres espèces animales, y compris avec l'homme. L'éthologie équine a donné naissance à une méthode de dressage s'inspirant de ses concepts : l'équitation éthologique. (32)

❖ Habitus du cheval dans son milieu naturel

Le cheval en liberté passe quinze heures par jour de son temps à pâturer tout en se déplaçant lentement. C'est un herbivore non ruminant ayant un rendement digestif faible, il doit donc consacrer une bonne partie de son temps à se fournir en énergie. Il passe également en moyenne cinq à sept heures par jour à se reposer, une à deux heures par jour à se déplacer, essentiellement au pas et une à deux heures par jour en vigilance à « surveiller » à tour de rôle. Le reste de son temps est consacré à diverses activités : s'abreuver, se rouler par terre ou développer des interactions sociales avec ses congénères. Ces activités sont effectuées de jour comme de nuit.

L'éthologie a permis de comprendre l'organisation sociale du cheval. Le cheval étant un animal grégaire, il vit en groupe. Une hiérarchie s'organise au sein de groupes fermés, composés de chevaux dominants et dominés. Cette hiérarchie dominants/dominés s'établit en fonction de plusieurs facteurs notamment l'âge et le tempérament des différents membres. Ce modèle structural lui permet entre autre d'assurer une surveillance face aux prédateurs, le cheval étant une proie, c'est grâce à son instinct de fuite qu'il assure sa survie. Le groupe compte en général trois à dix individus, un étalon entouré de plusieurs juments hiérarchiquement réparties et de

leurs poulains. Il existe également des groupes de jeunes mâles qui n'ont pas encore rejoint de harem, et qui « travaillent » leur assurance et mesurent leur force dans des jeux de combat, établissant ainsi leur rang social. Ils rejoindront ensuite vers 5-6 ans un harem en gagnant un duel contre un autre étalon qui sera alors contraint de quitter le groupe. Le modèle hiérarchiquement établi vaut à la fois à l'intérieur de la harde, mais aussi entre les différentes hardes. Les différents groupes se côtoient régulièrement par exemple autour des points d'eau ou lors des grandes migrations. Les contacts entre les groupes sont alors régulés par les mâles dominants. Ainsi lors des rencontres des groupes, le groupe dominant délogera le groupe en train de boire s'il est dominé, tandis qu'un groupe hiérarchiquement inférieur attendra à distance que le groupe dominant ait fini de s'abreuver.

Le cheval étant dépourvu de moyens de défenses, la fuite est son premier moyen de survie. Il est considéré comme une espèce nidifuge, c'est-à-dire que le poulain est capable après à peine quelques heures de vie de suivre sa mère au galop en cas de danger. La vitesse est un point essentiel à sa survie.(32)

❖ Développement du poulain

Le lien entre la jument et son poulain s'établit au travers des premières séances de léchages, pendant les 30 premières minutes suivant la naissance, grâce à des comportements d'exploration visuels, olfactifs et tactiles. Le poulain naît myope, en conséquence, l'exploration visuelle du poulain se fait lorsque les deux individus sont très proches. Sa mère devient très rapidement protectrice, garde son poulain proche d'elle et lui empêche le contact avec tout individu pendant les premiers jours. Après ces quelques jours, il peut rencontrer les poulains que la mère a eus les années précédentes. Au bout de deux semaines, le poulain peut faire la connaissance de son père et des autres poulains du troupeau. À partir de 2 mois, il se sociabilise, en interagissant de plus en plus avec les membres du groupe familial. À partir de 4 mois, il développe son indépendance. En grandissant, les poulains développent au contact de leur mère et de leurs congénères des compétences sociales. Ils sont sevrés progressivement peu avant la naissance du poulain suivant. Ils quittent alors le groupe de leur propre initiative ou repoussés par la mère ou l'étalon pour rejoindre ou constituer un autre harem, ce qui limite fortement les risques de consanguinité. Les jeunes femelles quittent le groupe à

leur première chaleur, sauf exception, notamment si l'étalon dominant n'est pas leur père.(32)

❖ Système sensoriel

Les chevaux ont un système sensoriel assez développé, en lien avec leur statut de proie et leur organisation de groupe. Leur survie nécessite une bonne appréhension du monde extérieur et une bonne cohérence de troupeau, ils doivent donc être à même d'analyser les indices provenant des autres membres du groupe, des autres individus étrangers au groupe, de l'environnement extérieur. Voici, dans l'ordre où elles deviennent fonctionnelles, (avant même la naissance sauf pour la vision) les fonctions sensorielles du cheval :

- Le toucher : C'est un sens très développé chez le cheval qui possède une grande sensibilité cutanée. Ses corpuscules sensitifs varient en quantité et en qualité (sensibilité à la température, à la douleur, au tact épicritique...) selon les endroits du corps. Il est capable de détecter la présence d'une mouche et de la chasser grâce à la contraction de ses muscles peauciers. La sensibilité de ses sabots lui permet de recueillir des informations sur la nature du terrain sur lequel il évolue. Il possède également un organe sensoriel particulier grâce à ses « vibrisses », moustaches équivalentes à celle du chat. Elles constituent un véritable organe sensoriel, très utile à son alimentation, lui permettant par exemple de ramasser un simple grain d'avoine ou de trier les meilleurs brins du foin avant de les consommer.
- Le goût : le cheval possède des papilles gustatives sur la langue, sensibles aux caractéristiques salées, sucrées, acides ou amères des aliments. On constate une appétence sélective pour ce qui est comestible, et des manifestations de dégoût (recrache certains aliments).
- L'olfaction : cela reste le sens dominant chez le cheval, utilisant 2 voies neurologiques distinctes
 - L'épithélium olfactif qui tapisse le plafond de la cavité nasale et capte les odeurs communes de l'environnement (aliments, liquide, prédateurs, autres animaux...)

- L'organe voméronasal ou organe de Jacobson, situé sur le plancher de la cavité nasale, qui est chargé d'analyser l'air lorsque le cheval exécute un « flehmen », c'est à dire lorsqu'il relève sa lèvre supérieure pour obturer les narines. Il peut alors détecter toute la gamme des phéromones contenue dans l'environnement. Ce canal lui permet de détecter un congénère, son sexe, son état sexuel, son âge...
- L'audition : elle perçoit une gamme de fréquence plus importante que l'homme allant de 20 Hertz (comme chez l'homme) jusqu'à 2500 Hertz, couvrant donc la gamme des ultrasons.
- La vision : elle n'est jamais totalement couplée avec les autres sens ce qui l'incite à réaliser ce couplage « par l'extérieur » en allant sentir tout ce qu'il voit. Son système oculaire possède plusieurs particularités :
 - Son œil n'est pas sphérique mais légèrement ovoïde ce qui lui permet une bonne acuité de près avec le bas de son œil et en même temps une bonne acuité de loin avec le haut de son œil, il peut par exemple voir l'herbe devant lui et surveiller l'horizon au loin. Il a une meilleure acuité concernant les objets en mouvement que les formes immobiles. Son cristallin étant incapable d'accommodation, il utilise les variations de mise au point entre le haut et le bas de son œil en bougeant la tête.
 - Ses yeux étant en position très latérale, son champ visuel se révèle extrêmement large, d'autant que ses globes sont très mobiles dans leurs orbites. Sa vision monoculaire lui permet de voir sur les côtés et en arrière. Il bénéficie d'une vision binoculaire de qualité médiocre, uniquement lorsqu'il regarde vers l'avant, et a donc du mal à voir le relief.
 - Le cheval possède une bonne vision nocturne. Il possède une sensibilité chromatique différente de l'homme, semble mieux percevoir le vert puis le jaune, ensuite le bleu et le rouge.

Si les chevaux possèdent ainsi une bonne gamme sensitive leur procurant des informations extéroceptives, venues du dehors, ils possèdent également une grande sensibilité intéroceptive (viscérale, émotionnelle, proprioceptive) ce qui leur confère

une sensibilité cénesthésique indispensable à la communication entre eux et le cavalier. (33)

❖ Les conduites à valeur de communication :

Les chevaux utilisent la même gamme de signaux, qu'ils s'adressent à un congénère ou à un individu d'une autre espèce (y compris l'homme). Voici les principaux moyens de communication développés par l'espèce équine (33) (32):

- Communication auditive :
 - Le hennissement : c'est un signal émis à longue distance audible parfois à plus d'un kilomètre. Il est le plus souvent utilisé lors d'une perte de contact visuel avec ses congénères ou pour signaler sa présence à l'approche d'une zone où se trouvent d'autres chevaux.
 - Le couinement : il est lancé en cas de rencontre rapprochée de deux chevaux, souvent en « palettant » (en « boxant » avec les membres antérieurs) ou lors de jeux particulièrement intenses.
 - L'appel sourd : il s'agit d'une espèce de grognement de bienvenue ou d'appel émis par la jument en direction de son poulain mais aussi par le cheval vers son soigneur, notamment lors de la distribution de la nourriture.
 - Le gémissement : c' est un grondement sourd et gémissant produit lors d'efforts physiques. On peut l'entendre lorsque le cheval se couche.
 - Le souffle : on observe une expulsion d'air intense et brève par les naseaux, perceptible à distance moyenne, utilisé en cas de danger ou lors de la découverte d'une odeur singulière.
 - L'ébrouement : correspond à une expulsion d'air rythmique par les naseaux émise lorsque ceux-ci sont irrités, pour exprimer une nervosité, une impatience.
 - Le ronflement : c' est une inspiration d'air vibrante par les naseaux qui a valeur de signal d'alarme audible à faible distance.

En complément de ces émissions sonores, les chevaux sont dotés d'une bonne acuité auditive qui leur permet une réception de tous ces messages.

- Communication olfactive : les organes olfactifs étant comme on l'a vu très développés, il s'agit d'un sens important dans la communication de messages entre individus. Il peut s'agir lors d'une rencontre entre individus d'un flairage « nez à nez », quasi systématique, d'une utilisation du « flehmen », cette technique de réception accrue de phéromones porteuses d'informations essentielles ou du repérage des informations via le crottin laissé par une autre harde en déplacement.
- Communication posturale :
 - La posture d'alerte : elle se traduit par un redressement de l'encolure et de la tête qui se tourne vers la « menace », des oreilles « attentives », une expulsion d'air par les naseaux, une position d'ensemble campée, la queue relevée. Cette posture est immédiatement repérée par l'ensemble du groupe, permettant une transmission rapide de l'information de la présence d'un danger potentiel. Si le danger se confirme, l'étalon poussera un hennissement, puis encolure et tête haute, queue en panache, fera quelques foulées en direction de la menace. Le reste du groupe se rassemblera, prêt à fuir.
 - La posture menaçante : elle se manifeste d'abord par un cheval qui couche les oreilles en arrière, traduisant une menace légère. Lorsque le cheval commence à balancer sa tête de haut en bas en allongeant l'encolure, la menace se précise. L'escalade se poursuit par la découverte des dents, puis par un mouvement de pseudo morsure dans le vide. Il passera éventuellement à une agression caractérisée par la suite.
 - La ruade : le comportement commence également en général par des oreilles couchées, puis le cheval oriente sa croupe vers l'objet d'irritation puis lève l'un des membres postérieurs, dans une esquisse de ruade. Lorsqu'il se livre effectivement à l'agression, il projette ses deux membres postérieurs vers l'objet de son irritation.

- La position de soumission : le congénère dominé adopte la tête basse, cherche des solutions d'évitement ou de fuite.
- La position de repos : le cheval se tient sur trois membres, un postérieur relâché, la lèvre inférieure détendue.
- Communication tactile :
 - Le toilettage mutuel ou toilettage social : il s'agit d'une manifestation de détente et de décontraction entre deux congénères. Les deux individus se placent tête-bêche, ou en « tête-à-tête ». Ils se mordillent doucement l'encolure, le garrot, le dos, la croupe, ou se frottent la tête l'un contre l'autre. Ils peuvent parfois rester immobiles au contact l'un de l'autre ou se chasser mutuellement les mouches. Des préférences inter individuelles peuvent s'observer.
 - L'éducation du poulain : pour éduquer son poulain, la jument peut lui mordiller le jarret ou la croupe afin de corriger son comportement.

Cette liste est non exhaustive, mais elle prouve l'existence d'une véritable communication au sein de l'espèce équine, avec des messages envoyés, des messages reçus, des réactions à la réception de ces messages, langage multisensoriel, dont il est utile de connaître les caractéristiques principales lorsqu'on cherche à travailler avec le cheval comme médiateur.

Après avoir compris les enjeux de l'éthologie à la fois dans la connaissance du comportement animal (notamment celui du cheval) et dans la connaissance du développement humain, nous allons pouvoir envisager l'application de ces données, dans le champ de la zoothérapie.

B) La Zoothérapie

Nous explorerons ici le domaine de la zoothérapie, en en décrivant les fondements d'abord généraux, puis historiques avant de nous intéresser aux applications pratiques que l'on rencontre en France.

1. Définition

Étymologiquement, la zoothérapie vient du grec « zoo », animal et « therapeia », soins, cure. On peut définir la zoothérapie comme toute intervention de soins utilisant la proximité d'un animal, que ce soit comme médiateur, comme assistant de rééducation ou comme élément motivationnel. Elle a pour but de maintenir ou d'améliorer la santé des personnes souffrant de divers troubles physiques, psychiques, affectifs ou sociaux. Elle se décline donc bien au delà du domaine du soin médical. Elle utilise les liens à la fois naturels et culturels qui unissent l'homme et l'animal.

Ce type de protocole fait appel à des animaux sélectionnés et éduqués en vue de la mise en contact avec les patients, sous la responsabilité d'un thérapeute ayant en général suivi une formation particulière. L'animal n'est évidemment pas le thérapeute, mais vient trianguler une relation entre une personne et un thérapeute. Le mode de contact entre l'animal et la personne est très variable allant de la simple coprésence (dans les institutions par exemple) à des contacts physiques prolongés (dans la rééducation psychomotrice par le cheval), mais la présence physique de l'animal est toujours requise. La plupart des auteurs insistent sur la réciprocité des bénéfices entre le bénéficiaire et l'animal, dans un esprit d'éthique animalière.(16)

Il ne s'agit pas d'une thérapie en soi, ni d'une forme de médecine parallèle, mais bien d'une méthode d'intervention, s'incluant dans diverses prises en charge globales, au sein d'établissement thérapeutique, éducatifs, sanitaires ou judiciaires, soit des établissements ou institutions reconnus par l'Etat. Dans le domaine du soin, elle intéresse d'ailleurs tous les corps de métiers qui travaillent dans ces établissements, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeute, éducateurs spécialisés, orthophonistes, médecins rééducateurs, gériatres... (34)

Cette technique vient du monde anglo-saxon, elle est très développée au Canada et aux Etats Unis depuis une trentaine d'année. D'importation récente en France et dans le monde francophone, elle rencontre un succès particulier, auprès des professionnels aussi bien que du grand public. Elle est pour le moment essentiellement « portée » par les nombreuses associations favorables à ces pratiques, et n'entre que depuis peu dans le domaine professionnel (ce qui ne manque pas de créer des points d'achoppement comme nous le développerons dans la partie historique). (34)

La grande difficulté dans l'étude du domaine de la zoothérapie réside dans la diversité des termes et concepts, qui ne sont définis pour le moment qu'à travers les nombreuses communautés associatives (qui ne s'accordent pas entre elles) et non par un consensus scientifique précis, difficulté encore augmentée par l'hétérogénéité des termes entre les pays francophones. Nous plaçant dans une perspective française et tentant de structurer le fil de notre réflexion, nous prendrons néanmoins le parti de distinguer :

- Les Interventions Assistées par l'Animal (IAA): Il s'agit d'un terme générique utilisé pour désigner toute intervention requérant la présence d'un animal. On pourrait le substituer au terme zoothérapie, ce dernier étant un « faux-ami » puisque plaçant d'emblée l'intervention du côté thérapeutique quand on a vu que le champ d'application pouvait être plus large. Parmi ces IAA on distinguera :
 - Les Activités Assistées par l'Animal (AAA) : elles interviennent dans divers domaines (éducatifs, sociaux, sanitaires...) et cherchent à améliorer la qualité de vie des personnes. Le cadre est peu défini, sans objectif précis. L'animal y a le plus souvent un rôle récréatif ou motivationnel. Certains distinguent les AAA-S (à but social), les AAA-E (à but éducatif), les AAA-R (à but de recherche).
 - Les Thérapies Assistées par Animal (TAA) : elles forment un groupe d'interventions plus structurées et formalisées, à but thérapeutique. Le cadre et les objectifs en sont plus précis. Elles se pratiquent dans divers environnements mais en lien avec un cadre thérapeutique. (32)
- La médiation animale: ce terme ne saurait désigner une catégorie d'intervention mais plutôt la place donnée à l'animal dans l'intervention dans une perspective plus transversale. Il s'agit donc de cette action de triangulation (au moins) entre un patient et un thérapeute via un animal, à la recherche d'un bénéfice thérapeutique. Néanmoins, on ne peut nier que même en l'absence de recherche active d'un but thérapeutique, comme dans les AAA, une propriété de médiation « implicite » peut se créer dès lors qu'on met en contact un individu, un « porteur de soin » et un animal.

2. Histoire

L'histoire de la zoothérapie recoupe en fait celle de l'intérêt pour le lien affectif homme/animal puis patient/animal. Elle peut se découper grossièrement en trois « moments » :

- Un premier moment que l'on peut faire remonter à des temps ancestraux où l'on trouve des exemples de proximité affective entre hommes et animaux, malgré le caractère « utilitaire » marqué de la relation entre les deux.
- Une deuxième période traversant le XVIIIe et le XIXe siècle où l'on repère les premières expériences éparses et anecdotiques de mise en contact entre des « malades », physiques ou psychiques et des animaux (32):
 - En 1796, le philanthrope et humaniste W. Tuke fonde dans le Yorkshire l'institut « York Retreat » où il accueille des malades mentaux, dans une démarche de soins basés sur la bonté et la considération. Il leur confie alors des lapins et des volailles pour les responsabiliser.
 - Pendant la guerre de Crimée (1854-1856), une infirmière britannique, F. Nightingale introduit une tortue dans l'hôpital où elle soigne les blessés, afin de diminuer l'anxiété des patients.
 - En 1901 à l'hôpital orthopédique d'Oswerty au Royaume Uni, on utilise les promenades à cheval en rééducation.
 - En 1919, à Washington, des chiens sont introduits auprès de patients rescapés de la guerre dans le service de psychiatrie de l'hôpital Saint Elizabeth
 - En 1942, l'hôpital militaire de l'armée de l'air de Pawling, état de New-York, utilise des chiens pour favoriser la convalescence des pilotes blessés. Ceux ci sont également incités à prendre soin du bétail, des chevaux et de la basse-cour de la ferme attenante à l'hôpital.
 - S'ajoutent à ces expériences les premiers traités historiques de zoothérapie, dont une partie est disponible sur le site de la bibliothèque nationale de France (35).

- Enfin une troisième période qui débute à la fin du XXe siècle et se poursuit encore, période d'émergence de deux phénomènes : le regroupement en réseau de personnes ayant la forte conviction de l'intérêt de proposer des interventions impliquant les animaux et l'émergence de cet intérêt dans le domaine scientifique, médical notamment. Les premiers écrits scientifiques sur le sujet datent de 1953, quand Boris Levinson, psychiatre américain, découvre « par hasard » l'intérêt de la médiation animale lorsque recevant un enfant autiste en thérapie, il oublie que son chien est présent à son cabinet et constate une interaction privilégiée entre le chien et le petit garçon. Il en déduira les bases de la « pet facilitated psychotherapy », et de nombreux autres thérapeutes lui emboîteront le pas. Le phénomène s'intensifie à la fin des années 60, dans la société civile sous l'influence de changements sociologiques dans la perception de l'animal, (développement de l'idée de bien-être animal et, par « réflexion », de la possibilité d'un bien-être issu de la relation particulière tissée avec un animal). Ainsi les médiations animales sont avant tout portées par des individus convaincus personnellement de la vertu du contact animalier, qui en se constituant en réseaux (cf la multitude de fondations, associations, instituts, sociétés) promeuvent, rendent visibles, inscrivent dans le débat public cette problématique, à la recherche d'une légitimité scientifique. Le résultat de cette promotion est qu'effectivement, les interventions avec animaux entrent peu à peu dans le champ scientifique, via notamment l'utilisation du terme « thérapie ». Or, ce changement de cadre entraîne un bouleversement précisément parce que le qualificatif « thérapeutique » change radicalement la nature de ces pratiques, les exigences qui pèsent sur elles, les ambitions qu'on peut leur attribuer. Dès que l'on parle de thérapie, la conviction de la « plus value animale » semble ne plus suffire : il faut alors « prouver », « évaluer », « rendre des comptes », en un mot: objectiver. Les pratiques de soin par le contact animalier ont dû composer avec ces exigences dès lors qu'elles se sont dotées d'une ambition thérapeutique : elles sont confrontées aux dimensions contemporaines de ce que « soigner veut dire ».
- (34)

3. Les applications pratiques de la zoothérapie en France

Ici, nous recenserons toutes les interventions rencontrées au cours de nos recherches, en fonction de l'animal utilisé. Cette liste est assez difficile à établir, car encore une fois, les expériences sont surtout valorisées « au cas par cas » par les réseaux associatifs qui les soutiennent. On trouve peu ou pas de communication scientifique sur le sujet, encore moins de document synthétique sur les pratiques avec l'animal.

❖ Avec le chien :

Il semble qu'il ait été l'un des premiers animaux utilisé en médiation, sans doute en lien avec le fait qu'il est l'un des premiers animaux domestiqués par l'homme et qu'il soit devenu complètement dépendant de celui-ci. L'éthologie nous apprend que le chien est pourvu d'une bonne capacité à apprendre et à réagir spontanément face à un problème. Il est également reconnu pour sa recherche d'affection et d'attention auprès des hommes et de son langage corporel de lecture aisée. Ces qualités en font un bon support de médiation mais aussi d'assistance physique, à condition qu'il ait reçu une éducation adéquate. Pour les qualités intrinsèques de leur race, les chiens les plus souvent utilisés sont les golden retrievers et les labradors. L'institut français de zoothérapie possède une école de chiens médiateurs et en décrit les qualités indispensables (16):

- Etre réceptif, obéissant, propre
- Posséder d'excellentes capacités d'adaptation à des situations imprévues
- Ne manifester aucune peur, aversion ou anxiété dans quelques situations que ce soit.
- Se laisser manipuler et brosser sans agressivité
- Avoir le goût du jeu avec l'enfant sans que cela soit perturbant
- Posséder un comportement stable
- Etre capable d'affection envers l'enfant, tout problème confondu
- Etre capable de calme prolongé pouvant aller jusqu'à plus d'une heure

En France le chien est utilisé aussi bien auprès d'un public d'enfant, d'adulte ou de personnes âgées. Il est utilisé dans les domaines du handicap physique (chien d'assistance pour handicapés moteurs et/ou mentaux), de la pathologie psychique (thérapies à médiation canine recouvrant tout le spectre de la pathologie infantile depuis les troubles anxieux jusqu'aux troubles autistiques en passant par les troubles du langage, les troubles comportementaux, entre autres...), de la prise en charge éducative (travail pédagogique médié par le chien, expériences de responsabilisation en établissements éducatifs), de la prise en charge pénitentiaire (expériences d'apaisement des tensions en milieu pénitentiaire, d'aide à la réinsertion après une incarcération), d'accompagnement en institution (personnes âgées en EHPAD). Il est également très utilisé dans l'aide au handicap, notamment auprès des personnes aveugles. Si cette utilisation n'entre pas à proprement parler dans le domaine de la zoothérapie, on sait que les liens qui s'établissent entre une personne aveugle et son chien dépasse largement le cadre de la relation d'assistance.

❖ Avec les équidés (cheval, poney, âne) :

Ils sont utilisés auprès d'un large public, adulte comme enfant, et interviennent dans les domaines du handicap physique (rééducation avec le cheval), mental et psychique (médiation équine). Leur capacité de dressage, leurs caractéristiques physiques (imposantes pour le cheval, rassurantes pour le poney), leurs caractéristiques d'espèce (animal « social », apte à la communication et curieux de la présence de l'homme) leur confèrent de bonnes potentialités de médiation en plus de leur capacité à être montés, utile pour la rééducation psychomotrice entre autres. Les spécificités de la médiation avec le cheval seront explorées plus en avant dans un autre chapitre.

❖ Avec les dauphins :

Dans les champs du handicap physique, mental et psychique ils sont utilisés à visée motivationnelle, dans une démarche de rééducation ou dans une véritable médiation dans une démarche de soin médiatisé. Ils sont dressés et conditionnés à interagir avec l'homme, grâce à leur grande capacité d'apprentissage et leur curiosité innée pour l'être humain. Le fait que ce soit des animaux sauvages et non domestiques, captifs et conditionnés pose une question éthique quand à la réciprocité du bien être

procuré par le dispositif. Leur mode de vie est forcément très limitant en terme d'accès pour la population générale.

❖ Avec le chat :

Moins utilisé car peu « éduicable » pour un travail structuré, le chat est essentiellement utilisé pour un travail en institution type EHPAD, dans une démarche de simple coexistence avec la personne âgée. Ses qualités d'espèce (douceur du poil, langage corporel utilisant le ronronnement) lui confèreraient un rôle apaisant, anxiolytique, facilitant l'expression des émotions. Il ferait diminuer la tension artérielle et favoriserait la prévention cardio-vasculaire.(36)

❖ Avec les rongeurs :

Les lapins, les cochons d'inde, les furets, les chinchillas peuvent être utilisés auprès des enfants dans une démarche motivationnelle ou de compagnonnage. Les caractéristiques intéressantes sont leur petite taille (rassurante pour les enfants), la douceur de leur pelage mais aussi dans une certaine mesure leur imprévisibilité qui permet par exemple aux enfants anxieux de dépasser leurs craintes. En institution, ils sont utilisés pour leur propriété apaisante, qui ferait aussi diminuer la tension artérielle.

❖ Avec d'autres animaux:

Animaux de la ferme, chèvres, lamas, la liste des animaux pouvant servir au bien être humain est infinie et dépend évidemment notamment du biotope local, de la culture, de l'intérêt qu'un individu ou un réseau leur portent...

❖ Intérêts communs

On peut remarquer qu'au delà de leurs spécificités, ces interventions faisant intervenir le contact animal ont des caractéristiques communes à savoir :

- L'aspect motivationnel : il est quasiment toujours présent, surtout chez les enfants. Nous explorerons le lien particulier qui unit l'animal et l'enfant dans un chapitre particulier.
- Le don de soin : les enfants comme les adultes se sentent responsabilisés en donnant des soins à l'animal, inversant la position thérapeutique classique.

- Le contact maternant : à travers l'animal, on trouve un contact avec un être vivant, aux caractéristiques « maternelles » (chaud, doux, affectueux)
- Le « vivant non humain » : l'interaction avec un animal permet le contact avec un être vivant mais dénué des obligations sociales qu'impliquent les interactions entre êtres humains, ce qui facilite la communication.

On peut ainsi rapidement dresser la liste non exhaustive des pratiques de zoothérapie en France, ainsi que leurs principales caractéristiques. Nous allons approfondir cette connaissance des bénéfices de la mise en contact entre l'humain et l'animal en nous concentrant sur le lien unique, singulier qui unit l'enfant et l'animal.

C) Le lien enfant-animal

Il nous paraît indispensable à ce stade de notre travail de parler de ce lien particulier qui unit l'enfant et l'animal et qui participe à justifier des interventions utilisant ce dernier en pédopsychiatrie. Ce lien est spontanément constaté au quotidien : la plupart des enfants sont attirés par les animaux, domestiques ou sauvages, leur portent un intérêt particulier, et après une période d'appropriation souvent accompagnée par les parents, vont quasi spontanément toucher, caresser, jouer, nourrir le chat, le chien, la chèvre qu'ils rencontrent.

Nous allons tenter de décrypter quelques éléments qui participent et ont participé à la création et au renforcement de ce lien. Pour se faire, nous nous placerons d'abord dans une perspective historique ancestrale pour explorer les conditions de la rencontre et de la domestication des animaux, préalable essentiel à la rencontre entre l'enfant et l'animal. Nous explorerons ensuite les compétences de l'animal qui permettent la construction et le maintien du lien avec l'enfant. Puis nous évoquerons l'importance du « bain culturel » dans l'appétence de l'enfant pour l'animal. Enfin nous étudierons les bénéfices potentiels du lien enfant-animal dans quelques situations médicales, développementales et éducatives.

1. Histoire de la domestication

Pour qu'il y ait une proximité affective entre l'enfant et l'animal il a fallu qu'au cours de l'histoire humaine, l'homme accepte en son foyer ou tout du moins dans son

« espace » la présence prolongée d'un animal et que de son côté l'animal accepte de substituer la « niche écologique » de l'homme à son environnement habituel. Dans son ouvrage « L'enfant et l'animal », H. Montagner étudie les conditions qui ont dû être remplies pour que cette transition puisse s'accomplir. (37) Ainsi, il explore :

❖ Les bénéfices de la domestication :

Il aura fallu un avantage « économique » (c'est à dire un bénéfice maximum pour un coût minimum) à l'homme et à l'animal pour que ceux ci s'appréhendent mutuellement et acceptent de partager leur espace. Ainsi on peut énumérer les avantages pour chacune des parties, avantages qu'il est encore possible de constater dans les sociétés humaines implantées dans des endroits où les ressources naturelles sont limitées et dont certains aspects restent importants dans nos sociétés modernes.

- Pour l'homme :

- Les avantages alimentaires : dans des temps ancestraux, le but des chasseurs devenus éleveurs a bien entendu été d'assurer leur subsistance ainsi que celle de leur descendance. La présence d'une source de nourriture constante, la capacité à maîtriser le cycle de reproduction des espèces concernée et à organiser la succession des générations ont permis au groupe familial une plus grande indépendance vis à vis de l'environnement naturel, des contraintes écologiques et de ses dangers et a sans doute contribué à conférer un avantage aux individus ayant pu le faire, ainsi qu'à leur descendance. Parallèlement, certains animaux ont pu aider à la préservation des nourritures stockées en supprimant les animaux qui s'y attaquaient, les rongeurs essentiellement (chat, python, genette...)
- Les avantages en terme de protection : les espèces animales ont pu contribuer par leurs peaux, leurs fourrures, leurs graisses, leurs « combustibles » (bouses séchées par exemple), à protéger les hommes des agressions climatiques à l'extérieur des abris naturels, ainsi que des blessures physiques. Les animaux sauvages pouvaient éventuellement être chassés à cet effet mais encore une fois, la permanence de la

disponibilité de l'animal, dans le temps et l'espace a sans doute facilité l'accès à la protection physique. Par ailleurs les animaux vivants tolérés dans l'habitat de l'homme ont pu contribuer par leur chaleur corporelle à réguler la température, notamment des bébés en saison froide.

- Les avantages en terme d'outil : les os, les cornes, les dents, les défenses, les poils, les plumes ont permis de construire des outils plus précis et diversifiés qu'en utilisant les seules ressources naturelles (silex, bois...) Ces outils ont pu se développer pour la chasse, pour la conservation de la nourriture, mais aussi pour des activités symboliques : peintures, objets rituels, objets sociaux, instruments de musiques... Ainsi ont pu se développer de nouvelles formes de pensée, de communication sociale, de transmission culturelle.
 - Les avantages en terme d'aide aux activités humaines : que ce soit dans les travaux des champs et des forêts (bœufs, chevaux, dromadaires), dans le transport des humains (chevaux, chameaux, éléphants, chiens de traineaux) ou des matériaux lourds (ânes, bœufs, éléphants) , dans la pratique de la guerre (chevaux, chiens éléphants) , de la chasse (chiens, chevaux, furets) ou dans l'alerte et la défense (oies, chiens), la capacité de certains animaux à assurer des fonctions que l'homme ne pouvaient ou ne savaient pas accomplir leur ont permis de se rendre indispensables et ainsi de se faire accepter dans l'habitat humain.
- Pour l'animal :
- Les avantages alimentaires : du côté de l'animal également, le fait de côtoyer l'être humain a permis un apport alimentaire constant (à condition d'être omnivore), notamment pour les femelles gestantes, permettant d'assurer une meilleure efficacité reproductive.
 - Les avantages en termes de protection : là encore c'est avant tout les femelles gestantes, naturellement plus vulnérables, qui profitent d'une protection contre les prédateurs extérieurs. Il faut néanmoins qu'elles

aient assez de petits pour compenser le « prélèvement » humain mais l'espèce semble néanmoins en tirer un bénéfice.

- Les avantages en terme d'énergie : les mâles des espèces domestiquées semblent avoir moins besoin de consacrer du temps à la défense du territoire et à l'affrontement aléatoire avec des rivaux.

On peut ainsi faire l'hypothèse que l'homme a joué un rôle essentiel dans la préservation et l'« expansion » du capital génétique des espèces domestiquées et que parallèlement, les unités familiales humaines ayant su user des capacités des « bonnes espèces » animales en ont tiré un avantage sélectif non négligeable (37).

❖ Les conditions de la rencontre homme animal :

La rencontre durable entre les humains et certaines espèces animales n'a pu avoir lieu sans que soient réunis plusieurs groupes de facteurs compatibles avec les particularités des deux « partenaires ». Voici les compétences spécifiques qui ont été nécessaires à l'« accordage » des hommes et des animaux :

- Les compétences chez l'animal

- Le dépassement des répulsions vis à vis de l'apparence et du comportement humain : il a fallu que les espèces « candidates » à l'admission auprès de l'homme ne soient pas repoussées ou inhibées par l'aspect et les actes singuliers des hommes : une bipédie étrange, libérant le regard et le geste, une capacité d'évolution sur les terrains les plus divers, des productions vocales uniques, des gestes organisés ainsi qu'une gamme d'activités variées et non porteuses de sens pour les animaux (chant, musique, rituels, sacrifices...). Cette peur des étrangetés a sans doute pu être vaincue parce que les espèces vivaient depuis longtemps dans le même biotope que l'homme et pouvaient les observer sans être inquiétées, mais également par adaptation des systèmes perceptifs (auditifs, olfactifs) aux émissions spécifiques de l'homme.
- Le dépassement des contraintes alimentaires : les espèces ont dû accepter les nourritures imposées par l'homme (pour les herbivores, le pâturage dans des lieux imposés et hors saison, le foin et la paille, pour les

carnivores, l'acceptation des restes de l'alimentation humaine), avoir la capacité, sans être compétiteurs de l'homme, de trouver seules leur nourriture ou encore mieux être omnivores et « opportunistes » (cochons).

- Le dépassement des contraintes de rythme : il a fallu que les espèces soient à même de réajuster leurs propre rythme de vie (veille/sommeil, périodes d'activité, de nourrissage, saisons, cycles physiologiques) en fonction des rythmes humains. C'est sans doute la raison pour laquelle on ne trouve que très peu d'espèces nocturnes auprès de l'homme. Le chat fait exception, du fait de l'absence de rythmicité bien déterminée dans son mode de vie.
 - Le dépassement des contraintes d'organisation sociale : pour être adopté, il aura fallu que les espèces aient un fonctionnement social reposant sur des relations de dominance-subordination afin de supporter les règles hiérarchiques d'une espèce humaine dont la supériorité cognitive lui permettait une omnipotence sur l'animal.
 - La capacité à adapter un comportement séduisant pour l'homme : il fallait aussi que l'animal puisse lors des moments de rencontres montrer des comportements ritualisés dont le sens pouvait être clairement décodé par l'homme, surtout ceux qui autorisaient une approche sans risque. Il fallait que par son comportement dénué d'agressivité, l'animal inhibe la violence de l'humain. La maîtrise de comportements ludiques, de conduites infantiles, juvéniles voire humanomorphes ont pu constituer un atout pour prouver l'inoffensivité des individus animaux et ainsi « séduire » l'humain ou tout du moins ne pas l'insécuriser.
- Du côté des humains :
- Le dépassement de la crainte de l'animal : en miroir de ce que l'on a pu envisager pour l'animal, l'homme a dû à son tour inhiber sa crainte de la menace que représentait potentiellement un animal. Les espèces perçues comme dangereuses ont été rarement choisies, hormis temporairement,

dans une démonstration de puissance (guépards des pharaons d'Egypte) ou pour des raisons esthétiques ou sacrées.

- La capacité à analyser et donner du sens aux comportements animaux : encore une fois en miroir de la capacité des animaux à adopter des signaux clairs et dénués d'agressivité.
- La capacité à choisir les espèces : l'homme a dû avoir la capacité de percevoir et mettre en œuvre les bénéfices qu'il pouvait retirer des espèces « élues » pour lui même et pour sa descendance. (37)

Ainsi peut-on analyser la mutuelle acceptation de l'homme et de l'animal domestique, comme un capital d'avantages et de bénéfices avec un minimum d'investissement et de risque. Une fois ces conditions adoptées par l'un et par l'autre, certains animaux ont pu accéder à un statut plus important dans la vie de l'Homme, celui d'animal familial que nous allons maintenant explorer

2. Fonctions et compétences de l'animal familial

Si dans les premiers temps la relation homme-animal s'est créée sur des bases utilitaires pour l'un comme pour l'autre, elle a pu évoluer pour un certain nombre d'espèces vers le statut particulier d'animal familial, c'est à dire un animal qui n'est pas admis pour ses avantages économiques mais que l'homme accepte en son foyer pour ses qualités d'une part de participation en tant que co-acteur (nombreuses fonctions du chien : chasse, défense, garde...) et d'autre part pour sa capacité particulière à susciter et amplifier des signaux émotionnels signifiants (le chat par ses ronronnements, pétrissages, miaulements, frottements, le chien par le halètement, les postures ludiques sur le dos, l'oscillation de la queue ...). On peut aller jusqu'à dire que l'animal familial est celui qui a su chez l'homme déclencher des interactions d'attachement, du moins d'accordage affectif, peu différentes de celles qui se développent entre être humains. Ces caractéristiques ont assuré à certaines espèces une place affective particulière au sein du foyer, assurant auprès de l'Homme et de son unité familiale des fonctions que nous allons maintenant décrire(37) :

- Les fonctions de l'animal familial

- Réceptacle des émotions : l'humain peut utiliser l'animal familial comme support de projection de ses émotions, affects, fantasmes, car d'une part il possède la capacité à manifester des comportements qui s'apparentent à des attitudes de disponibilité, d'écoute et d'intérêt (le chat par ses clignements d'œil, le cheval par ses mouvements de salutation de la tête, le chien par son halètement, ses attitudes de léchage...) et d'autre part il n'est pas en capacité d'exprimer un jugement ou une sanction.
- Médiateur : dans la famille il n'est pas rare qu'il joue le rôle du « tampon » dans les interactions familiales, qui éponge, canalise, détourne l'agressivité et facilite la rencontre entre les uns et les autres. Il utilise alors un comportement affiliatif, c'est à dire un comportement qui donne à l'humain l'impression qu'il adhère à ses actes et ses pensées (frétillement de la queue chez le chien, ronronnement et frottement chez le chat) et qui induit à son tour, notamment chez l'enfant, des manifestations positives.
- Substitut affectif et relationnel : les humains, notamment les enfants peuvent reporter sur l'animal leurs besoins affectifs et relationnels, notamment dans les situations de perte, d'absence, de solitude, de délaissement. Evidemment cette substitution ne saurait combler parfaitement les besoins d'interaction cognitive, psychique et sociale d'un enfant avec son entourage familial « humain ».

Les fonctions de l'animal familial se complètent par des capacités particulières qui favorisent l'interaction avec l'être humain en général mais qui trouvent une résonance particulière chez l'enfant. L'étude de ces fonctions est d'ailleurs « adaptée » de l'étude des capacités du nourrisson et du jeune enfant.

- Compétences de l'animal familial :

- L'attention visuelle soutenue : nous avons pu évoquer au cours de ce travail l'importance chez le nouveau-né des phénomènes d'attention visuelle, notamment les échanges de regard précoces entre la mère et son

bébé, le développement de la reconnaissance du visage humain puis des émotions, la différenciation du visage maternel et du visage étranger, puis le développement de l'attention visuelle conjointe. Cette importance de l'attention visuelle peut se prolonger dans l'interaction entre l'enfant et l'animal, par la capacité de celui-ci à établir des contacts œil à œil. C'est le cas des chiens qui sont en quête permanente du regard des humains, notamment de leurs maîtres. L'enfant, qui est « à hauteur », est en général en recherche de ce contact visuel prolongé qui ne renvoie a priori aucune agressivité, aucun jugement. Le chien domestique n'est généralement pas incommodé par cet échange, voire le cherche, le renforce et y associe d'autres comportements affiliatifs (que nous verrons plus en détail plus loin) ce qui concourt à renforcer le sentiment de sécurité et de joie de l'enfant. Dans cet échange simple, de durée illimitée, l'enfant peut explorer un mode de communication sécurisant via le regard. Il pourra ensuite partager de véritables moments d'attention visuelle conjointe avec le chien, celui-ci étant capable de réorienter son regard vers une cible déterminée par l'enfant. L'enfant associera éventuellement des vocalises spécifiques au regard et au geste, il se découvrira acteur de la relation, se faisant comprendre et écouter. Le chat possède lui aussi des possibilités d'attention visuelle soutenue mais beaucoup plus dépendantes de ses propres besoins et décisions (il se montre particulièrement expressif lorsqu'il réclame sa nourriture ou veut se faire ouvrir une porte). Néanmoins, satisfait et repu, il peut accepter des interactions de proximité face à face avec l'humain, développant des jeux de clignements des yeux caractéristiques, les yeux « aimantés », renvoyant l'homme au sentiment amoureux. Ces œillades sont particulièrement séduisantes pour l'enfant et entraînent des comportements affiliatifs (rire, caresse, manifestations de joie) et des projections fantasmatiques. Le regard du cheval est plus difficile à soutenir du fait de la place latérale de ses yeux. On constate moins de contacts œil à œil, l'accordage via le regard est plus difficile à obtenir, à moins qu'il y ait une familiarité importante entre l'enfant et l'animal. Les espèces au regard particulier, étrange (crocodiles, chiens aux

yeux exorbités, poissons plats) sont en général rejetées par le petit de l'homme.

- L'élan à l'interaction : chez le nourrisson il s'agit de tous les comportements qui induisent une réduction de la distance interpersonnelle avec un partenaire (réorientation de la tête, succion non alimentaire, agrippement, mimiques, puis vocalises, pédalage des jambes...) participant comme nous l'avons vu au phénomène d'attachement. Dans l'interaction avec l'animal, on observe également des phénomènes d'élan, notamment chez le chien qui se rue sur l'humain, surtout s'il est familier, aboie, gémit, agite la queue, bref « fait la fête ». Cette explosion de joie souvent peu contenue peut décontenancer l'adulte et impressionner l'enfant, mais l'enfant familier s'en réjouit et enchaîne lui aussi sur des manifestations de joie des retrouvailles. Le chien est prêt à mobiliser ses élans à l'interaction à tout moment, notamment si l'enfant le sollicite par un geste, une vocalise, un élément de langage corporel commun, qui ne se base pas sur un conditionnement pavlovien mais sur l'appropriation mutuel (qu'on pourrait aussi appeler un conditionnement spontané). Chez le chat, là encore, les comportements d'élan à l'interaction sont avant tout conditionnés par leur état physiologique et leur volonté propre. Mais lorsqu'il manifeste la volonté d'entrer en interaction avec l'homme, il le montre généralement de façon massive, voire envahissante. Ainsi les ronronnements, les frottements de la tête sur les jambes, le torse, la tête de l'humain familier, l'aplatissement du corps du chat sur le torse, les genoux, le ventre de l'humain... Quoiqu'il apparaisse indépendant des faits et gestes des humains qui l'entourent, il est assez attentif pour repérer une place se libérant sur des genoux. Il n'est pas rare qu'il suive également les humains familiers en dehors de la maison, sensible à leurs émissions vocales d'appel. Chez les chevaux, les élans à l'interaction avec l'humain familier se manifestent d'abord par le rapprochement physique, la recherche du contact corporel, spontanément ou après qu'on l'ait sollicité par un sifflement, un claquement de langues. Il peut manifester des comportements de « salut », en hochant la tête,

hennissant ou secouant la queue ou la crinière et multiplier les contacts corporels avec les naseaux, la tête ou le flanc. L'enfant peut alors à son tour se rapprocher, chercher son contact, lui présenter une friandise, voire l'étreindre. Pour les autres espèces notamment les rongeurs, on peut constater un élan à l'interaction, de façon souvent assez aléatoire et plus difficile à interpréter pour l'enfant, mais celui-ci peut néanmoins compenser ce manque de clarté par son imagination et son envie de contact avec ces animaux aux caractéristiques attractives, doux et facilement manipulables.

- Les comportements affiliatifs : ce sont tous les comportements envoyés par un individu qui peuvent être interprétés par un partenaire d'interaction comme des indicateurs ou signes d'adhésion à ses actes, émotions, intentions ou discours. Pour le petit d'homme, il s'agira par exemple du sourire, du rire, des gestes de la main en supination, des jets et offrandes d'objets, des caresses avec la main, le visage, les vocalises et babillages, les bras tendus pour être pris... Ces comportements s'enrichiront au fil du temps avec le développement de gestes d'affection (caresse, enlacement, prise de la main) et des gestes de socialisation (échange d'objets, conduites de coopérations...). Les comportements affiliatifs sont des socles essentiels des conduites de communication élaborées et durables. Dans l'interaction entre l'animal et l'enfant, les comportements affiliatifs sont à double sens, l'animal pouvant à la fois posséder dans son registre des comportements analysés par l'humain comme affiliatifs mais ceux ci peuvent aussi provoquer en réponse des comportements affiliatifs chez le petit humain. Le chien possède un grand nombre de comportements de ce type, qui tendent à se mêler aux comportements d'élan à la relation. Parmi eux on peut noter : la gueule ouverte, dans un « sourire », les halètements et sécrétion salivaire, la pose d'une ou deux pattes sur l'épaule ou le genou de l'enfant, les piaulements, jappements, aboiement brefs, les mouvements de queue, les offrandes au pied du petit maître. Les chats ont également leurs comportements considérés comme affiliatifs, mêlés à leurs comportements d'élan à la

relation. Comme on a déjà pu citer : les ronronnements, frottements, écoulements nasaux, pétrissages avec les pattes avant, léchages... Autant de comportements qui maintiennent l'enfant dans une impression d'amitié profonde partagée, et libèrent les comportements affiliatifs de l'enfant, sa parole et ses émotions. Idem pour les chevaux, chez qui les comportements affiliatifs sont particulièrement révélés lors du chevauchement, puisqu'ils doivent répondre aux sollicitations sonores, posturales, comportementales de leur cavalier afin d'assurer le dialogue tonico-postural indispensable à la monte. Ainsi en phase avec l'animal, l'enfant peut vivre une expérience sereine d'accordage affectif.

- Les capacités à reproduire et imiter : très tôt dans la vie du nourrisson, on peut observer des phénomènes de reproduction des mouvements faciaux de son entourage. Ainsi le bébé sort sa langue lorsque sa maman lui tire la langue dès les premières semaines, puis il reproduira des expressions et vocalisations pendant les premiers mois de sa vie avant que son développement tonico-postural ne lui permette de relever le tronc, ce qui libérera ses possibilités gestuelles et posturales, apportant une plus grande diversité à son registre d'imitation. Le chien familial pourra au fil du temps, dans un conditionnement implicite, adopter certaines conduites d'imitation de l'humain : ouvrir des portes avec les pattes ou le museau, s'asseoir sur une chaise au moment du repas, « ranger » les jouets d'un enfant dans un endroit spécifique, « participer » à un jeu de balle... Ces comportements sont évidemment renforcés si le chien est encouragé, voire dressé en ce sens, mais il peut développer « naturellement » ce registre de comportement. Le chat est bien plus rétif à toute forme de conditionnement, qu'il s'agisse d'un co-apprentissage ou d'un dressage, mais il peut avoir quelques comportements qui relèvent d'une « réciprocité » dans la relation avec l'humain, lorsqu'il laisse une souris morte sur le pas de la porte, on peut imaginer qu'il reproduit l'offrande de nourriture dont il bénéficie quotidiennement. En ce qui concerne les équins, leur morphologie et leurs dimensions corporelles ne leur permettent pas de développer des comportements d'imitation, même si le

conditionnement leur permet parfois d'apprendre des postures humaines (notamment la classique révérence).

- L'organisation structurée et ciblée du geste : le bébé acquiert avant la fin du premier mois la capacité de structurer et d'organiser son geste de façon précise vis à vis d'une cible d'intérêt. Cette capacité à maîtriser son geste formera un socle pour son développement cognitif (capacité à manipuler, transformer, assembler des objets) mais aussi social et relationnel (capacité à explorer avec des gestes ajustés le visage d'un partenaire, d'effectuer des actes qui seront compris comme des élans de tendresse). Si les animaux ne peuvent évidemment s'inscrire dans un registre similaire, étant dépourvus de mains, ils possèdent pour la plupart des qualités physiques développées qui interviennent dans la relation avec l'enfant. Le chien d'une manière générale est un bon « sportif » et un bon camarade de jeu mais c'est lors de son aide dans des activités humaines particulières (husky de traineau, saint-bernard sauveteur...) que l'organisation structurée et ciblée de sa motricité prend toute sa dimension. Dans la relation avec l'enfant, la motricité organisée du chien peut constituer un modèle, voire une béquille qui stimule, organise et réorganise les habiletés motrices de l'enfant. Le chat possède une maîtrise corporelle particulièrement développée et « raffinée » (quand il déploie sa marche féline et silencieuse, ou qu'il sort du sommeil en étirant chacun de ses membres) et une maîtrise gestuelle impressionnante (lorsqu'il capture et « joue » avec une proie). Pour l'enfant cet ensemble de postures, démarches et gestes accentue encore l'effet de séduction du félin. Le cheval, lui, dégage une impression d'allure, d'élégance, de puissance et de liberté, ce qui a pu lui valoir la préférence de l'homme, notamment quand il s'agissait de le représenter sur des peintures rupestres, comme dans la grotte Chauvet en Ardèche. Il a par ailleurs été un des sujets de prédilection de l'art et l'artisanat humain depuis la préhistoire jusqu'au monde moderne. Pour les enfants il est à la fois impressionnant et fascinant, par sa morphologie et son allure mais aussi par les promesses de « conquête » que contient sa capacité à être chevauché. Associées aux

qualités précédemment évoquées qui l'inscrivent dans l'émotion et l'affectivité des humains il donne aux enfants le sentiment d'avoir pu approcher et « conquérir » un animal puissant, ce qui peut leur donner une certaine confiance et estime d'eux même.

On a pu ainsi envisager le lien animal-enfant grâce à des compétences et capacités de l'un et de l'autre, « en miroir » qui permettent le développement de leur relation d'attachement particulières, relation potentiellement porteuse de bienfait pour l'enfant et son développement. Nous reviendrons ultérieurement sur les bénéfices attendus de la mise en lien de l'enfant et de l'animal dans différentes situations. Avant cela, nous nous pencherons sur l'aspect culturel du lien enfant-animal qui permet un éclairage complémentaire sur cette relation.

3. Aspect culturel du lien enfant-animal

On ne peut nier que l'intérêt de l'enfant pour l'animal est largement entretenu par le bain culturel dans lequel il naît. En se plaçant dans une perspective actuelle et occidentale, on observe que l'enfant est dès son plus jeune âge mis en contact avec des représentations animales : au nourrisson, on offre un (ou plusieurs...) doudous de formes animales, aux propriétés douces, avenantes, colorées ; les sons et cris des animaux font partie des premières vocalises structurées que le petit enfant délivrera, pour le plaisir de ses parents ; à l'enfant on lit des histoires où certes l'animal revêt le plus souvent un caractère humain marqué, mais possède des caractéristiques physiques animales, et des spécificités propres qui forment des repères symboliques forts (le loup dangereux, le lapin inoffensif et malin, le chien rigolo...) comme ont pu le faire de façon appuyée les contes pour enfants depuis plus d'un siècle ; plus tard, il découvrira les incontournables films et dessins-animés de Walt Disney qui poussent encore d'un degré l'anthropomorphisme, utilisant la distance que produit l'animalisation du comportement humain pour jouer et rejouer les étapes décisives du développement humain : accès à l'individuation (*Le roi lion*, *Le livre de la jungle*), sortie de l'enfance et intégration au monde adulte (*Pinocchio*, qui bien qu'on ne puisse le considérer comme une figure animale, est entouré de compagnons animaux à la présence déterminante dans son développement), perte et /ou deuil d'une figure d'attachement (*Bambi*, *Le roi lion*, *Dumbo*), sentiment amoureux (*La belle et le clochard*, *Les aristochats*)... On peut

noter que la plupart de ces films ne font que populariser des contes (*Pinocchio*, *La petite sirène*), légendes (*Robin des bois*) ou œuvres classiques (Il est admis que *Le roi lion* est une réécriture d'*Hamlet* de Shakespeare, *Le livre de la jungle* librement adapté de R. Kipling) les inscrivant donc en droite ligne dans le patrimoine culturel occidental et l'histoire humaine dans son ensemble. En ouvrant la perspective on constate une universalité spatiale et temporelle des récits mettant en scène des animaux anthropomorphes : que ce soit dans le monde antique gréco romain (les fables d'Esopé en Grèce au VIIe siècle av. JC), dans le monde arabo-persan (le *Pañchatantra*, recueil de fables du IIIe siècle av. JC), dans la littérature française (les *Fables de La Fontaine*) qu'il s'agisse des fabliaux moyenâgeux ou des contes traditionnels africains, on ne peut que constater la constance de l'utilisation de la figure animale pour mettre en image et transmettre des récits humains fondamentaux.

Ainsi l'enfant est culturellement mis en contact avec la représentation des animaux depuis son plus jeune âge et la plupart du temps encouragé par son entourage affectif. Cet aspect de proximité induite, cumulé avec les qualités des animaux décrites précédemment nous amène à envisager les bénéfices de la rencontre avec l'animal pour l'enfant en difficulté

4. Bénéfices du lien avec l'animal pour l'enfant en souffrance

Pour conclure ce chapitre sur l'enfant et l'animal, nous reprendrons quelques situations concrètes, en évaluant ce que pourrait apporter le contact animal à l'enfant en souffrance sur le plan comportemental, éducatif ou médical. (37)

❖ Les enfants en difficultés comportementales

- Les enfants timides, mutiques, introvertis : les enfants en difficulté dans les relations sociales peuvent développer des comportements de retrait voire de mutisme électif notamment à l'école ou dans les divers lieux de rencontre avec des pairs ou avec des adultes sortant du cadre familial. Ces difficultés contrastent avec le comportement « normal » de l'enfant à la maison. Cette inhibition est évidemment invalidante sur le plan des relations sociales avec les pairs, mais aussi sur les apprentissages et sur le développement des capacités en général. Par le biais des animaux,

notamment de leur capacité à initier l'interaction par les comportements d'élan à la relation et les comportements affiliatifs, on pourrait envisager d'aider ces enfants à libérer leurs compétences, leur capacité de communication, leur richesse créative et imaginaire. H. Montagner propose la présence de petits animaux à l'école (souris, lapin, cochons d'inde, poussins, voire rat domestique qui malgré sa mauvaise réputation s'avère un support pédagogique intéressant du fait de sa grande capacité à « résoudre des problèmes ») qui permettent une manipulation dès trois-quatre ans sans grand risque pour l'animal ou pour l'enfant. Les moments où plusieurs enfants se rassemblent pour observer ou prendre soin de l'animal constituerait alors des expériences partagées, qui aideraient l'enfant solitaire à dépasser ses inhibitions et nouer sereinement des liens avec ses pairs et/ou l'enseignant. La présence de certains chats et chiens, à l'école ou à la maison, peut elle aussi participer à améliorer l'inhibition de l'enfant, à condition que l'animal possède individuellement les caractéristiques nécessaires : calme, docilité, élan à l'interaction non invasif et dénué d'ambiguïté, absence totale d'agressivité. L'auteur souligne également l'intérêt de retrouver ces animaux dans les centres de loisirs, pouponnières, foyers de l'enfance et toutes les structures accueillant des enfants, notamment si ceux-ci sont déjà particulièrement fragilisés.

- Les enfants agités, instables, « hyperactifs » : on parle ici des enfants qui semblent en permanence débordés par un trop-plein moteur, qui s'engagent dans le « mouvement pour le mouvement » et ne peuvent rester en place plus de quelques secondes. Leur difficulté à canaliser leur énergie et leur attention les pénalise dans les apprentissages et dans les relations avec les pairs (qu'ils inquiètent par leur mouvement perpétuel), les enseignants (qui sont épuisés par leur comportement perturbateur) et parfois les autres membres de la famille (frères et sœurs, voire parents « débordés »). Qu'on considère ce comportement comme une pathologie à part entière, comme une manifestation développementale ou comme une manifestation d'autres troubles psychiques, il s'agit d'un des motifs de consultation les plus fréquents en pédopsychiatrie. L'animal pourrait ici

contribuer à aider l'enfant à sortir de son enfermement dans l'instantanéité, en lui permettant de prendre le recul nécessaire pour s'inscrire dans une temporalité plus étendue et ainsi s'inclure à sa juste place au sein de la famille, de l'école, du groupe de pairs. Les caractéristiques d'un tel animal seraient les suivantes : absence de comportement ambigu ou agressif pouvant être interprété par l'enfant comme un énième rejet, punition ou exclusion, « résistance » aux maladroites, bousculades, chocs corporels des enfants, capacité à déployer des comportements ritualisés permettant à l'enfant de découvrir des actes symboliques et d'avoir accès aux signes qui lui échappent lorsqu'il est « pris dans le mouvement », d'avoir un rythme incluant des temps de pause, d'apaisement, d'activité tranquille. En résumé il s'agirait d'un animal à la « force tranquille », apaisante, rassurante, suffisamment enclin à la relation pour que l'enfant se détache de son statut d'« indésirable » et qui puisse l'emmener vers une coaction agréable et structurée. On peut alors penser à certains chiens résistants (saint-bernard, husky, labrador ou autre du moment qu'ils sont scrupuleusement choisis pour les qualités requises) et aux équidés notamment les plus rustiques (cheval de trait, âne, poney). Evidemment ces rencontres ne seraient en aucune manière utiles sans le soutien de l'entourage qui accompagne et sécurise la rencontre.

❖ Les enfants en difficulté scolaire

Les enfants qui rencontrent l'échec scolaire subissent généralement la « double peine » : dévalorisés par leurs mauvaises notes, jugés non conformes en tant qu'enfant-élève, ils sont souvent également marginalisés dans le groupe de pairs et parfois au sein de la famille. La présence d'un animal familier qui n'apporte aucun jugement et manifeste une affection quasi inconditionnelle peut permettre que l'enfant se sente considéré, choisi, entouré. Cette première phase de sécurisation et de reconstruction narcissique pourra construire le socle du développement des capacités de l'enfant (qu'elles soient scolaires ou non). Tous les animaux ou presque peuvent jouer ce rôle d'activateur émotionnel, liant l'affectivité, la relation, les processus cognitifs et l'apprentissage. Dans une classe, la présence de l'animal permet aux enseignants de

confier des responsabilités aux enfants en mal de reconnaissance scolaire et parfois sociale, que ce soit via des petits habitants permanents (rongeurs ou autres, évoqués précédemment) ou de plus gros visiteurs occasionnels (chiens, chats) ou encore via des visites à des animaux plus grands dans leur enclos (équidés, chèvres). Dans les classes spécialisées ou adaptées, de nombreuses expériences de ce type se sont ainsi révélées efficaces sur l'amélioration de l'acquisition des connaissances.

❖ Les enfants en difficulté médicale

- Les enfants en situation de handicap physique : ce furent parmi les premiers à recevoir l'aide d'un animal, d'abord dans une démarche de compensation du handicap physique puis, de plus en plus, dans l'idée d'un compagnonnage affectif et structurant. Dans le domaine du handicap physique, on pourra proposer deux types d'accompagnement animal :
 - Les petits mammifères type rongeurs : ne pouvant évidemment pas être des aides physiques pour compenser le handicap, ils sont « uniquement » des partenaires apportant une sécurité affective, des agents qui renarcissent, des « plus petits que soi » dont il faut prendre soin, des compagnons avec qui des interactions accordées peuvent naître, comme précédemment décrit chez l'enfant valide. Certaines spécificités se prêtent à certains types de handicap :
 - Pour les enfants aveugles, les caresses prolongées d'une fourrure douce, les couinements discrets, les « vibrations » des petits animaux renforcent le sentiment d'intimité de la relation.
 - Pour les enfants sourds : le répertoire vocal des petits animaux étant très limité, il n'y a pas de réelle différence avec les enfants entendants dans les modes d'interactions.
 - Pour les enfants handicapés moteurs : certaines espèces comme le cobaye, le lapin ou le rat peuvent être conditionnées pour approcher au plus près de l'enfant, facilitant les caresses.
 - Les animaux familiers classiques (chiens, chats, chevaux) : le chien est bien évidemment l'animal de prédilection pour toutes ses qualités

précédemment citées, combinées entre elle pour qu'il devienne à la fois animal d'aide à la compensation du déficit, animal support d'un narcissisme mis à mal par le handicap, et animal familier, confident et aide au développement des relations ajustées malgré le déficit. Le chat étant plus imprévisible, il est rare qu'il puisse constituer le compagnon « infallible » que nécessite l'enfant. Quand aux équidés ils constituent plutôt un support motivationnel si des phases de rééducations se mettent en place, puisque pour des raisons évidentes il ne peut être un compagnon quotidien au sein du foyer.

- Les enfants en situation de handicap psychique : ils s'agit essentiellement des enfants autistes, ils seront étudiés dans une section particulière
- Les enfants hospitalisés : l'hospitalisation de l'enfant, d'autant plus si c'est à long terme, est source de différentes souffrances psychiques. D'une part sa maladie le diminue physiquement et dans la perception qu'il a de lui même ; il est séparé de sa famille, de son milieu naturel, de son environnement amical, scolaire ; les soins douloureux sont sources de craintes quand ce n'est pas la gravité de la maladie qui, de par son pronostic, vient anéantir le moral de parents et enfants et envahir d'angoisse leur relation. Dans ces conditions particulières, on peut penser que la mise en présence d'animaux médiateurs, réceptacles des émotions, agent de transfert et de projection serait un excellent support d'apaisement pour l'enfant, un « tremplin » à la projection dans un « après hospitalisation », un acteur qui autorise une communication et une relation entre l'enfant et ses visiteurs dégagée de la maladie, de l'angoisse de séparation, de l'insécurité de l'avenir. Les normes d'hygiène des hôpitaux sont évidemment un facteur limitant la mise en place de ce genre de dispositifs (encore que le bénéfice/risque pourrait être étudié), on pourrait néanmoins songer à des lieux spécifiques où se rendraient les enfants dont le degré de validité le permettrait afin d'y rencontrer soit des petits animaux « plus petits que soi » dont il faudrait prendre soin, soit des plus grands mammifères (chiens essentiellement,

certaines chats « de bonne composition ») qui par leurs qualités réussiraient à « sortir » les enfants de la maladie et de l'hôpital.

Ainsi, on a pu cheminer à travers le monde de l'animal et de ses liens avec l'homme puis plus précisément avec l'enfant. Ce déroulement nous donne des clés pour comprendre les différents aspects de la médiation animale chez l'enfant, nous permettant maintenant d'étudier plus en détail la partie de la médiation animale qui nous intéresse, à savoir la thérapie avec le cheval dans les troubles envahissants du développement.

3^e partie : La thérapie avec le cheval dans les TED

Nous allons maintenant nous concentrer sur le domaine précis de la thérapie avec le cheval, et, de façon encore plus ciblée, de la place de cette thérapie dans la prise en charge des TED. Pour se faire, nous explorerons tout d'abord la thérapie avec le cheval, sa place au sein des activités avec le cheval, ses aspects historiques et pratiques, puis nous nous concentrerons sur la spécificité de cet outil lorsqu'elle vient rencontrer le champ de l'autisme et des TED.

A) La thérapie avec le cheval

1. Définitions

Comme nous avons déjà pu le remarquer au cours de ce travail, dans le domaine de la « zoothérapie » ou plutôt de l'« intervention assistée par l'animal », les termes sont à la fois très importants car porteurs de sens (notamment l'usage du mot « thérapie ») et à la fois utilisés par les différents intervenants de manière suffisamment personnelle pour rendre la littérature confuse et gêner l'homogénéité d'un travail de synthèse. On a pris ici le parti de se référer aux définitions de la Fédération Nationale de Thérapie Avec le Cheval (FENTAC) qui nous a semblé être l'un des rares réseaux faisant quasi unanimement consensus dans la littérature et dont les données nous paraissaient suffisamment référencées pour pouvoir s'inscrire dans un travail tel que celui ci (33). Ainsi peut-on proposer les définitions suivantes :

❖ L'équitation :

Si elle peut être considérée sous l'aspect d'un simple loisir, elle est avant tout un sport. Par le terme équitation, on peut regrouper les différentes disciplines équestres régies par la Fédération Française d'Equitation. Ce sont le dressage, le saut d'obstacle, le concours complet, le trek, l'endurance, le horse-ball, le polo, la voltige, le hunter, l'équitation western, l'attelage et le para-équestre. Cette dernière discipline (équivalente à l'équitation adaptée) est un sport à part entière, qui s'inscrit dans la lignée des « handisports », s'adressant donc à des sportifs handicapés physiques, sensoriels ou mentaux. Elle est inscrite au programme des Jeux Olympiques depuis 2010. Ces activités

sportives se déclinent évidemment au niveau de l'équitation loisir, pour les personnes valides comme pour les personnes handicapées. (38)

Par extension, et dans le domaine de l'activité thérapeutique avec le cheval, le terme équitation est utilisé pour désigner toutes les activités au cours desquelles le patient chevauche le cheval.

❖ L'équithérapie :

Pour la FENTAC, il s'agit d'un terme générique désignant toute activité d'équitation thérapeutique, qui inclurait donc aussi bien la rééducation des blessés corporels, la prise en charge psychomotrice des personnes en situation de handicap physique, et les activités de soins psychiques par l'équitation. Cette définition insiste également sur le fait qu'en équithérapie, la personne pratique l'équitation donc monte sur le cheval, ce qui n'est pas nécessairement le cas en thérapie avec le cheval. Ainsi l'équithérapie serait un champ englobant partiellement la thérapie avec le cheval, tout du moins la partie de la thérapie avec le cheval qui s'effectue « sur » le cheval. (33) (Pour mémoire, on notera que pour certaines autres associations, la définition est totalement opposée, l'équithérapie désignant spécifiquement les soins psychiques fondé sur la présence du cheval (39)).

❖ L'Hippothérapie

Il s'agit d'un terme désignant la rééducation fonctionnelle par le cheval, qui semble largement utilisé, de façon consensuelle, en France comme à l'étranger, excepté en Belgique où il est utilisé comme un équivalent du terme « équithérapie ». (33)

Ainsi l'hippothérapie désigne les pratiques visant à maintenir, recouvrer ou développer les fonctions motrices, utilisant le cheval comme un outil favorisant le travail de l'ajustement tonique et postural ainsi que de l'équilibre (il faut savoir que par son seul déplacement et le mouvement hélicoïdal qu'il produit dans le bas du corps du cavalier, le cheval mobilise plus de 300 muscles chez son cavalier.) L'hippothérapie est utilisée pour les troubles neurologiques, musculo-squelettiques, rhumatologiques... Elle nécessite parfois des techniques particulières pour sécuriser la monte et les exercices, notamment pour les personnes porteuses de handicaps physiques lourds. (32)

❖ La Thérapie avec le cheval (TAC)

Ce terme a été créé dans les années quatre-vingt sous l'influence de Renée de Lubersac, psychomotricienne et créatrice de la FENTAC. C'est à la suite de groupes de réflexions que sous l'impulsion de Mme de Lubersac, des professionnels impliqués dans le soin avec le cheval décident de substituer le terme qu'ils utilisaient jusqu'alors, « Rééducation par l'équitation » par le terme « Thérapie avec le cheval », mettant ainsi l'accent non plus sur l'aspect rééducatif et moteur mais bien sur l'accompagnement thérapeutique au sens large ainsi que sur le « sujet cheval », plus que sur l'activité d'équitation.

La TAC concerne donc une large population de patients souffrant de pathologies physiques, de troubles psychiques ou de difficultés ponctuelles nécessitant un travail sur les plans psychomoteur, psychique et /ou socio-affectif.

Chaque mot à son importance dans cette expression :

- Thérapie : Le mot thérapie signe la volonté de se mettre du côté du soin, dans un acte structuré et pensé. Il s'agira donc d'un traitement médical dont le but sera d'améliorer, de guérir ou de conserver des acquis. De par cette exigence thérapeutique, elle doit être effectuée par des personnes formées aux soins, notamment aux soins psychiques. Elle est soumise, comme toute autre thérapie, à une prescription médicale. Le thérapeute est alors garant du cadre de soins.
- Avec : Et non pas « sur » car l'objectif n'est pas forcément la monte. Les modalités de travail sont bien plus larges que la simple activité d'équitation : la rencontre et l'approche à pied, le moment des soins de pansage et de nourrissage, le travail avec la longe, les moments informels de communication avec le cheval sont autant d'aspects tout aussi importants que les moments de chevauchements (qui peuvent ne jamais être opportuns et donc non inclus dans la thérapie). Cet accompagnement du patient et de l'animal dans leur rencontre doit s'appuyer sur des solides connaissances en éthologie équine.

- Cheval : Encore une fois, on substitue l'activité (l'équitation) au profit de l'acteur (le cheval), mettant ainsi l'accent sur l'ensemble de ses qualités de médiateur vivant. Il ne s'agit pas ici d'acquérir des capacités en technique équestre, encore moins de participer à une quelconque compétition. (33)

❖ La médiation équine :

Redisons le, le terme de médiation équine ne saurait pas se rapporter à une catégorie d'activité avec le cheval mais à une façon d'envisager la relation entre une personne, un cheval et un (ou plusieurs) accompagnant.

Il nous paraît nécessaire de faire ici un rappel sur les thérapies à médiation. Il s'agit d'une orientation thérapeutique psychiatrique particulièrement utilisée chez le « patient enfant », imaginée à l'origine pour pallier à un langage absent ou peu élaboré chez des petits patients pris en charge en psychothérapie analytique. Rapidement, les soignants se sont rendu compte de la richesse et de l'intérêt d'introduire un médiateur dans la relation thérapeute-enfant, en se référant aux théories de Winnicott sur l'espace transitionnel (40). En effet le médiateur peut s'imaginer comme cette interface entre soi et l'autre, espace qui n'est tout à fait à soi, ni tout à fait à l'autre, mais bien espace partagé, dans lequel peuvent se « déverser » les projections de l'enfant et du soignant. C'est un espace intersubjectif, où la rencontre a toutes les chances d'advenir, lorsque celle-ci peine parfois à émerger dans le « face à face » avec le soignant. Les médiations thérapeutiques se pensent et s'inscrivent dans un cadre soignant, avec des intervenants et des modalités fixes, une constance spatio-temporelle, qui permet l'émergence de repères rassurants. Elles viennent également solliciter l'aspect transférentiel du soin, bien que les exigences d'analyse soient moins importantes qu'en thérapie classique, les temps d'analyse et de « reprises » par les soignants participent pour une part importante à la cohérence du soin. Enfin l'espace de médiation vient faire intervenir des notions de plaisir, plaisir du soignant à proposer et à accompagner l'enfant dans un espace qu'il aura choisi et pensé pour lui, en général en lien avec ses propres affinités et intérêts, plaisir de l'enfant à découvrir une activité différente, ludique, débarrassée d'une certaine « pression » qu'il peut ressentir en thérapie duelle. Si le cadre du soin est fixé à l'avance, l'espace qui en résulte est lui propice à la spontanéité, valorisant les moments d'imprévu, la circulation des émotions.(41)

Dans la médiation thérapeutique équine on peut dégager 2 particularités : d'une part elle fait intervenir un médiateur vivant, mais non humain, un médiateur porteur « en lui même » des qualités spécifiques de son espèce, réelles (comme on a pu les explorer au cours de ce travail) ou imaginaires (symboliques, culturelles, fantasmées...) s'inscrivant ainsi dans les médiations animales. D'autre part, elle vient s'apparenter aux thérapies à médiation corporelle, dans le sens où elle vient solliciter le corps, là encore dans ses dimensions réelles, éprouvées, particulièrement lors de la monte, mais aussi dans ses dimensions plus symboliques, notamment à travers le cheval, la prise en compte des soins à lui apporter, la relation infra-verbale qui s'établit grâce aux signaux corporels ajustés...

Si les phénomènes de médiation peuvent émerger « spontanément » dans toutes les sortes d'activités avec le cheval, qu'elles soient physiques ou psychiques, la réalisation d'un travail thérapeutique de médiation équine ne peut se réaliser que dans les conditions décrites si dessus, c'est à dire qu'avec la conscience et la maîtrise du cadre de soins par le thérapeute.

Pour résumer les différents champs des activités thérapeutiques avec le cheval nous proposons le schéma suivant (Fig 1). L'hippothérapie et la thérapie avec le cheval sont deux domaines disjoints de par la nature de leurs patients. L'activité d'équithérapie concerne toutes les activités d'équitation thérapeutique, elle englobe donc l'hippothérapie et la partie de la TAC qui propose une monte à cheval. Enfin les phénomènes de médiation sont présents dès lors qu'on triangule la relation patient-thérapeute avec le cheval, mais ne devient thérapeutique que lorsqu'un cadre de soins psychique est posé.

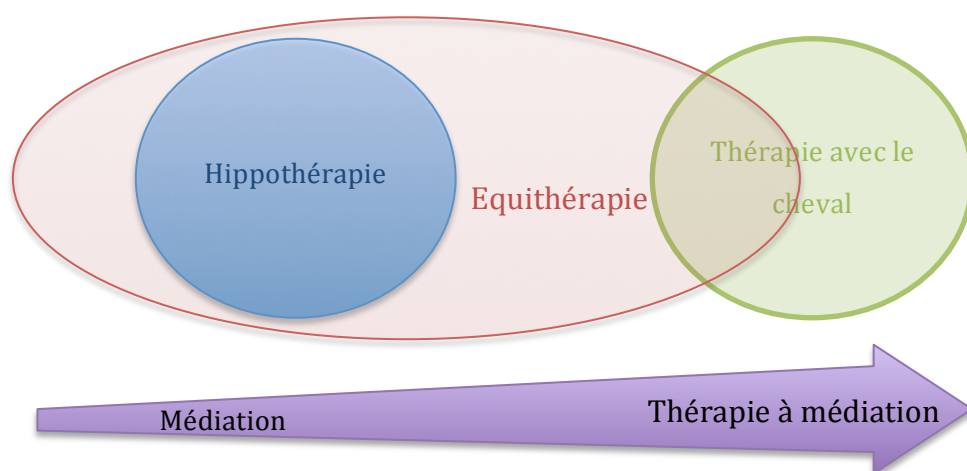


Figure 1 : Place des activités thérapeutiques avec le cheval

2. Historique

La thérapie avec le cheval est, on l'a vu, une discipline très récente mais qui est issue d'un cheminement ancien qui prend sa source dans les liens ancestraux entre le cheval et l'homme, puis qui se poursuit au début des temps modernes avec l'intérêt militaire pour l'équitation puis le développement de la pratique sportive équestre, avant que l'intérêt pour les vertus thérapeutiques de l'équitation ne se renforce au XXe siècle et ne finisse par constituer une discipline à ambition thérapeutique, intéressant d'abord les troubles physiques, puis psychomoteurs, puis psychiques. C'est ce parcours que nous allons maintenant détailler.

- De la préhistoire aux temps modernes: dans la préhistoire le cheval fut d'abord proie, puis animal domestique (on estime sa domestication vers 3500 ans avant JC), utilisé pour le travail agricole, la chasse, comme réserve de nourriture, puis plus tard comme moyen de transport. Le cheval est le sujet de représentations picturales (grotte de Chauvet, de Lascaux) bien avant sa domestication. Dans l'antiquité apparaissent les premières traces de vertus thérapeutiques attribuées à l'équitation. Ainsi dans les temples d'Asclépios, dieu grec de la médecine, on montait les souffrants sur un cheval, afin de favoriser la guérison, et fortifier le corps. La pratique d'exercices équestres et d'une manière générale les bienfaits de l'équitation sur le corps et l'esprit sont soulignés par Herodicus (maître d'Hippocrate et « père » de la médecine par l'exercice physique), Platon, Hippocrate (qui dans son traité intitulé *Régime* conseille l'équitation pour traiter l'insomnie). Xenophon, disciple de Socrate, stratège et philosophe du Ve siècle avant JC disait du cheval qu'il était « un bon maître non seulement pour le corps, mais aussi pour l'esprit et pour le cœur ». Cet intérêt particulier pour le cheval à cette époque trouve une résonance particulière dans la mythologie que nous explorerons plus tard. On ne trouve pas, à notre connaissance, d'indices d'utilisation du cheval à but médical pendant le Moyen Age, période où il est néanmoins fort utilisé dans tous les domaines (travaux agricoles, aide à la guerre, moyen de transport...) mais

où la médecine ne semble plus s'intéresser à l'aspect « sanitaire » de l'exercice équestre. (42)

- Du XVIIe siècle au XIXe s : il faudra donc attendre les temps modernes pour que réapparaissent des traités mentionnant le cheval comme aide au maintien de la santé. Ainsi au XVIIe siècle Esprit-Paul de Laffont Poulotti (l'un des inspirateurs des Jeux Olympiques) écrit que « le mouvement et l'exercice du cheval contribuent à la conservation de la santé en excitant la digestion, en ranimant les esprits. Ces effets sont merveilleux et presque incroyables dans la cure des malaises qui affectent la poitrine et le bas ventre. Ils produisent le plus grand bien aux hypochondriaques, suffisent même pour guérir les vapeurs». D'autres mentions des bienfaits de l'équitation sont retrouvés au XVIIIe siècle, notamment vis à vis de l'exercice militaire. Diderot en 1751 écrit dans son *Encyclopédie* un long traité sur l'équitation et ses vertus, notamment pour soigner les maladies nerveuses des dames. Au début du XIXe siècle apparaîtra une vague d'intérêt pour l'exercice physique dans une partie de la population, ce qui ramènera l'équitation dans le champ de la santé. En témoigne, entre autre, la thèse du Dr Chassaigne en 1870 *Physiologie de l'équitation, de son application à l'hygiène et à la thérapeutique*, où il propose l'équitation pour guérir certaines affections telles que la chorée, l'hystérie, l'épilepsie ou l'hypochondrie. (42)
- Epoque contemporaine :
 - Au XXe siècle on va voir apparaître les premières expériences de rééducation par l'équitation. L'un des exemples les plus souvent cité concerne Lis Hartel, cavalière danoise championne de dressage, qui en 1943 à la suite d'une poliomyélite devient invalide, ne pouvant plus se déplacer qu'en fauteuil roulant. En dépit des avis médicaux, elle continuera de s'entraîner intensivement et après des années de rééducation, obtiendra la médaille d'argent au concours de dressage des jeux olympiques d'Helsinki de 1952. A la suite de cet « exploit », on verra s'ouvrir en Norvège en 1953 un centre équestre spécialisé, subventionné

par le ministère de la santé norvégien. Dès expériences du genre naissent alors un peu partout en Europe puis aux Etats Unis, avec l'ouverture de centres spécialisés où l'on soigne les handicapés physiques mais aussi mentaux grâce à l'équitation. (42)

- En France, c'est un kinésithérapeute, H. Lallery qui étudiera à partir de 1965 les bienfaits de l'équitation sur une jeune fille atteinte de la maladie de Little (une forme d'encéphalopathie de l'enfant), ce qui lui inspirera la première publication française sur la rééducation par l'équitation en 1968. Il s'associera ensuite à Renée de Lubersac, psychomotricienne (discipline paramédicale qui vient alors d'apparaître en France) et enseignante d'équitation, avec qui il publiera en 1971 un ouvrage de référence, aujourd'hui épuisé: *La Rééducation par l'équitation*. Cet ouvrage princeps est le fruit d'un travail de recherche approfondi qui les a menés à recenser les expériences de travail thérapeutique avec le cheval partout en Europe, notamment en Angleterre. Ainsi naît officiellement la « Rééducation par l'équitation », ancêtre de la thérapie avec le cheval. On aura compris que l'orientation de ces travaux est alors essentiellement tournée vers la prise en charge kinésithérapique de troubles physiques. Néanmoins, l'éclairage de De Lubersac sur l'aspect psychomoteur des prises en charges permet une ouverture progressive du champ de la rééducation par l'équitation.
- Parallèlement, des expériences « sporadiques » d'équitation thérapeutique apparaissent spontanément dans des centres psychiatriques dans les années 70 (le centre psychiatrique de Jury-les-Metz notamment inclut dans son équipe une monitrice d'équitation sous l'impulsion de son directeur, lui même cavalier).
- C'est par l'histoire des réseaux associatifs qu'on peut appréhender l'évolution des « intentions soignantes » dans les activités avec le cheval. Ainsi la première association dans ce domaine est le CEARE, Comité d'Etude et d'Action pour la Rééducation par l'Equitation, émanation de différentes mutuelles de santé. Cette association dont faisait partie De Lubersac, regroupait uniquement des thérapeutes et des parents d'enfants

« inadaptés ». Puis Lallery fonde en 1970 l'ANDRE (Association Nationale de Rééducation par l'Equitation) qui réunit des médecins, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des assistantes sociales, des handicapés et parents de handicapés, des directeurs d'établissements, des enseignants d'équitation et des éleveurs, tous intéressés par l'activité équestre chez les handicapés physiques et mentaux. Les deux associations fusionnent en 1975, gardant le nom ANDRE. L'ANDRE deviendra en 1976 l'association Handi-cheval, afin de se rapprocher de l'association nationale Handisport, qui organise et promeut l'activité sportive pour les personnes handicapées. Du fait de ces nouvelles ambitions clairement orientées d'une part vers la technique équestre et d'autre part vers le handicap physique, une partie des acteurs de l'association feront sécession sous l'impulsion de De Lubersac et se reformeront sous le nom d'ANETELH (Association Nationale d'Equitation Thérapeutique et de Loisir pour Handicapés), association dont la vie sera courte puisqu'elle fusionnera à nouveau avec Handi-cheval dans les années 80. (42) Finalement, De Lubersac s'autonomisera définitivement en créant la FENTAC en 1986, affichant clairement une volonté d'ouvrir le travail avec le cheval aux troubles psychiques et de se dégager d'ambitions sportives et/ou rééducatives. Le terme de rééducation par l'équitation est abandonnée au profit du terme thérapie avec le cheval, témoignant du nouvel élan que veut donner De Lubersac à sa pratique (33). Suivront de nombreuses autres initiatives, on peut citer la Société Française d'Equithérapie (SFE), dont l'ambition est de proposer des soins axés uniquement sur l'aspect psychothérapique de la relation homme-cheval (39).

- On note également la multiplication des formations qui concernent ce domaine. Si la FENTAC, HANDICHEVAL et la SFE proposent chacune un cursus complet de formation pour les professionnels du secteur médical, médico-social ou de l'équitation souhaitant se spécialiser, il existe également une formation professionnelle continue en équithérapie qui prépare donc au métier d'équithérapeute. (43-46) Ces formations n'ont aucune reconnaissance au niveau national, il n'existe pas de diplôme

d'état. S'il a également existé une formation universitaire complète (Unité de formation à la réadaptation par l'équitation, au sein du diplôme d'état Sport et Santé, dispensé à l'université de Bobigny) il ne persiste actuellement que quelques formations optionnelles au sein des UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, notamment l'université de Besançon qui dispense un diplôme universitaires d'activités équestres adaptées. (47)

On voit comment se déroule l'histoire récente des activités avec le cheval. La thérapie avec le cheval trouve son origine dans la volonté de proposer des séances d'équitation « classique » à des personnes en situation de handicap, physique et mental, ce qui a permis de découvrir qu'il se produisait chez elles des réactions inattendues pendant qu'elles montaient à cheval. Ces effets bénéfiques ont encouragé le développement d'une rééducation par l'équitation, axée d'abord sur le moteur, utilisant le mouvement du pas du cheval pour travailler certaines parties du corps, puis vers le psychomoteur, et plus globalement, vers le psychologique. La pratique rééducative n'a pas tardé à se revendiquer thérapeutique et à se détacher de l'ascendant de l'équitation, en proposant un travail « avec » et plus nécessairement « sur » le cheval et en abandonnant l'idéal de progression équestre. La montée de l'intention soignante dans ce domaine est également bien représentée par la multiplication des formations professionnelles, même si celles ci restent pour le moment dans le domaine privé.

3. Le cheval-symbole

On a ainsi posé le cadre de la TAC en définissant ses rapports avec les autres disciplines thérapeutiques qui font intervenir le cheval puis en retraçant son parcours historique depuis l'utilisation du cheval comme outil de rééducation physique jusqu'à son intégration comme médiateur dans une thérapie globale. Il nous paraît maintenant important de se poser la question de ce que représente le cheval dans l'esprit humain et la conscience collective, afin de comprendre les spécificités du travail avec le cheval. Si l'on a déjà pu évoquer les caractéristiques « réelles » du cheval que nous enseignent l'éthologie équine et l'histoire, il nous semble tout aussi important d'évoquer ses qualités imaginaires, inconscientes, fantasmées. La médiation équine vient faire appel à un sujet vivant, existant, ce qui la différencie d'autres objets de médiation qui peuvent

être des supports vierges, des espaces de projection (la terre, le dessin...) sur lesquels l'enfant déverse ce qu'il veut et peut de sa vie psychique interne. Dans la médiation avec l'animal, le travail ne se fait pas sur un canevas vide mais bien sur un sujet-cheval, qui possède intrinsèquement des caractéristiques importantes à identifier et prendre en compte dans ce qu'elles vont pouvoir apporter dans la thérapie, comme facteurs favorisants mais aussi parfois comme freins, difficultés, éléments d'appréhension. Ainsi nous explorerons le cheval en tant que mythe, en tant que représentation psychanalytique puis en tant qu'objet culturel. On aura alors un aperçu des représentations symboliques liées au cheval.

❖ Aspects mythologiques et religieux

- Les mythes gréco-romains : c'est dans le monde antique gréco-romain qu'on trouve le plus de références au cheval que se soit à travers des personnages positifs ou négatifs.
 - Pégase : Cheval ailé, fruit des amours entre Poséidon (dieu des mers) et la gorgone Méduse (monstre ailé au corps de femme et à la chevelure faite de serpents). Il jaillit du sang de cette dernière lorsque Persée lui coupe la tête. Ami des Muses, il crée la source Hippocrène en frappant la terre de ses sabots. Dompté par le héros Bellérophon alors qu'il boit à la fontaine Pirène, il l'aidera à tuer le monstre Chimère, mi-chèvre, mi-lion, entre autres exploits. Bellérophon victime de son orgueil, chutera de sa monture ailée alors qu'il tentait de rejoindre le sommet de l'Olympe. Pégase atteindra l'Olympe, apportant comme cadeau pour Zeus les éclairs et le tonnerre forgés par Héphestos. Il sera transformé en constellation par Zeus. On constate dans ce mythe de nombreuses évocations de l'eau (fils de Poséidon, naissance « jaillissante », créateur de source, dompté près d'une fontaine) qui se réfèrent à la fois à l'élément féminin mais aussi à l'élévation créatrice, aspect qu'on retrouve dans la proximité avec les muses. Pégase est le symbole de l'inspiration poétique qui transcende l'homme (tant et si bien qu'il le fait tomber dans sa course vers le divin). Il est de par sa nature équine relié à la terre, mais grâce à ses ailes peut s'élever vers le ciel, ce qui fait de lui un passeur entre les mondes. (48)

Cette figure positive a été un sujet de représentation picturale traversant les siècles. Les élèves de C. Jung reprirent cette figure mythique qu'ils relièrent à un symbole de quête, lié à l'instinct, à l'intuition, au pouvoir transcendant de l'imagination. (49)

- Les centaures : dans la mythologie grecque classique il s'agit de monstres possédant le torse, la figure et les bras d'un homme avec la croupe d'un cheval. Ce sont dans l'ensemble des figures viles, rattachées aux instincts animaux et aux désirs pervers. Ainsi les centaures sont-ils souvent représentés ivres, violents, concupiscent. Seul le centaure Chiron apparaît comme une figure positive dans *l'Illiade* d'Homère. Il est décrit comme le maître d'Achille et d'Esculape qu'il instruit dans les arts de la musique, de la chasse, de la guerre et de la médecine. Ami d'Hercule il lutte à ses côtés contre les autres centaures, ce qui le conduit à sa perte, blessé à mort par une flèche d'Hercule. Etant immortel, il survit dans d'atroces souffrances et finit par céder son immortalité à Prométhée. Zeus le transforme lui aussi en astre, pour former la constellation du sagittaire (50). Le sagittaire, cette figure dressée devant le ciel, son arc bandé vers les étoiles consacre la victoire de la connaissance et de la spiritualité sur l'animalité et la bestialité. La figure du centaure renvoie à ces deux aspects, le terrestre et le céleste, et à leur nécessaire synthèse, à la transcendance de la bassesse animale par la connaissance. (51)
- D'autres exemples : on trouvera d'autres évocations de chevaux mythiques dans la culture gréco-romaine classique, notamment dans l'évocation du passage de la vie à la mort (chevaux du char d'Hadès, monture de la mort selon Eschyle, représentation de Pégase retrouvée sur les vases funèbres...) témoignant là encore de la capacité du cheval à être un passeur, non seulement entre les mondes humains et divins mais aussi entre Terre et Enfers, lui conférant le rôle de psychopompe, c'est à dire conducteur des âmes des morts vers l'au delà.
- Dans les autres cultures : les exemples sont nombreux et quasi universels

- Dans le monde arabo musulman : Al Buraq est une créature fantastique, cheval ailé à tête de femme et queue de paon qui est amené par l'archange Gabriel depuis le paradis pour être la monture des prophètes.
- Dans la mythologie nordique : on trouve Sleipnir, cheval à 8 pattes, monture d'Odin (principal dieu de la mythologie nordique) qui peut se mouvoir aussi bien sur terre, sur l'eau ou dans les airs. Il tiendrait également le rôle de psychopompe.
- On retrouve dans la mythologie celte, slave, hindoue, africaine, navajo entre autres des références à des chevaux mythiques, puissants, parfois malfaisants, souvent liés aux rites mortuaires (on pense notamment aux 4 chevaux de l'Apocalypse dans la culture chrétienne occidentale).(52)

On peut observer une certaine constance dans les éléments mis en exergue dans les différents mythes qui font appel au cheval : notions de puissance, parfois dangereuse, mais aussi de grâce et d'érudition. La caractéristique la plus constante semble être la capacité du cheval à être un passeur, un messager, à transcender sa nature animale, que ce soit pour relier l'homme aux dieux ou pour les accompagner dans l'au-delà. Cette constance semble avérée qu'on l'envisage d'un point de vue spatial aussi bien que temporel. Ainsi il n'est pas étonnant que des siècles plus tard et alors que la société semble s'être dissociée de ses mythes fondateurs, il reste dans l'inconscient collectif des traces fortes de ce que peut représenter le cheval.

❖ Aspects psychanalytiques

La psychanalyse ne pouvait se passer d'analyser un élément aussi ancestralement porteur de sens. On résumera ici deux approches du cheval en psychanalyse : celle de Freud, dont il est essentiellement question dans la célèbre analyse du petit Hans et celle de Jung qui à plusieurs reprises évoquera le cheval dans ses écrits.

- Le cas du petit Hans : Dans son ouvrage *Cinq psychanalyses*, (53) Freud décrit l'analyse du petit Hans, qui deviendra l'une des plus célèbres de la psychanalyse. «La peur d'être mordu dans la rue par un cheval semblait être en rapport d'une façon quelconque avec le fait d'être effrayé par un grand pénis » écrit-il.. Il y a pour lui dans cette zoophobie, quelque chose qui doit

être le substitut d'une autre peur, la peur de la castration, de l'organe sexuel manquant de sa mère et d'un désir senti comme coupable. Hans semble exorciser sa peur et son désir par déplacement, en les produisant dans une autre langue. L'analyse de Freud ne se limite pas à ce constat. Elle fait apparaître le cheval comme substitut du père. Deux éléments concrets facilitent ce déplacement. D'une part les moustaches paternelles qui évoquent la muselière noire du cheval, d'autre part le fait que le père, répondant à l'invitation de son fils, ait joué avec lui au « dada ». Freud s'efforce de percer le mystère de cette substitution à travers le rapport à la mère. Le petit Hans redoute son père parce que, convoitant sa mère, il est entré en rivalité avec lui et doit encourir une sanction. La morsure du cheval représenterait donc le châtiment que lui inflige le père afin de le punir de son désir. Au cours de ce drame oedipien, les efforts défensifs contre le ça aboutissent à une régression au premier stade archaïque sadique-anal qui se caractérise par des fantasmes d'agression. Sous le coup de la censure et du refoulement, non seulement la phobie métaphorise la figure paternelle, mais elle inverse aussi le signe : l'actif devient passif. Voilà pourquoi, au lieu de désirer la mort de son père, l'enfant fantasme autour d'une situation où il se trouve agressé par lui (51).

- En dehors de cette analyse, dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Freud explique que « l'attirance particulière pour le cheval s'explique en grande partie par le fait que c'est la seule activité proche de l'activité sexuelle, au sein de laquelle peuvent se prendre sensiblement les mêmes plaisirs, sans aucun sentiment de culpabilité. Elle permet d'être l'exutoire des pulsions sans enfreindre de tabous. » (54) Freud lie ainsi définitivement cheval et sexualité.
- C. Jung et le cheval : À de nombreuses reprises, Jung évoquera le cheval dans ses écrits.
 - Dans *Métamorphose de l'âme et ses symboles* il écrit que « le cheval semble représenter l'idée de l'homme avec la sphère instinctuelle à lui soumise [...] les légendes lui attribuent des caractères qui reviennent

psychologiquement à l'inconscient de l'homme : ils sont doués de clairvoyance [...] ils guident les égarés [...] ils ont des facultés mantiques [...] ils voient aussi les fantômes ». Ainsi met-il le cheval du côté de l'énergie psychique humaine émanant de l'inconscient. (55)

- Dans ce même ouvrage il en fait « l'un des archétypes les plus fondamentaux des mythologies, proche du symbolisme de l'arbre de vie ». Comme ce dernier, le cheval relie tous les niveaux du cosmos : le plan terrestre où il court, le plan souterrain dont il est familier, et le plan céleste. Il est « dynamisme et véhicule ; il porte vers un but comme un instinct, mais comme les instincts il est sujet à la panique ». En ce sens, le motif du cheval est un symbole adapté pour le Soi car il représente une réunion de forces antithétiques et contradictoires, conscientes et inconscientes, ainsi que la relation les reliant (de même qu'une relation indéfinissable unit le cavalier à sa monture). (55)
- Il en fait également comme Freud un symbole sexuel fort : reprenant le mythe de Pégase créant la source avec son sabot il fait de celui-ci « le dispensateur du liquide fécondant », et du cheval un animal priapique dont les empreintes de sabots « sont des idoles qui dispensent bénédiction et abondance, fondent la propriété et servent à établir les frontières ». (55)
- Il se distingue néanmoins de Freud en plaçant le symbole cheval non pas du côté paternel mais du côté maternel car il « offre un contact doux et rythmique, et valorise son cavalier ». (56)
- Ses disciples organiseront en 1984 une conférence de psychanalyse entièrement dédiée à la figure du cheval ailé.

❖ Aspects culturels

Pour compléter l'évocation de cette figure omniprésente qu'est le cheval on oriente maintenant notre regard vers les éléments culturels qui le concernent. Il serait impossible et improductif de faire le catalogue de toutes les œuvres culturelles qui

contiennent le symbole du cheval. Nous nous contenterons ici d'évoquer quelques domaines où l'on retrouve sa présence de façon appuyée :

- En littérature : On peut distinguer différentes évocations du cheval en littérature. D'abord on trouve une littérature classique fournie concernant les mythes déjà évoqués notamment celui de Pégase, source d'inspiration « en lui même » (on citera particulièrement les deux poèmes de V. Hugo datant de 1859 *Le cheval* et *Au cheval* qui respectivement inaugurent et clôturent le recueil *Chanson des rues et des bois*, mais aussi Cocteau, Voltaire ou Balzac). On trouve la figure du cheval « second rôle », fidèle compagnon du héros du roman (Don Quichotte et Rossinante par exemple) mais également des romans dont le héros et narrateur est le cheval (*Le Cheval* de Tolstoï). La littérature classique abonde de scènes de compagnonnage entre l'homme et le cheval que ce soit dans la description de la bourgeoisie (Proust, Balzac, Flaubert) ou du prolétariat (Zola). Enfin il existe en littérature de jeunesse une profusion d'ouvrage de « littérature équestre » des « classiques » (*Mon amie Flicka* de M. O'Hara, série de *L'étalon noir* de W. Farley) mais aussi des collections entières plus récentes, plutôt orientée pour les petites filles (*Grand Galop*, *Mon poney et moi...*). On ne manquera pas de citer les chevaux de bande dessinée qui sont entrés dans la culture populaire (Jolly Jumper dans *Lucky Luke...*). En poésie on gardera en mémoire le poème de Paul Fort *Le petit cheval* mis en musique et chanté par Georges Brassens.
- Dans les beaux-arts : sujet classique par excellence, on le retrouve à toutes les époques, dans toutes les civilisations et sous toutes les formes : premier animal (à notre connaissance) représenté sur les peintures rupestres pendant la préhistoire, il est abondamment peint pendant l'Antiquité, entre autre sur les vases funéraires. Plutôt peu présente au Moyen-Age, la représentation équestre connaît un retour spectaculaire dans l'art de la Renaissance, la statue équestre devenant un genre à part entière. Plus tard les peintres de l'époque moderne reprendront abondamment ce thème. On peut évoquer plus particulièrement le tableau *Le cauchemar* de Johann

Heinrich Füssli (1781), où l'on peut voir sur le même plan une jeune femme abandonnée au sommeil, rêvant, et le contenu de son cauchemar. Un démon est assis sur son thorax, un cheval noir au regard fou passe la tête par les rideaux de son lit. Si dans un premier temps on peut y voir une représentation classique des caractéristiques d'un cauchemar (sensation d'oppression thoracique, idées inquiétantes, effrayantes, jeu de mot entre « mare », la jument en anglais, et « nightmare », le cauchemar), la plupart des critiques s'accordent à dire que cette toile évoque de façon éloquente l'émergence de l'inconscient lors du sommeil, notamment l'inconscient sexuel, reliant une fois de plus la présence du cheval à la sexualité et à l'inconscient. On peut citer également les œuvres de Théodore Géricault qui comportent de nombreux portraits équestres mais aussi des chevaux sans cavaliers représentés avec un réalisme sublime et étonnant. Les peintres et artistes contemporains s'en saisiront également, on pense au cheval agonisant dans *Guernica* de Pablo Picasso, artiste particulièrement inspiré par le thème, au point que le musée Picasso de Malaga consacre une exposition aux chevaux dans son œuvre en 2010. Selon les époques on a pu représenter des chevaux seuls, des portraits équestres, des scènes de chasse, des scènes de guerre, des scènes rurales des scènes de courses ou des scènes mythologiques.

- Au cinéma : Si les chevaux sont évidemment des « accessoires » indispensables à de nombreux genres cinématographiques (western, peplum, reconstitutions historiques...) ils ont pu être mis au devant de la scène soit comme des personnages à « part entière » soit comme des éléments symboliques forts. Dans cette lignée on citera dans l'ordre chronologique *Crin-Blanc*, film français d'Albert Lamorisse de 1952 dans lequel le personnage principal est le cheval éponyme, fougueux cheval sauvage camarguais qui ne se laissera apprivoiser que par le petit Folco, enfant lui aussi réputé indomptable ; *The misfits* de John Huston (1961, en Français *Les désaxés*) où le trio d'acteurs principaux (M. Monroe, M. Clift et C. Gable) cherchent à dompter des chevaux sauvages, miroirs de leurs propres démons intérieurs, chevaux promis à l'abattoir pour être

transformés en pâté pour animaux, évocation d'une destinée humaine tragique, absurde, dénuée de sens, à laquelle le destin réel des acteurs (notamment Monroe et Gable qui mourront très peu de temps après le tournage) donne une dimension crépusculaire et vertigineuse ; *Heureux qui comme Ulysse* de Henri Colpi (1970) qui met en scène l'amitié particulière entre Antonin, ouvrier soumis, (Fernandel) et Ulysse, vieux cheval de travail destiné à finir son existence aux arènes, qui se libèreront mutuellement en s'enfuyant en Camargue pour y couler des jours tranquilles ; *The horse whisperer* de Robert Redford (1998, en Français : *L'homme qui murmurait à l'oreille des chevaux*) adapté d'un roman et inspiré d'une réelle technique de dressage éthologique, le « horse whispering », ce film raconte la lente guérison psychique d'une jeune fille de 13 ans (S. Johansson) après un accident qui lui a coûté l'une de ses jambes, grâce à la reconquête de son cheval, aidée dans cette tâche par un dresseur (R. Redford) dont la technique douce permettra à la jeune fille de renouer avec son cheval et avec la vie. On peut dégager quelques fils rouges de l'évocation des chevaux au cinéma : jeunes et fougues ils sont l'animalité, l'instinct, l'absence de concession ; âgés ou domptés ils sont la destinée humaine, condamnés à une fin absurde ; ailleurs ils sont espoir de liberté, possibilité d'une reconquête de soi-même.

- Dans la publicité : il est sans doute discutable d'inclure la publicité dans un chapitre consacré aux aspects culturels du cheval, néanmoins on ne peut nier qu'elle est un support de représentation omniprésent dans nos vies contemporaines, et qu'elle utilise et véhicule des symboles et images qui doivent être pertinents et frappants. La publicité est donc un lieu de restitution de l'imaginaire collectif et populaire. Là encore le cheval est fortement utilisé pour vendre toutes sortes d'objets, voitures, parfums, bijoux, montres, à la fois à un public masculin à qui l'on vend un puissant cheval au galop synonyme de virilité, à un public féminin à qui l'on montre un gracieux cheval de rêve parfois ailé, à un public d'enfants qui reconnaît un fidèle camarade. Le cheval est donc « bon vendeur » permettant d'abolir toutes les barrières culturelles, religieuses, de genre ou d'âge.

❖ Aspects symboliques

Qu'est ce qu'un symbole si ce n'est la somme des représentations et projections issues des domaines d'activités humaines évoqués précédemment ? Ce sont ces traces d'images qui se sont détachées du cheval réel et qui forment une trame de représentations inconscientes. Celle-ci possède des aspects universels mais aussi personnels, l'image se façonnant au gré des expériences individuelles. Si l'on essaye de synthétiser les aspects évoqués on peut établir quelques lignes de force dans la symbolique du cheval :

- La puissance : que ce soit par ses qualités musculaires réelles et sa facilité à se mouvoir, ou par le fait qu'il a été indissociable des conquêtes militaires de l'homme, le cheval a été et reste le symbole de la puissance. S'il n'est plus utilisé pour la guerre, les défilés officiels ou les transports de famille royale témoignent de la place de choix qu'il a conservé auprès des détenteurs du pouvoir.
- Le transport : depuis sa domestication, le cheval est le véhicule de l'homme. De véhicule physique qui réduit les distances et aide au travail des champs, il devient véhicule symbolique, entre les mondes terrestres, célestes et mortuaires. Il peut par ce biais devenir une créature inquiétante car associée au passage vers l'au delà.
- La créativité : on lui prête les vertus créatrices depuis la mythologie antique, en continuité avec l'idée du transport. En effet si le cheval est force animale, il sait se muer en créature gracile, qui lie tous les niveaux entre eux, l'humain et le divin, le conscient et l'inconscient, le monde réel et imaginaire. Il représente donc la source de la créativité humaine, faisant naître l'idée là où il n'y avait que de la matière. C'est un « transformateur ».
- La sexualité : cette ligne symbolique est quasi constante au cours des époques, en lien avec l'impression de puissance et d'animalité qui se dégage du cheval (non sans rapport avec la réalité anatomique de l'organe sexuel du mâle) mais également mis en lien par Freud avec la pratique du chevauchement qui évoque effectivement l'acte sexuel. Le terme étalon est

d'ailleurs toujours utilisé pour qualifier une personne à la sexualité vigoureuse.

4. Le cheval-psychique

Nous allons maintenant aborder les caractéristiques psychiques du travail avec le cheval, en nous référant à des concepts issus de la pédopsychiatrie « classique ». Cet éclairage nous permet de mieux saisir l'intérêt de la TAC en pédopsychiatrie, d'observer comment elle peut s'intégrer dans la culture soignante actuelle en faisant appel à des repères importants dans le bagage théorique pédopsychiatrique.

❖ Les 3 fonctions maternelles selon Winnicott

L'un des concepts importants dans l'œuvre de Donald Winnicott concerne la fonction maternelle. Il définit 3 grands rôles de la mère dans le développement de son bébé, qu'il appelle « holding », « handling » et « object presenting ». Le « holding » correspond au soutien, au portage de l'enfant, fonction de maintien à la fois physique et psychique, l'enfant étant initialement inclus dans le fonctionnement psychique de la mère. Le « handling » correspond à la façon de manipuler le corps de l'enfant, les soins de nursing (toilette, habillage...) mais aussi les caresses, le peau à peau, les contacts cutanés de toute sorte. Le handling aide le nourrisson à habiter son propre corps. Enfin l'« object presenting » est la capacité de la mère à mettre à disposition de son bébé des objets « au bon moment », ni trop tôt, ni trop tard, de sorte que le bébé puisse développer l'illusion qu'il est celui qui crée magiquement l'objet, dans un sentiment d'omnipotence. S'il est présenté trop tôt, l'enfant n'aura pas l'occasion d'expérimenter le besoin, puis le désir pour l'objet et l'irruption trop soudaine de celui-ci constituera une intrusion dont il faudra se défendre. S'il est présenté trop tard, le nourrisson supprimera son désir pour ne pas être anéanti par le besoin et la colère, se soumettant ainsi passivement à l'environnement. (1) Ces 3 fonctions maternelles primaires peuvent être mises en lien avec l'expérience proposée lors de la TAC :

- Le Holding : cette fonction de portage permet donc à la mère de créer les conditions de la naissance d'un sentiment de sécurité chez son enfant, à travers la cohérence et la régularité des expériences sensori-motrices enveloppantes qu'elle partage avec lui. Se faisant, le nourrisson peut

commencer à développer un sentiment de continuité d'existence. Cette base de sécurité est essentielle pour assurer la force du Moi, selon Winnicott. (57) Lors de l'expérience de chevauchement, l'enfant est bercé au rythme à 4 temps, régulier, répétitif, du pas du cheval. Il est soutenu et maintenu par le dos du cheval. Ce n'est pas à proprement parler un portage enveloppant mais le large dos du cheval, la possibilité de s'accrocher à sa crinière offrent un support suffisamment solide pour que l'enfant puisse s'y appuyer voire s'y allonger, lui ouvrant alors un espace de régression le ramenant à la situation où sécurisé par le portage maternel il pouvait s'abandonner dans ses bras et accepter sereinement son état de totale dépendance. (42) La marche au pas à 4 temps du cheval (qui se décompose ainsi : posé du postérieur droit, posé de l'antérieur droit, posé du postérieur gauche, posé de l'antérieur gauche) anime le corps du cavalier d'un mouvement hélicoïdal unique, qui donne l'impression de « faire le tour de soi même » et aide à rassembler le corps de l'enfant, aboutissant à la sensation d'une unité corporelle solide et cohérente (préalable à la construction ou au renforcement d'une unité psychique solide et cohérente). S'ajoute à cette expérience motrice les autres sensations : douceur du pelage, chaleur dégagée par l'animal, odeur forte et spécifique, qui vont maintenir l'enfant dans une « bulle » de sensorialité partagée avec le cheval. Le thérapeute qui est garant de la sécurité du cadre contribue également à donner du sens à l'expérience, à sortir de la sensorialité pure. (58) La régularité des séances et du dispositif permet également le renforcement du « sentiment de continuité d'existence ». (59)

- Le Handling : Cette capacité à prendre soin de son enfant au travers des gestes de manipulation quotidiens qui permettent à l'enfant de découvrir son enveloppe corporelle puis d'habiter son corps viendra trouver un écho en TAC lors des activités de pansage du cheval. En effet avant toute chose, il faudra brosser le cheval, lui nettoyer les pieds, le caresser, l'« habiller »... Cette étape est indispensable au déroulement de la séance et à la fois une fonction de soins et de mise en relation. Elle permet à l'enfant de prendre conscience du corps de l'animal, des différentes parties de son anatomie qui

forment un tout, de sa réactivité aux stimuli et est l'occasion de questionner la différence des corps, entre les sexes ou entre l'animal et l'humain notamment. En se reconnaissant différent du corps de l'animal, on peut voir émerger chez le patient une prise de conscience de son individualité (ou une ébauche) (58)(60) Si dans le portage, l'expérience est vécue par le patient, dans le « handling », la manipulation, le patient est acteur et « prend la place » de la mère en donnant des soins au cheval. L'enfant se retrouve dans une position gratifiante et motivante de donneur de soins, là où d'habitude il n'est « que » patient. (61)

- L'Object presenting: comme on a pu le voir, la fonction de présentation d'objet correspond à la mise en place de l'illusion de l'omnipotence qui ne peut émerger que lorsque l'enfant a le temps de désirer l'objet, et que celui-ci n'intervient pas trop tard, lorsque le désir s'est éteint et que l'enfant s'est résigné à dépendre passivement de son environnement. Dans la TAC, cette illusion d'omnipotence se manifeste lorsque l'enfant est sur le cheval. Il est alors plus grand que les autres, le regard portant loin, il voit ce que personne d'autre ne peut voir. Mais cette impression d'omnipotence est rapidement contrecarrée par l'expérience de la réalité de l'équitation qui nécessite l'acceptation d'un écart entre la volonté du cavalier et la satisfaction de cette volonté. Sans annihiler ses désirs et le rendre totalement soumis à la volonté du cheval, le patient doit néanmoins faire avec cette autre, ce qui le « sort » de l'illusion de toute puissance archaïque. (60)

❖ L'aire d'illusion selon D. Winnicott

Dans la continuité de ses travaux sur l'omnipotence, Winnicott décrit l'évolution de cette illusion primitive de toute puissance vers un autre espace qu'il nomme aire d'illusion (ou aire transitionnelle). Cet espace l'enfant le découvre petit à petit, au fur et à mesure des petits manquements de sa mère, qui lui permettent de sortir de l'omnipotence mais de conserver un espace de projection qui n'est ni interne ni externe, mais intermédiaire. C'est l'aire de la créativité, du jeu, de la vie fantasmatique de l'enfant. Il décrit l'objet transitionnel, objet réel mais transformé par les projections de l'enfant.

C'est le doudou, peluche pour le commun des mortels, trésor pour l'enfant. C'est un objet qui n'existe pas ou plutôt qui n'existe que pour celui qui le crée. (40) De nombreux auteurs ont pu attribuer au cheval en thérapie la qualité d'objet transitionnel, c'est le cas de H. Lallery (acteur majeur du développement des activités thérapeutiques avec le cheval, comme on a pu le voir précédemment) qui reprend les caractéristiques de l'objet transitionnel selon Winnicott et les applique au cheval : l'enfant doit pouvoir s'arroger des droits sur l'objet, il dit « mon cheval » ; l'objet est choyé et maltraité, l'enfant caresse et embrasse le cheval, l'insulte et le frappe également ; il ne peut être changé qu'avec la volonté du sujet, on constate les difficultés qui apparaissent quand on propose à l'enfant un cheval dont il n'a pas l'habitude ; il doit survivre à tous les sentiments, c'est le cas du cheval par sa taille et sa relative indifférence affective ; il doit en retour communiquer une certaine chaleur, témoigner de vitalité, ce que fait le cheval ; il ne doit ni être du dedans ni du dehors, ce qui correspond à la vision qu'en a l'enfant, ce n'est pas une hallucination, mais il n'est pas totalement externe ; l'objet est destiné un jour à l'abandon progressif. L'enfant un jour demande à changer de monture. (33) Ainsi de nombreux auteurs considèrent le cheval comme potentiellement transitionnel, mais il ne deviendrait transitionnel qu'à condition que l'enfant s'en saisisse comme tel. Néanmoins on ne peut nier que proposer le cheval comme médiation participe de fait à un phénomène transitionnel puisqu'à notre sens, le principe même de la médiation est de proposer entre patient et soignant une aire intermédiaire qui s'apparente fortement à l'aire transitionnelle selon Winnicott.

❖ La fonction alpha selon W. Bion

W. Bion, psychanalyste anglais post-Kleinien, propose une organisation du système psychique du bébé et de sa mère. Ainsi fait-il l'hypothèse que les premières pensées du nourrisson sont constituées de sensations brutes, primitives, désagréables, négatives et non assimilables en l'état, qu'il appelle « éléments bêta ». Le bébé doit s'en débarrasser en les projetant sur sa mère qui grâce à son propre « appareil à penser » et sa capacité de rêverie (ce que Bion résume sous le terme « fonction alpha ») va les accueillir, les « détoxifier », les interpréter et leur donner un sens, les transformant alors en « éléments alpha », éléments assimilables par le bébé et utilisables sous forme de pensées oniriques, pensées inconscientes, rêves, souvenirs... (1) Ainsi au cours de la

TAC il n'est pas rare que le cheval serve de surface de projection psychique et physique d'éléments bruts similaires aux éléments bêta. Il accepte souvent sans broncher les mouvements d'humeur, les coups, les tapes et toutes les manifestations de pulsions destructrices. S'il peut ainsi contenir sans se détruire ces éléments bêta, il ne peut néanmoins assumer à lui tout seuls la fonction alpha maternelle. Seul la présence, l'attitude et les mots du thérapeute peuvent transformer et détoxifier ces manifestations, grâce au langage qui donne le sens. C'est donc un travail partagé entre le cheval qui contient et le soignant qui transforme. (59)

❖ La relation symbiotique selon M. Mahler

Comme nous avons pu le noter dans un chapitre précédent, M. Mahler a fait l'hypothèse d'un développement du nourrisson en 3 étapes (phase autistique, phase symbiotique, phase de différenciation). (62) L'observation de séances de TAC a permis à certains auteurs de remarquer une certaine analogie entre le comportement des enfants (notamment les plus régressés) avec le cheval et les phases symbiotiques et de différenciation. En effet, on peut constater une recherche de symbiose entre l'enfant et l'animal, tentative de fusion qui se manifeste par l'enfouissement de la tête de l'enfant dans les poils du cheval, des comportements d'agrippement du crin, de collage, des refus de descendre du cheval. Cette phase se dénoue lorsque la désillusion arrive, c'est à dire lorsque le cheval, sujet indépendant et réactif, va par ses réactions inattendues pour l'enfant créer un décalage et une frustration dans l'illusion de symbiose. La descente du cheval, la mise au box, la fin de la séance et la sortie du centre équestre sont autant d'étapes qui signent la « défusion », et donc la séparation, première étape de l'individuation. Le cheval passe alors d'objet partiel, inclus dans la membrane symbiotique, à objet total, entité séparée, sujet à part entière. Le thérapeute accompagne l'enfant dans ces différentes étapes, grâce au langage, permettant un passage du vécu au symbolique. (58)

❖ Le dialogue tonico-émotionnel

Basée sur les travaux de Wallon (1930) (63) et Ajuriaguerra (1977) (64) cette théorie met en avant le rapport entre l'état musculaire et tonique d'un sujet et son état émotionnel, ainsi que les phénomènes de transmission de ces états d'un sujet à un autre, notamment entre un bébé et sa mère. Ainsi lorsque le bébé est dans les bras de sa mère,

on postule qu'il est sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent ainsi qu'aux autres paramètres qu'il peut déceler chez sa mère, les mimiques du visage et la prosodie de la voix. Marcelli (65) appelle cet ensemble le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel, qui permet à l'enfant de « lire » l'état émotionnel de sa mère et d'y apporter une réponse. C'est ainsi que peut se mettre en place un dialogue fluide, vecteur d'émotion, à condition que les informations envoyées par la mère soient cohérentes, et que les deux partenaires soient disponibles physiquement et psychiquement. Il peut alors apparaître ce que Stern appelle l'accordage affectif, partage entre un bébé et sa mère d'un état affectif commun sans qu'il ne s'agisse d'une imitation stricte. (66) Cet effet de dialogue infra verbal et d'accordage se retrouve en TAC dans la notion d'isopraxie. Il s'agit d'un terme souvent employé dans le domaine équestre, introduit par Mac Lean en 1970 décrivant un « comportement dans lequel deux ou plusieurs individus s'engagent dans la même sorte d'activité, et, ainsi, communiquent ». Dans le domaine équestre il est reconnu que par l'intermédiaire des canaux sensoriels, le cheval et son cavalier établissent une communication infra verbale efficace si leur relation est de qualité suffisante et qu'aucun des partenaires n'est parasité. Ainsi, tout mouvement du cavalier tendra à provoquer chez le cheval un mouvement homologue et à l'inverse, tout mouvement du cheval entraîne chez le sujet une gestualité homologue. La communication entre l'homme et le cheval se construit donc avant tout sur un mode tonique et postural, qui évoque fortement le dialogue tonico-émotionnel du nouveau né et de sa mère. (33) Certains auteurs postulent même l'extension du concept d'isopraxie au domaine affectif, sous le terme d'isoesthésie. (58)

❖ L'acquisition du schéma corporel et le « Moi-peau » de D. Anzieu :

Pour pouvoir s'individualiser, l'enfant doit pouvoir au cours de son développement acquérir la conscience de son schéma corporel. Cette reconnaissance de lui-même, des parties de son corps, de leurs limites et de l'unité qu'elles forment lui permet d'une part de pouvoir « habiter » ce corps, mais aussi de pouvoir vivre la relation à l'autre de façon sereine, non envahissante. (67) C'est également l'hypothèse de D. Anzieu quand il travaille sur le « moi-peau », cette « enveloppe qui émet et reçoit des signaux en interaction avec l'environnement (qui) vibre en résonance ; elle est animée,

vivante à l'intérieur, claire et lumineuse », indispensable préalable au sentiment d'identité « Etre soi même, c'est en premier lieu avoir une peau à soi et en second lieu s'en servir comme d'un espace où mettre en place ses sensations. » (68) Sur le cheval, l'enfant expérimente son corps de façon nouvelle. Ces sensations aident à la prise de conscience des différentes parties du corps du cavalier à travers une expérience inhabituelle : le contact de la peau du cheval, les perceptions d'un corps en mouvement « malgré soi », le mouvement hélicoïdal caractéristique du travail au pas, les sensations internes dues au balancement... Les sensations sont parlées, traduites par le thérapeute pour qu'elles prennent sens et participent à l'acquisition d'une représentation corporelle cohérente. (59) Le travail autour du schéma corporel peut aussi s'organiser grâce aux moments à pied avec le cheval, où l'enfant a l'occasion d'observer et de toucher les parties du corps du cheval, ou d'observer le cheval en train de manger, d'uriner ou de déféquer. Ces observations sont source d'interrogations sur le corps du cheval, ses fonctions physiologiques, les similitudes et les différences entre le corps humain et le corps animal qui peuvent se parler avec le thérapeute et ainsi contribuer à la reconnaissance du schéma corporel.

❖ La fonction paternelle

Classiquement en pédopsychiatrie, les fonctions du père auprès de son enfant se situent du côté de l'ouverture au monde d'une part (c'est lui qui vient désolidariser la dyade mère-enfant et introduire la possibilité d'une différenciation) et de la loi symbolique d'autre part (c'est lui le garant du cadre, porteur de la nécessaire frustration aux prétentions de toute puissance de l'enfant). (6) Dans sa fonction d'ouverture il utilise un portage bien différent de celui de la mère, moins enveloppant et plus « tonique ». Ainsi dès que le développement psychomoteur du bébé le permet ils vont jouer, faire « l'avion », mais aussi le cheval, le père portant l'enfant à califourchon sur ses épaules, ou sur ses genoux, dans un jeu qui mêle pour l'enfant plaisir et crainte, mise en danger puis sécurisation. On peut comparer ce jeu au portage du cheval à l'allure du trot qui « secoue » l'enfant, lui fait entrevoir la possibilité d'une chute mais qui est sécurisé par la présence des encadrants et les moyens de maintiens appropriés. (42) La fonction cadrante lors de la TAC se trouve signifiée dans les contraintes et règles à respecter lorsqu'on s'introduit dans le box du cheval. (58) C'est souvent le moniteur,

personne extra institutionnelle qui est garant de cette loi symbolique, par son discours cadrant destiné aux enfants mais aussi au cheval qu'il donne l'impression de maîtriser par sa parole inductrice et directive. (42)

On constate les nombreux aspects par lesquels la TAC vient résonner dans la pratique pédopsychiatrique actuelle. Si l'on déplore l'absence d'études suffisamment solides pour valider quantitativement l'efficacité de cette prise en charge, les réflexions théoriques qu'elle suscite sont nombreuses et nous semblent pertinentes pour justifier l'utilisation de la TAC au sein des unités de pédopsychiatrie.

5. Aspects pratiques de la thérapie avec le cheval

Nous allons maintenant nous interroger sur la dimension concrète de la pratique de la TAC. En nous appuyant sur les données que nous avons recueillies jusqu'ici, on s'interrogera sur le public de patients à qui l'on peut proposer ces thérapies. Nous verrons également quelles en sont les contre-indications et dans quel cadre législatif on vient s'inscrire lorsqu'on propose cette prise en charge, avant de nous intéresser à l'organisation matérielle des séances de TAC.

❖ Indications

Suivant la définition déjà énoncée, la TAC concerne un large public puisqu'elle est pour le moment établie sur les bases d'une recherche d'un mieux-être psychologique dans toutes les situations de vulnérabilité physique, psychique ou psycho-affective. Ce vaste champ est néanmoins restreint par la nécessité de rester dans le domaine thérapeutique et doit donc être dans les établissements de soins maintenu sous la responsabilité médicale d'un médecin prescripteur. Néanmoins, on peut envisager que sous réserve d'un programme de soins adapté, la TAC puisse concerner l'ensemble des situations où intervient le soin psychique classique. On peut toutefois dégager quelques domaines nosographiques où la TAC est déjà connue et utilisée.

- Les enfants présentant des troubles autistiques : il s'agit d'après nos recherches de l'indication la plus fréquemment retenue pour le travail en TAC. Cette indication fera l'objet d'un chapitre ultérieur.
- Les enfants présentant un retard mental : il n'est pas rare que la TAC soit proposée dans les Instituts Médico-Educatifs qui accueillent des enfants

présentant un retard mental. Le travail peut s'axer autour des troubles du comportement, du tonus psychomoteur, de la revalorisation narcissique, de la gestion des affects... La grande disponibilité affective de certains enfants présentant un retard mental peut faciliter et engendrer des effets positifs de la relation avec l'animal. (69)

- Les enfants victimes de sévices sexuels: le traumatisme consécutif aux violences sexuelles induit entre autre chez l'enfant un clivage corps/esprit, une impossibilité de réinvestir son corps de façon positive. L'approche médiée de la TAC pourrait alors être indiquée, lorsqu'un travail « classique » en psychomotricité pourrait être trop frontal, inquiétant, dans une dualité avec le thérapeute trop menaçante. (33,70)
- Les enfants en difficulté psychosociale: présentant de grandes carences affectives et sociales, ces enfants peuvent bénéficier des effets positifs du lien avec l'animal tels qu'on a déjà pu les décrire. Que ce soit en nouant une relation affective avec l'animal, en prenant soin de lui, en apprenant à respecter ses limites et à s'adapter à ses règles, les bienfaits de la resocialisation de ces enfants par la médiation animale sont importants. (71) On affirmera toutefois à nouveau qu'il ne s'agit pas en TAC de « faire faire du poney » à ces enfants, mais bien d'élaborer un travail thérapeutique pensé pour eux dans un cadre soignant précis. On exclura donc du champ des TAC les initiatives éducatives ou judiciaires non encadrées par un médecin, qui bien que pouvant se montrer pertinentes et efficaces ne viennent pas rencontrer les conditions nécessaires pour s'inscrire dans ce champ. (42)
- Les autres troubles psychiques de l'enfance et de l'adolescence: les troubles des apprentissages, les troubles anxio-phobiques, les troubles du comportement de l'adolescent ou l'anorexie sont autant d'indications possibles pour un travail en TAC. (32,42)
- Les adultes présentant un trouble psychiatrique : que ce soit dans les troubles de l'humeur (72), les troubles psychotiques (73) ou les troubles addictologiques (74), on rencontre des expériences de TAC.

- Les situations de handicap physique : on ne parle pas ici de proposer une rééducation en équitation, une « hippothérapie », mais bien de prendre en compte les aspects et les réaménagements psychiques conséquents à la situation de handicap, dans un travail global de revalorisation narcissique, de réappropriation d'un corps meurtri. Il n'est néanmoins pas rare que cette première étape aide à accélérer le processus de guérison physique (lorsqu'il en est question). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il n'existe que peu de contre indication physique à la TAC, mais il sera important d'adapter les aides matérielles au type de handicap du patient afin que l'expérience se déroule de façon sécurisée. (42)
- Les situations de handicap sensoriel : là encore il est question de travailler autour des aspects psychiques du handicap, de la renarcissisation, de la prise de conscience d'un corps différent. La rencontre avec le cheval utilisant une communication multi-sensorielle, elle est possible malgré la déficience, voire facilitée. (75)
- Autres indications : la liste n'est évidemment pas exhaustive, l'indication d'un travail en TAC peut se construire « au cas par cas » autour d'un patient.

❖ Contre-indications

Les contre indications sont rares, on rappelle qu'il ne s'agit pas d'acquérir des techniques équestres ou de progresser en équitation, le cadre de travail est donc souple et adaptable aux difficultés du patient. Certaines pathologies ou situations semblent néanmoins constituer des contre-indications, qui parfois ne concernent que la monte, et concernent rarement les enfants :

- Contre indications médicales :
 - Allergie et asthme sévères, infection respiratoire en phase aigue
 - Poussée aigue de maladie rhumatologique ou neurologique (SEP, arthrite...)
 - Plaie ouverte sur une surface portante
 - Spasticité majeure dans les membres inférieurs ou perte de tonus axial trop important (ne concerne que la monte à cheval)

- Troubles orthopédiques ou rhumatologiques graves : hernie discale, instabilité atlanto-axiale, spondylolisthesis, ostéoporose sévère, fracture récente ... (32)
- Contre-indications psychiques : Elles n'existent pas en tant que telles et sont envisagées « au cas par cas ». On ne manquera pas de faire preuve de bon sens en évitant de débiter une nouvelle prise en charge type TAC lors d'une phase aigüe d'un trouble psychiatrique. Il sera surtout important d'évaluer le patient au cours de la thérapie et de savoir interrompre une prise en charge qui met le patient en souffrance, amplifie ses symptômes ou le met d'une quelconque manière en danger. (76)

❖ Reconnaissance et aspect législatif

La thérapie avec le cheval s'inscrit parmi les activités de soins légales situées en dehors d'un cadre réglementé.

Elle est légale, dans le sens où aucune loi n'interdit sa pratique aussi bien en « activité libérale », qu'à l'intérieur d'une institution de soins, tant que les « praticiens » n'exercent pas d'actes réservés aux médecins, kinésithérapeutes ou autres professionnels de santé. Sa pratique au sein des établissements de santé relève d'une prescription médicale, par le médecin référent, et se décide en général en concertation pluridisciplinaire avec l'avis de tous les professionnels de santé (médecin, psychologue, psychomotricien, infirmier...).

Elle n'est pas réglementée c'est-à-dire qu'aucune loi ne définit ce qu'est la thérapie avec le cheval ou l'équithérapie. Il n'est donc interdit à personne de se prétendre thérapeute avec le cheval (y compris si la personne ne justifie d'aucune formation spécifique au soin, à la relation d'aide ou à l'utilisation du cheval). Il n'existe pas de diplôme d'état mais uniquement des formations et diplômes de droit privé qui donnent accès aux titres d'équithérapeute (formation Ifeq ou SFE), de thérapeute avec le cheval (formation FENTAC) ou d'équicien (formation Handi-cheval). La plupart des organismes de formation demandent aux aspirants professionnels de justifier d'un diplôme dans le domaine du soin, préférant assurer une formation spécialisée.

On constate donc un paradoxe car la thérapie avec le cheval est une activité reconnue par l'état et ses institutions à travers les travaux de recherches universitaires, la mise en place de séances dans les structures publiques de santé ou les collectivités territoriales ou encore le financement de formations de professionnels du secteur public en thérapie avec le cheval, néanmoins elle ne bénéficie pas encore d'une reconnaissance d'état.

❖ Organisation des séances

On parlera ici de l'organisation de séances de TAC prescrite par un médecin, dans le cadre d'une prise en charge globale dans un établissement de soins.

- Le lieu : Il peut s'agir d'une structure spécialisée en médiation avec le cheval, mais cela reste rare, ces centres étant peu nombreux en France. Il s'agit la plupart du temps de centres équestres « classiques » où se rendent les patients, accompagnés d'un ou plusieurs soignants (psychologue, infirmier, psychomotricien, éducateur...) formés ou sensibilisés à la TAC. Ce lieu extérieur est l'occasion de sortir du contexte habituel du soin, de se retrouver « en liberté », de découvrir de nouvelles sensations et d'éprouver les capacités d'adaptations des patients. A l'intérieur du centre équestre, les espaces doivent être adaptés et sécurisés pour la population accueillie. Le travail en box (lieu de vie du cheval) est particulièrement adapté lorsqu'on privilégie les activités de pansage, les temps de rencontre et de découverte sensorielle avec le cheval. Cet espace restreint possède l'avantage de former un lieu contenant, sécurisant, pour les patients, notamment ceux présentant une instabilité psychomotrice. Le travail peut se poursuivre en manège (où l'on monte dans un espace clos et couvert) ou en carrière (où l'on monte dans un espace clos mais à ciel ouvert) à condition que les patients soient suffisamment sécurisés pour appréhender un plus grand espace. Enfin le travail peut également se continuer en pleine nature, lors de ballades.
- Le cheval : Le choix des chevaux ou poneys qui vont servir au travail est essentiel, d'une part pour garantir la sécurité des patients, d'autre part pour favoriser les effets thérapeutiques de la prise en charge. Ainsi on choisira un cheval bien connu du moniteur, de caractère peu craintif, réceptif, attentif,

obéissant, sans surprises (au maximum de ce qu'on peut demander à un animal aux réactions spontanées et aux conduites instinctives parfois déroutantes). Ce cheval devra de préférence avoir « de l'expérience » et être habitué à être brossé, caressé, manipulé, tenu en main. (32) Le choix de la taille du cheval ou poney se fera également en fonction de la problématique du patient et de sa capacité à surmonter la peur de monter sur un animal de stature imposante. Il peut être intéressant de proposer un « grand cheval » lorsque la revalorisation narcissique est travaillée. Pour les enfants, d'une manière générale on privilégie le poney plus « à leur échelle », plus à même de générer des comportements et sentiments affectifs. La constance du cheval pour chaque patient est un élément important, participant au sentiment de continuité dans la thérapie (il ne viendrait pas à l'idée de changer d'intervenant chaque semaine au cours d'un groupe thérapeutique classique, il en est de même pour le cheval qui se situe on l'a vu entre le support de médiation et le partenaire de soin).

- L'équipement : suivant les règles de bon sens, on s'assurera que les patients sont habillés en fonction des conditions climatiques, les box et les manèges étant des structures non isolées, il y fait souvent froid l'hiver, chaud l'été. Le reste de l'équipement sera fonction de ce qui est prévu en séance : au minimum une tenue recouvrant bras et jambe est demandée. S'il est prévu que le patient monte à cheval, des bottes et un casque d'équitation sont alors requis (en général fournis par le centre équestre). D'autres équipements seront éventuellement requis, en fonction de la pathologie du patient (équipement plus sécurisé pour un patient présentant une pathologie physique importante par exemple) ou si la séance comporte des risques particuliers (si l'on prévoit un saut d'obstacle par exemple). Du côté du cheval, le centre équestre fournit le matériel : brosses, licol, filet, selle... Il existe des selles spécifiques plus adaptées aux enfants, équipées de poignées pour ne pas avoir à se cramponner aux rênes. (32) Il arrive également que l'on décide notamment pour les enfants de les faire monter « à cru » c'est à dire sans selle, pour expérimenter des sensations plus directes sur le dos du cheval.

- Les intervenants : on a déjà pu l'évoquer, dans le cadre d'un soin prescrit dans un établissement de soins, l'élaboration du projet de soins pour le patient commence par une prescription médicale, pensée avec l'aide de l'équipe soignante qui prend habituellement le patient en charge (infirmier, psychologue, éducateur, kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste...). L'équipe soignante qui prend en charge le patient constitue donc un intervenant important en amont du travail de TAC. Au cours des séances, un ou plusieurs soignants sensibilisés à la TAC accompagnent un ou plusieurs patients au centre équestre. Plusieurs cas de figure sont possibles. Soit l'un des soignants ou l'un des moniteurs équestres est « formellement » formé à la TAC, et maîtrise à la fois le soin et l'accompagnement équestre, dans ce cas, c'est lui qui mènera les séances. Soit, et c'est le cas le plus fréquent, les soignants accompagnent les patients au centre équestre et co-dirigent la séance avec un moniteur d'équitation qui assure l'accompagnement équestre. Dans ce deuxième cas, il sera évidemment essentiel de communiquer entre les deux milieux (le milieu du soin et le milieu équestre) en amont de la prise en charge sur les attentes, les pratiques, les possibilités matérielles et les pathologies des patients. L'idéal est que le moniteur soit lui aussi sensibilisé voire formé à la TAC, au minimum intéressé par l'idée d'encadrer des séances « particulières », différant grandement des cours d'équitation qu'il propose d'habitude et où il ne dirige pas la séance. (32)
- Le déroulement des séances : principes généraux : le déroulé de la séance est extrêmement variable selon les cas de figure et doit rester suffisamment souple pour s'adapter au plus près du besoin du patient. C'est d'ailleurs bien souvent lui qui impose le rythme, au gré de ses envies, possibilités et limites, que le thérapeute sera attentif à repérer. On peut néanmoins souligner que chaque séance doit suivre un plan relativement similaire d'une fois sur l'autre, notamment dans toutes les pathologies psychiques impliquant des ritualisations défensives (psychoses, TED, troubles anxieux et obsessionnels), sans s'interdire d'introduire de nouveaux « exercices » au fur et à mesure de l'habituatation et des progrès des patients. On peut

également penser qu'il est important que les séances puissent être régulière, rythme qui permet d'inscrire l'activité dans une continuité temporelle qui « prend sens » dans la vie du patient. On notera que la plupart des séances de TAC comportent en proportion variable une part de travail à pied statique (salut au cheval, pansage, sellage...) ou dynamique (promenade du cheval à la longe...) et une part de travail sur le cheval également statique (montée sur le cheval, découverte des sensations, exploration de possibilités de positions verticales ou horizontales) ou dynamique (chevauchement au pas, au trot ou au galop, dans le box, dans le manège, dans la carrière ou dans la nature). (42) On mentionnera les temps de passage qui sont également très importants : la préparation dans l'établissement de soin, l'arrivée au centre équestre, l'accueil par le moniteur, le salut au cheval et à l'autre extrémité de la séance, la descente du cheval, l'au-revoir au cheval et au moniteur, la sortie du centre équestre, le retour à l'établissement de soins. Ces temps de rupture ne sont pas spécifiques à la TAC, mais ils sont d'autant plus marqués que cette activité implique des changements d'état physique (sur le cheval/par terre, dans le box/hors du box, en dehors de l'établissement de soins/dans l'établissement). Enfin l'évaluation par les soignants des bénéfices au cours des séances constitue un temps important de la prise en charge, avec dans l'idéal un point régulier et au minimum une évaluation au début et à la fin de la prise en charge.

- Le déroulement des séances en détail :
 - Avant la séance : la rencontre avec le cheval est parlée, envisagée au sein de l'établissement de soins, dans le cadre habituel de prise en charge. Ainsi le patient peut se projeter et inscrire l'activité dans une continuité avec ses autres soins. La préparation du matériel spécifique (blouson, nourriture pour le cheval) vient signifier matériellement le départ et favorise l'étape de représentation mentale et d'anticipation de l'activité. Le moment du trajet est souvent riche en manifestations émotionnelles.

- Début de séance : l'arrivée au centre équestre est un moment d'accueil et de communication, tout d'abord avec le moniteur puis avec le cheval. Les patients se voient attribuer un cheval (un pour le groupe ou un chacun) qu'ils vont aller saluer, accompagnés par les soignants qui eux aussi participent à l'échange avec le cheval. La communication est verbale mais aussi gestuelle et intervient entre tous les partenaires : entre patient et soignant, entre patient et cheval, entre soignant et cheval, entre soignant et moniteur... La plupart du temps ce temps d'accueil et de communication s'accompagne d'un rappel sur les règles de sécurité, qui sont assurées d'une part par le moniteur pour ce qui est des règles classiques de l'équitation (la plus importante étant de ne jamais passer derrière le cheval, mais toujours devant ou sous sa tête pour les plus petits) et d'autre part par le soignant qui par sa bonne connaissance du patient et de sa pathologie peut anticiper et ajuster son encadrement.
- La séance en elle même : elle débute inévitablement par le pansage (passage de la brosse, curage des sabots). Ensuite on harnache le cheval (sauf si l'on a décidé de monter à cru, bien sûr). Puis comme on a pu l'évoquer la séance comporte en proportion variable des moments à pied ou de monte, ceux ci étant conditionnés par l'expression (verbale ou non) d'un désir de la part du patient. Si le désir de monter émerge, on proposera une mise en selle, moment clé où les pieds du patient quittent le sol, lui faisant perdre ses repères habituels. Ceci requiert donc un environnement calme, une mise en confiance du cavalier, des encouragements. On peut donner quelques exemples d'activités pratiquées en TAC : à pied, nommer ou pointer les différentes parties du cheval ; promener le cheval avec la longe ; sur le cheval statique, prendre une position particulière, s'allonger sur le ventre ou sur le dos ; sur le cheval au pas, initier le mouvement à travers son propre corps, ordonner au cheval d'aller d'un point A à un point B ; sur le cheval au pas, fermer les yeux ; sur le cheval, expérimenter le pas puis le trot. Cette liste est loin d'être exhaustive puisque les activités proposées sont infinies et conditionnées par les capacités et envies du patient.

- La fin de séance : la descente du cheval vient signifier la fin de séance. Bien souvent le cheval a droit à une récompense (du pain, des carottes...) ce qui vient à nouveau privilégier un dernier rapprochement entre le patient et sa monture. La séance s'achève par l'au-revoir au moniteur et au cheval, puis la sortie du centre équestre
- Après la séance : le voyage du retour est là encore souvent empreint d'expression émotionnelle de toute sorte. La séance peut parfois être reprise au cours d'une discussion plus ou moins formelle entre soignants et patients. (76)

On a pu ainsi explorer les différents aspects de la thérapie avec le cheval : sa définition et ses controverses ; ses racines historiques, qui font d'abord intervenir l'intérêt personnel de quelques personnes « convaincues » par les bienfaits du contact avec les animaux, avant de devoir, pour légitimer une ambition soignante, justifier de l'efficacité thérapeutique objective de la technique ; ses attaches symboliques, qui imprègnent nos inconscients collectifs, patients comme soignants ; sa dimension psychique qui légitime son inclusion au panel de soins proposés en pédopsychiatrie ; enfin ses aspects pratiques qui viennent solliciter à la fois la continuité (régularité des séances, rythmicité du travail) et la rupture (lieux et intervenants inhabituels, moments de passages marqués). L'ensemble de ces éléments nous amène à penser que si les données quantitatives manquent pour assurer la place de la TAC en tant que thérapie fondée sur des « preuves », la richesse de la réflexion théorique qui l'accompagne et les nombreux ponts possibles avec les données théorico-cliniques pédopsychiatriques constituent une solide base pour légitimer de l'usage de cette prise en charge au sein des établissements de soins, notamment des hôpitaux publics. Nous allons maintenant pouvoir examiner comment cette réflexion se prolonge spécifiquement dans la prise en charge des TED.

B) Application dans les TED

Nous allons maintenant étudier les différents aspects de la TAC chez les enfants porteurs de TED, afin d'en comprendre les spécificités qui en font une technique particulièrement efficace dans cette indication précise. On complètera cette réflexion théorique par une revue des données de la littérature sur ce sujet, formant ainsi le cadre de base sur lequel s'appuie notre étude observationnelle.

1. Spécificité du travail avec des enfants présentant un TED

❖ L'organisation des séances

Les spécificités cliniques de la pathologie autistique tels que décrites plus haut sont évidemment à prendre en compte dans l'organisation des séances de TAC.

Il s'agit tout d'abord de préparer les enfants en amont à l'expérience qu'ils vont vivre. Le travail commencera donc dans l'institution de soins habituelle, où les soignants viendront signifier le début des séances, avec le moyen le plus adapté au niveau intellectuel et aux capacités de compréhension du patient. Ainsi pourra-t-on envisager de parler de l'activité, de lire une histoire en rapport avec le cheval, de montrer des photos, des livres, ou encore de mettre en place un pictogramme ou une image représentant l'activité.

Concernant l'activité elle-même, on pensera les espaces de travail afin qu'ils soient suffisamment sécurisants pour compenser la difficulté de l'enfant à investir un lieu nouveau, une expérience inédite, alors que l'une des principales caractéristiques de sa pathologie est de privilégier les expériences connues, redondantes. Le travail en box est alors particulièrement adapté du fait de la contenance qu'il apporte, du moins au début des séances. (16) Dans le même ordre d'idée la constance des intervenants (moniteur, cheval) du lieu et de la temporalité (jour/heure) aide à mettre en place des repères pour l'enfant, à l'intérieur desquels il sera progressivement possible d'introduire des changements. (77) Il ne s'agit pas de maintenir l'enfant dans la rigidité de ses stéréotypies, le cadre est justement garant de la possibilité d'amener des variations au cours des séances qui seront acceptées par l'enfant, celui-ci étant assuré par ailleurs de la fiabilité du cadre. Au travail en box pourra faire suite un travail en manège, puis en carrière, voire en pleine nature, selon les progrès du patient.

Encore une fois, la monte n'est pas obligatoire, ce sont les signes de plaisir et de désir qui guideront les accompagnants dans leurs propositions et sollicitations. L'enfant autiste baignant dans un monde de sensorialité exacerbée, les premières séances (voire plus) sont souvent consacrées à l'exploration sensorielle, notamment tactile, du cheval et de son environnement. (77) Sans être dans un registre d'obéissance à un protocole, les soignants ont pour rôle d'amener progressivement l'enfant à se détacher de ce besoin primaire de contact parfois envahissant et de proposer d'autres modalités d'approche du cheval.

Lors de la monte, on privilégiera l'allure au pas pour sa capacité à induire un portage contenant et doux, rappelant le « holding » maternel. La possibilité de « faire des exercices » est très dépendante du niveau de développement de l'enfant, notamment de son niveau langagier. Il s'agira de trouver le bon équilibre entre ce que le patient propose spontanément et ce que le soignant le sent en capacité de faire. On portera une attention particulière aux situations de « séparation/individuation » marquées par les mouvements indiquant un désir de faire « tout seul », de descendre ou de remonter de cheval plusieurs fois dans la séance. (77)

La prise en charge se fait le plus souvent en groupe fixe, mais le moment qui est consacré à chaque patient durant la séance est personnalisé. Ainsi peuvent se mettre en place des surfaces de contacts sociaux, une dynamique de groupe, tout en gardant l'impression d'un instant privilégié personnel. (77)

❖ Les bénéfices attendus

Ils concernent en premier lieu l'amélioration des trois grands domaines symptomatiques de l'autisme : les troubles du contact, les troubles du langage et de la communication et les symptômes comportementaux. Ils sont adaptés à chaque enfant en fonction de son profil.

- Les troubles du contact : On cherchera à améliorer les difficultés de contact grâce à la rencontre médiatisée avec le poney, qui possède l'avantage d'être paradoxalement moins menaçant dans son approche qu'un être humain non autiste (paradoxe car on pourrait spontanément penser que l'aspect de l'animal et l'écart physique qui le sépare de l'humain pourrait être source d'angoisse et d'insécurité pour l'enfant autiste en recherche de *sameness*

« mêmeté »). Le poney n'utilise pas le langage verbal qui peut mettre l'autiste en difficulté, n'est généralement pas intrusif dans son rapport à l'humain (le choix de l'individu est particulièrement important concernant ce point), son regard périphérique n'est pas une menace, il ne se présente pas spontanément en face à face, il n'est pas forcément en attente d'une réciprocité de la part de l'enfant. Parallèlement, les caractéristiques d'évitement, de regard indirect, d'exploration tactile de l'enfant autiste semblent rassurer le poney et favoriser la rencontre. La possibilité de prendre du plaisir dans la relation avec l'animal semble un élément crucial du développement positif de l'enfant autiste. Elle pourrait figurer une amorce d'envie et de recherche de la relation au non-soi, préalable évident au développement des compétences relationnelles. On peut alors faire l'hypothèse que la symptomatologie des troubles du contact (symptômes oculaires, faciaux, corporels) s'ajusterait en conséquence.

- Les troubles de la communication et du langage: on cherchera leur amélioration de manière indirecte, en passant par le développement de la communication non verbale, préalable essentiel au développement du langage. Une caractéristique prégnante des enfants atteints d'un trouble autistique est le défaut de communication verbale et non verbale. Cette absence de langage les met en difficulté dans le lien à l'autre. Le rapport en face à face, le regard direct, le langage verbal sont pour la personne non autiste des éléments classiques et indispensables de la rencontre. Ces éléments s'avèrent intrusifs voire menaçants pour l'enfant autiste et ont pour effet un rejet passif ou actif de la relation. L'intérêt du cheval est de passer par le non-verbal pour entrer en communication. Le cheval utilise les sens comme support de relation avec son environnement et donc comme système de communication, comme nous avons pu le décrire plus tôt. Ses systèmes olfactifs, gustatifs, tactiles, kinesthésiques sont extrêmement développés. Ces caractéristiques favorisent grandement la naissance de la relation entre le cheval et l'enfant autiste, créant une forme de rencontre partagée, sur les mêmes modes communicationnels. Là encore la notion de

plaisir partagé interviendra, favorisant l'émergence d'une expression, qu'elle soit verbale ou non.

- Le comportement et les stéréotypies : la découverte d'une activité nouvelle est en elle-même porteuse d'une ouverture de nature à sortir l'enfant autiste de ses comportements ritualisés et de sa recherche d'immuabilité. La thérapie avec le cheval est particulièrement adaptée à cette ouverture puisqu'elle constitue une activité d'extérieure, en dehors du lieu de soins, en campagne le plus souvent, inédite pour la plupart des enfants. De plus, si l'on considère les stéréotypies et les rituels comme des comportements de défense face à des angoisses, on peut faire l'hypothèse d'une amélioration de ces dimensions dès lors qu'ils accèdent à la rencontre de l'animal. A nouveau le fait que l'activité soit plaisante, pour les soignants (qui en général sont motivés par un intérêt particulier pour l'activité) comme pour les enfants est facteur d'une décontraction propice à la baisse des défenses et donc des comportements stéréotypés et ritualisés. Le fait que le travail de TAC se fasse en dehors du lieu de soin participe également à créer un environnement différent, agréable et dépourvu des enjeux qui peuvent se nouer dans l'institution.

Les objectifs de prise en charge peuvent également concerner d'autres domaines de la clinique de l'autisme.

- La modulation sensorielle et l'absence d'intégration sensorielle : comme nous avons pu l'évoquer en clinique, l'enfant autiste possède une sensorialité « inégale », avec des canaux sensoriels privilégiés, hyper développés, et d'autres inhibés. Ces informations sensorielles seraient de plus non intégrées, c'est à dire non reliées les unes aux autres, l'enfant se trouvant dans l'incapacité de se représenter une expérience dans sa globalité. Dans la thérapie avec le cheval, la sensorialité tient une grande place. Les sens sont sollicités en permanence et l'expérience avec le cheval nous semble une occasion de favoriser la mise en lien entre les différents sens (par exemple, un claquement de langue, signal auditif, qui induit le mouvement du cheval, signal visuel et cénesthésique).

- Les particularités psychomotrices : les anomalies du tonus corporel, du niveau d'activité (que ce soit dans le sens d'une hyperactivité ou au contraire d'une passivité motrice) et, d'une manière générale, de l'ajustement moteur nous paraissent intéressantes à travailler en TAC. En effet on peut faire l'hypothèse que l'ajustement corporel est mis en jeu dès la rencontre avec le cheval (qu'on ne pourra approcher qu'en étant ni trop agité, ni trop en retrait), mais aussi et surtout lors de la monte. On a pu décrire la modulation sensitive particulière chez les enfants autistes, l'hypersensibilité de certains enfants pour certains canaux sensoriels ou au contraire l'hyposensibilité d'autres voies. Par ailleurs, on sait que le cheval n'utilise pas les mêmes canaux de communication quand il est accompagné par un humain à pied ou lorsqu'il est monté. A pied, l'humain devient un partenaire social, la communication est gestuelle et vocale. En revanche le cheval ne possède pas de programme inné prévoyant la présence d'un partenaire social sur son dos qui ne soit pas un partenaire sexuel. Ainsi une fois monté, il est probable que nous ne soyons plus pour lui un individu mais un ensemble de sensations. C'est donc les sensations tactiles (appui sur le dos, mors dans la bouche) et internes (kinesthésiques, viscérales, émotives) qui vont devenir facteurs d'une communication s'établissant sur un mode cénesthésique. Il possède d'ailleurs une grande sensibilité cénesthésique, variable selon les parties du corps. On sait que cette sensibilité cénesthésique existe aussi chez l'homme et l'on peut émettre l'hypothèse qu'elle est exacerbée chez certains enfants autistes. La rencontre de ces deux sensibilités semble à même de constituer une communication efficace, permettant l'induction d'ajustements posturaux chez l'un et l'autre des partenaires sociaux. Cette notion n'est pas sans rappeler les théories de Stern sur les accordages posturaux entre une mère et son nourrisson (66). On peut faire l'hypothèse que ce dialogue est opérant entre l'enfant et le cheval et l'aide à acquérir cet ajustement moteur dans d'autres situations.
- Les émotions et les affects : le cheval possédant les caractéristiques propres aux animaux domestiques favorisant les relations affectives avec les

enfants, on peut penser que l'enfant autiste pourra tisser des liens avec lui, développer une certaine forme d'attachement, et ainsi aider à construire et renforcer sa capacité à développer des liens avec son environnement. On peut également supposer que cet apprivoisement permettra l'émergence d'expressions émotionnelles adaptées, au cours des séances puis au quotidien.

Les bénéfices attendus de la TAC dans l'autisme peuvent aussi se penser sur un plan plus théorique, en lien avec les travaux pédopsychiatriques classiques déjà cités, surtout lorsqu'on explore le domaine de la sensorialité.

- Les expériences sensorielles structurantes et régressives : Les modes sensoriels de communication sont extrêmement privilégiés dans la TAC. Le bain de sensation dans lequel se trouve l'enfant qui participe à l'atelier est riche : odeur, contact corporel, sonorité, kinesthésie rythmique... Si l'enfant autiste a un vécu démantelé des expériences sensorielles, sans lien entre elles, comme l'a écrit Meltzer (25), le contact avec le cheval pourrait servir d'embrayeur thérapeutique au processus d'intégration sensorielle, permettant la perception de l'objet total. Cette sensorialité exacerbée pourrait en outre permettre à l'enfant autiste de développer son moi-corporel ou son moi-peau, selon que l'on se réfère à Freud (78) ou à Anzieu (68), qui semble faire défaut chez l'enfant autiste. La découverte des sensations corporelles nouvelles en thérapie avec le cheval et l'exploration de sensations contraires (poils doux/drus, courts/longs, peau souple/sabots durs) aiderait l'enfant à prendre conscience des limites dedans/dehors et soi/non soi, première étape vers la constitution et l'intériorisation d'une limite corporelle délimitée, close, préalable à l'émergence de l'individuation. L'enfant peut également expérimenter des sensations très régressives comme la possibilité de s'agripper à la crinière du cheval, agrippement qui constitue l'un des comportements d'attachement décrit par Bowlby chez le nourrisson (79), le balancement qui vient convoquer le « holding » maternel primaire selon Winnicott (40), le bain de sensorialité évoquant les premières sensations in utero. Toutes

ces modalités se trouvent réactualisées grâce à la thérapie avec le cheval, permettant à l'enfant d'expérimenter un retour à un état de sécurité, à partir duquel il pourrait développer une « pulsion d'attachement », c'est à dire une recherche de rencontre avec l'objet, alors que par définition, le plaisir de rencontrer l'objet est déficitaire chez l'enfant autiste.

La TAC intervient donc sur la plupart des domaines cliniques du syndrome autistique, et s'intègre au cadre plus global des travaux pédopsychiatriques classiques, tout en venant convoquer la notion de plaisir, indispensable à nos yeux lorsqu'on cherche à travailler avec de jeunes enfants. Elle nous paraît donc particulièrement adaptée, intéressante et opérante dans le travail avec des enfants autistes. Cette technique semble à même d'induire des améliorations symptomatiques au cours des séances, se répercutant sur le fonctionnement et l'évolution globale de l'enfant. Pour prolonger cette discussion, il nous semble judicieux de confronter nos arguments théoriques en faveur de la TAC chez l'enfant autiste aux résultats de travaux scientifiques qui explorent la question.

2. Effets thérapeutiques : données de la littérature

Si elles ne sont pas encore très nombreuses et puissantes, les études quantitatives sur les effets thérapeutiques de la TAC commencent à émerger. Nous nous proposons maintenant de décrire trois études issues de la littérature récente, deux françaises et une américaine.

❖ Hameury et al, 2010 (80)

- Introduction : Cette étude a été réalisée par l'équipe du Dr Hameury au sein du service de pédopsychiatrie du CHRU de Tours et publiée en 2010. Le CHRU de Tours travaille avec le cheval depuis 1981. L'usage de l'équithérapie au sein du centre est justifié d'une part par l'usage ancien de cette technique dans de nombreux autres centres et par les nombreuses réflexions théorico-cliniques qu'elle suscite.
- Matériel et méthode

- Objectifs : L'objectif principal était de quantifier la progression d'un groupe d'enfant qui bénéficiait de séances d'équithérapie au cours de leur prise en charge en hôpital de jour.
- Population étudiée : 6 enfants de 5 à 7 ans présentant des TED selon la CIM-X (autisme, autisme atypique, autres troubles envahissants du développement) ont été étudiés. Ces enfants recevaient des soins à l'hôpital de jour du CHRU de Tours. 5 d'entre eux étaient scolarisés à temps partiels. Les scores à la CARS (Childhood Autism Rating Scale) (81) variaient de 28 à 42.
- Modalités d'intervention : les enfants participaient à une séance d'une heure d'équithérapie, une semaine sur deux. Ils étaient accompagnés de trois thérapeutes (un médecin, deux infirmiers). La prise en charge a duré un an pour deux d'entre eux, deux ans pour quatre d'entre eux.
- Modalités d'évaluation : deux échelles validées ont été utilisées pour mesurer les progrès des enfants : d'une part l'échelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA), échelle composée de 29 items coté de 1 à 5 selon la fréquence du comportement (82) d'autre part la grille d'évaluation fonctionnelle des comportements (EFC), composée de 36 item cotés de 0 à 4 selon la fréquence des comportements (83). L'ECA a été remplie par les soignants avant la première séance (le score obtenu est appelé ligne de base par les auteurs), et après la dernière séance. Le score global et le score « déficience relationnelle » ont été analysés. L'EFC a été analysée avant la première séance par les soignants (ligne de base), puis par les équithérapeutes à l'aide d'enregistrements vidéo à la 1^{ère} séance, 19^e séance et à la 30^e séance pour les quatre patients qui ont poursuivi une année de plus. Le score global et le score par fonction (attention, perception, association, intention, tonus, motricité, imitation, émotion, contact, communication) ont été analysés.

- Résultats :
 - Le score global à l'EFC est nettement amélioré pour l'ensemble des enfants entre la ligne de base et la 1^{ère} séance d'équithérapie (amélioration globale de 29% score de chaque enfant cumulé), ainsi qu'entre la 1^{ère} et la 19^e séance (amélioration globale de 52%) et la ligne de base et la 19^e séance (amélioration globale de 66%). La diminution des scores des enfants entre la ligne de base et la dernière séance variaient de 51 à 85% du score initial.
 - Le score par fonction à l'EFC montre également une amélioration entre la ligne de base et la dernière séance, avec par ordre croissant d'amélioration des scores : intention (amélioration de 18%), tonus (46%), attention (49%), association (55%), imitation (64%), communication (65%), contact (71%), émotion (82%), perception (86%), motricité (95%).
 - Le score global à l'ECA entre la ligne de base et la 19^e séance est légèrement diminué (2%) lorsqu'on considère l'ensemble des enfants du groupe.
 - Le score déficience relationnelle de l'ECA entre la ligne de base et la 19^e séance est diminué de 8% en considérant l'ensemble du groupe. Individuellement, 5 enfants ont un score diminué, un enfant augmente légèrement son score.
 - Pour les 4 enfants ayant poursuivi les séances, entre ligne de base et 30^e séance, le score ECA global s'améliore de 8% et le score déficience relationnelle de 15%. Pour l'EFC, la diminution du score global s'accroît encore, aboutissant à une diminution globale de 78% entre ligne de base et 30^e séance.
- Discussion : Les auteurs concluent à l'efficacité globale de la thérapie, pour tous les enfants et pour toutes les fonctions. La fonction « intention » est la moins améliorée, ce qui peut pousser à croire que soit elle est moins sollicitée dans la situation thérapeutique, soit impliquée de façon plus

durable dans le dysfonctionnement cognitif autistique. Ils concluent également à la possibilité d'une amélioration croissante et durable du fait de l'amélioration continue des scores jusqu'à la 30^e séance. Ils notent néanmoins que cette amélioration est également attribuable à l'ensemble des interventions thérapeutiques auprès de ces enfants pris en charge en hôpital de jour, et que seule une étude avec un groupe témoin pourrait lever cette ambiguïté.

Bien que comportant de nombreux biais, cette étude nous semble intéressante quant à la possibilité de quantifier les effets thérapeutiques de la TAC, à condition évidemment de lever l'ambiguïté sur la relation de cause à effet de la thérapie en introduisant un groupe témoin.

❖ Lorin de Reure, 2009 (84)

- Introduction: cette étude a été réalisée au sein du centre médico-psychologique pour enfant et adolescent de Bron, dans le Rhône. Elle est coordonnée par le Dr Lorin de Reure. L'auteur justifie l'intérêt de cette étude en continuité avec les travaux théorico-cliniques du Pr Soulé (85) et de Lubersac (33).
- Matériel et Méthodes
 - Objectifs : l'auteur s'attache à comprendre les mécanismes en jeu dans l'interaction entre un enfant autiste et un poney, en investigant 3 domaines particuliers : le relationnel, l'émotionnel et la communication.
 - Population étudiée : une enfant de 6 ans a été étudiée. Il s'agit d'une enfant pour qui le diagnostic d'autisme infantile selon la CIM-X a été posé, avec un résultat à la CARS de 53,5 ce qui la situe dans une catégorie « autisme sévère » et n'ayant pas accès au langage verbal. Elle est prise en charge à l'hôpital de jour.
 - Modalités d'intervention : l'enfant se rendait au centre équestre avec un groupe de 6 enfants, où elle montait un poney de type shetland, dans un manège couvert. Les séances hebdomadaires duraient une heure, répartie en un quart d'heure de prise de contact et trois quart d'heure de monte à

cru. La prise en charge a duré 18 mois soit au total 51 séances. Un référent équestre l'accompagnait, une monitrice d'équitation animait l'ensemble du groupe.

- Modalités d'évaluation : trois moyens d'évaluation ont été choisis : d'une part la Childhood Autism Rating Scale (CARS) de Shopler et Al. (81), d'autre part la grille de Haag et Al. (86) et enfin l'enregistrement vidéo. La CARS est une échelle d'intensité des manifestations autistiques objectivables, avec un score allant de 15 (pas d'autisme) à 60 (autisme sévère). La grille de Haag est un outil de repérage des étapes évolutives de l'autisme, basée sur la conception psychodynamique de l'autisme de G. Haag, c'est à dire en tant que problématique centrée sur la genèse du corps. Elle cote de I à IV les étapes autistiques (I étant l'état autistique sévère, IV, la phase d'individuation/séparation). La CARS et la grille de Haag ont été passées avant les séances de TAC puis un an après. Chaque séance a été vidéoscopée puis visionnée et décrite minute par minute, accompagnée d'impressions clinique et contre transférentielle.

- Résultats :

- Le score de la CARS ne montre qu'une évolution minime, passant d'un score global de 53,5 à 51,5 un an plus tard. Les items améliorés se situent dans les catégories réponses émotionnelles et communication non verbales.
- La grille de Haag en revanche montre une évolution significative. Alors que l'enfant se situait dans l'étape I dans toutes les catégories (sociale, émotionnelle, communicationnelle) avec quelques incursions dans l'étape II, elle se situe un an plus tard dans l'étape II (avec incursions dans la III) pour les catégories sociales et émotionnelle et se maintient dans l'étape I pour la communication avec des incursions dans la II et la III.
- L'analyse de la vidéo permet de recueillir des observations fines, invisibles « à l'œil nu » en séance, permettant de mettre en évidence de nombreuses initiatives de communication non verbale avec le poney et la thérapeute.

- Discussion: l'auteur souligne la pertinence de mettre en avant une théorisation clinique de la sensorialité dans la TAC, ainsi que la complémentarité des moyens d'évaluation utilisés. Elle conclut que la TAC peut être un facteur d'amélioration des capacités relationnelles et de la communication non verbale chez l'enfant autiste.

Cette étude nous intéresse moins pour son aspect quantitatif, bien évidemment non significatif au vu de l'effectif et de la méthode employée, que pour observer comment une approche psychodynamique peut s'intégrer dans un protocole d'évaluation.

❖ Gabriels et al, 2012 (87)

- Introduction: Cette étude a été mise en place par le Dr Gabriels et son équipe, au sein de l'université du Colorado. Elle se base sur le constat que bien que rencontrant un certains succès auprès des parents d'enfants autistes, il n'existe que peu d'études basées sur des preuves concernant l'équithérapie. Cependant elle se positionne dans la continuité d'autres travaux nord-américains qui montrent des effets positifs sur la régulation des émotions, le comportement social et les capacités motrices.
- Matériel et Méthodes
 - Objectifs: le but de l'étude était d'évaluer l'efficacité de 10 semaines d'équithérapie, dans 3 domaines, comportements d'auto-régulation, capacité d'adaptation, et capacité motrice, chez des enfants autistes. Le but secondaire était de comparer cette amélioration avec un groupe témoin.
 - Population étudiée: 42 patients entre 6 et 16 ans ont été inclus, 36 garçons et 6 filles, pour lesquels un diagnostic d'autisme ou de syndrome d'Asperger avait été posé.
 - Inclusion: les participants étaient issus de la population générale, recrutés par une communication par flyer et par un appel à la télévision. Les critères d'inclusion étaient l'âge (6-16 ans), un diagnostic d'autisme ou d'Asperger posé par un psychiatre ou un psychologue et un score

combiné d'au moins 11 sur les échelles d'Irritabilité et de Stéréotypies de l'ABC-C (Aberrant Behavior Checklist-community) (88). Les critères d'exclusion étaient la pratique de l'équithérapie dans les 3 ans précédents, la pratique de l'équitation pendant plus de 2 semaines dans les 3 ans précédents et la phobie des chevaux. Les participants réunissant les critères passaient alors à nouveau un test diagnostique par un psychologue pour confirmer le diagnostic d'autisme ou de syndrome d'Asperger selon le DSM. Le QI non verbal était également évalué, et les participants obtenant un score inférieur à 40 étaient exclus de l'étude. Les participants étaient également évalués sur leur capacité à monter à cheval et répartis en trois groupes : débutant, intermédiaire et avancé.

- Modalités de mesures : Les 3 champs explorés (auto-régulation, capacités d'adaptation et capacités motrices) étaient évalués un mois avant le début des séances puis un mois après pour le groupe « équithérapie » et dans la même période (mais sans séances entre temps) pour le groupe témoin. Le groupe témoin a ensuite bénéficié des 10 semaines d'équithérapie et a à nouveau été évalué un mois après la fin de la prise en charge. Le comportement était évaluée par l'échelle ABC-C (Aberrant Behavior Checklist-community), remplie chaque semaine par les parents du patient, les capacités d'adaptation par la Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS-II) (89) une échelle sous forme d'entretien avec les parents, les capacités motrices étaient évaluées par trois ergothérapeutes via deux échelles : Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, (BOT-2) (90) et la Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) (91).
- Modalités d'intervention : 16 participants ont été inclus dans le groupe témoin et mis sur liste d'attente pendant 10 semaines au cours desquelles ils n'ont eu aucun contact avec le personnel soignant ou équestre. Le groupe témoin et le groupe équithérapie étaient significativement similaires pour les critères d'âge, de sexe, de QI non verbal, de comorbidité épileptique et d'usage de médicaments. Le groupe « équithérapie » composé de 26 participants a participé à 10 semaines

d'équithérapie dans un centre accrédité, à raison d'une heure par semaine, en groupe de 3 ou 4. Les séances étaient menées par un moniteur d'équitation agréé, accompagné de bénévoles formés, accompagnant chaque enfant. Les séances étaient axées d'une part sur des objectifs de rééducation thérapeutique (physique, psychologique, cognitive et sociale) et d'autre part sur l'acquisition de technique équestre. Les participants montaient au moins 45 minutes par séance. Le groupe témoin a également bénéficié du même nombre d'équithérapie, après 10 semaines d'attente.

- Analyse des données : les groupes témoins et équithérapie ont été comparés grâce à un test de Student et un test de Fisher. Le seuil de significativité a été établi à $p < 0.05$. Les écarts entre les scores initiaux et les scores après 10 semaines ont été calculés grâce à des t-tests. Une analyse de covariance a été effectuée pour analyser les différences entre les évaluations du groupe témoin à la fin de sa période d'attente et les évaluations de l'ensemble des deux groupes après leurs sessions d'équithérapie et ajuster les résultats sur les paramètres de l'âge, du niveau de QI non verbal et du score de base sur l'échelle ABC-C.
- Résultats :
 - Sur le comportement: en comparant l'évaluation de base et l'amélioration lors de l'évaluation post équithérapie, la différence est significative pour tous les items de l'ABC-C : irritabilité ($p < 0.001$), stéréotypies ($p < 0.001$), hyperactivité ($p < 0.001$) et difficultés de langage ($p = 0.05$). Le score atteignait son maximum autour de la 5^e semaine puis se stabilisait.
 - Sur les capacités d'adaptation : les résultats montrent une amélioration significative des scores à la VABS-II entre l'évaluation de base et l'évaluation post-thérapie, dans les 3 domaines suivants : social ($p = 0.016$), communication ($p = 0.035$), vie quotidienne ($p = 0.011$). Une analyse plus poussée du domaine de la communication montrait une amélioration significative du versant expressif du langage ($p = 0.005$), alors que le versant réceptif n'était pas significativement amélioré ($p = 0.061$).

- Sur les capacités motrices : les auteurs notent une amélioration significative sur les deux échelles utilisées : BOT-2 ($p < 0,001$) et la SIPT ($p = 0,009$)
- En comparant avec le groupe témoin : l'analyse montre une différence significative entre les scores du groupe témoin en attente et les scores mesurés après la thérapie pour les dimensions irritabilité, léthargie, stéréotypie et hyperactivité de l'ABC-C. Les différences entre les autres échelles ne sont pas significatives.
- Discussion : les auteurs concluent à l'efficacité de 10 semaines d'équithérapie, avec des améliorations dans les 3 domaines étudiés (comportement, capacité d'adaptation notamment concernant le versant expressif du langage, capacité motrice) et une comparaison significativement positive avec le groupe témoin pour les dimensions comportementales irritabilité, léthargie, stéréotypie et hyperactivité.

Cette expérience possède de nombreuses qualités notamment au niveau du protocole expérimental et de l'analyse des données. Elle est néanmoins assez éloignée du cadre de la TAC telle que nous l'entendons dans ce travail : l'activité d'équithérapie ne prend pas place dans un projet de soin global, elle comprend une partie d'acquisition de technique équestre, elle ne concerne qu'une partie des enfants autistes (ayant un QI non verbal supérieur à 40).

L'ensemble de ces travaux conclut donc à une amélioration symptomatique et/ou fonctionnelle chez l'enfant autiste après participation à un atelier de TAC ou d'équithérapie. Ces résultats sont évidemment à nuancer face aux nombreux biais qu'on a pu citer, néanmoins, ils viennent renforcer les arguments théoriques en faveur de ce type de prise en charge qu'on a pu mettre en évidence plus haut. C'est ce croisement de données en faveur d'une efficacité spécifique de la TAC dans l'autisme infantile qui nous a paru former une base suffisamment solide et intéressante pour justifier d'un travail d'étude observationnelle d'un groupe d'enfants autistes participant à un groupe de thérapie avec le cheval.

4^e partie : A propos d'une expérience de TAC chez un groupe de jeunes enfants porteurs de TED

A) Introduction

Après nous être penché sur les aspects théoriques et descriptifs des troubles envahissants du développement d'une part et de la thérapie avec le cheval d'autre part, et avoir exposé les arguments nous permettant de lier ces deux domaines ensemble, nous allons maintenant relater une expérience clinique de TAC en service de pédopsychiatrie. Il s'agit de rendre compte de l'expérience vécue au sein de l'hôpital de jour Françoise Dolto du service de pédopsychiatrie de Châtellerault, service faisant partie du pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre Hospitalier H. Laborit de Poitiers. A noter que dans cette partie, on utilisera le terme « équithérapie » car c'est celui utilisé au sein de l'hôpital de jour pour désigner le groupe que nous avons étudié, mais la nature du projet de soins et le contenu des séances correspondent en fait à une expérience de thérapie avec le cheval comme nous avons pu la décrire, orientée vers un travail avec l'animal comme médiateur thérapeutique, plutôt que vers l'acquisition de technique d'équitation.

Si, comme on l'a vu, peu d'études cliniques sont actuellement à même de valider la TAC en se référant à des preuves d'« evidence based medicine », les arguments théorico-cliniques justifiant de son utilisation en service de psychiatrie et particulièrement de pédopsychiatrie sont nombreux. L'engouement qu'elle suscite auprès du grand public et des parents d'enfants autistes est également à prendre en compte. A propos de ce dernier point, il est intéressant de constater qu'une certaine forme de « romantisme » est à l'œuvre lorsqu'on évoque les thérapies avec le cheval (ou avec les animaux d'une manière générale), en lien avec la portée symbolique et affective de l'animal telle qu'on a pu la décrire. Cet enthousiasme quoique pouvant être une force pour la promotion de cette forme de thérapie vient contraster voire contredire la volonté de s'inscrire dans une démarche thérapeutique scientifique.

Par ailleurs, on a pu évoquer dans le chapitre précédent les arguments théoriques qui témoignent à notre avis d'une spécificité d'action de la TAC dans les TED et d'une efficacité dans une grande partie de la gamme symptomatique de l'autisme. Cette efficacité ne nous semble d'ailleurs pas que symptomatique et nous pensons que la TAC pourrait induire des améliorations dans le fonctionnement et la qualité de vie des enfants, en complémentarité d'autres prises en charge évidemment.

Fort de ces constats, ce travail a pour but premier de décrire les évolutions d'un groupe d'enfants porteurs de TED, à la fois au sein de l'activité thérapeutique (à partir d'observations cliniques) et dans le cadre plus large de leurs pathologies (à partir de l'évaluation de la CARS). Le but secondaire est d'argumenter sur un plan théorique des spécificités qui font l'efficacité de cette thérapeutique dans le cadre de la pathologie autistique.

Ainsi l'ambition de cet écrit n'est pas de réaliser une étude expérimentale chiffrée, impossible à faire dans les conditions inhérentes à ce travail de thèse, mais bien de se placer en observateur et d'apporter un éclairage clinique aux points théoriques avancés plus tôt, de la manière la plus objective possible.

B) Matériel et méthode

1. Population étudiée

Nous avons donc suivi 3 enfants du groupe des petits de l'hôpital de jour de Châtelleraut, qui accueille des enfants de 3 à 7 ans. Ces 3 enfants ont tous des problématiques autistiques. Ils sont tous pris en charge plusieurs fois par semaine au sein de l'hôpital de jour pour des interventions multidisciplinaires, dont une prise en charge en TAC hebdomadaire. Nous allons décrire les caractéristiques cliniques de chaque enfant.

a) D.

❖ Eléments biographiques :

D. est âgé de 4 ans. Il vit avec ses parents qui sont tous deux sans emploi. Il a une grande sœur et un grand frère, ce dernier a été suivi dans le service de pédopsychiatrie pour un TED et actuellement pris en charge à l'IME. La famille a connu des bouleversements fin 2014, notamment une rupture parentale et un déménagement de Mme et des deux garçons suivi d'un retour rapide au domicile. Il est scolarisé trois heures par semaine depuis septembre 2015.

❖ Antécédents et développement psychomoteur:

On ne note pas de particularités dans ses antécédents périnataux. Le développement physique est normal, il a fait ses nuits à 12 mois, la marche a été acquise à 13 mois. Au début de la prise en charge en Janvier 2014, il est indiqué qu'il mange bien, doit être limité, tête encore parfois le sein pour des tétées-câlins. Par contre la propreté n'est pas du tout acquise, il n'y a aucune autonomie dans l'habillage et le retard de langage est prononcé.

❖ Anamnèse de la prise en charge

D. est adressé en consultation pédopsychiatrique en janvier 2014 (D. a alors 3 ans et 3 mois) par le pédiatre, qui a été sollicité par les deux parents qui s'inquiètent devant le retard de langage et le comportement étrange de D. qui leur rappelle leur fils aîné. Le discours parental est alors très défensif, le couple reconnaissant volontiers que leur absence de consultation antérieure est en lien avec une grande frayeur que D. soit « comme son frère ». D. est reçu dans le service en février 2014 pour une évaluation infirmière.

Il est rapidement orienté en consultation pédopsychiatrique ainsi qu'en consultation conjointe infirmière/psychologue. Devant la symptomatologie autistique manifeste, il est orienté vers l'hôpital de jour des petits, d'abord en observation puis en intégration à temps partiel. Cette prise en charge sera difficilement investie par les parents qui montrent de grandes difficultés à accepter le diagnostic.

Finalement D. intègre le groupe des petits en septembre 2014. A la suite de conflits parentaux, D. est retiré du groupe au début de l'année 2015, Mme ayant décidé de déménager dans une autre région. Il en reviendra en mars 2015, après un mois et demi sans soins. Ce retour sera l'occasion de proposer en plus de la prise en charge pour D. un temps parent/enfant hebdomadaire.

A la rentrée de septembre 2015, les temps de prise en charge sont augmentés. D. débute alors l'équithérapie.

❖ Emploi du temps sur l'hôpital de jour pour l'année 2015/2016

- Lundi matin : atelier comptine et temps parents-enfant
- Mardi matin : équithérapie et repas thérapeutique

- Jeudi après midi : repas thérapeutique et éveil sensoriel
- Vendredi matin : psychomotricité et éveil musical
- 2 temps de classe et un temps d'orthophonie sont également programmés

❖ Profil clinique

- Troubles du contact: ils sont importants chez D. avec un évitement du regard, un regard vide et lointain, une absence de réponse à son prénom, une absence de pointage, aucune interaction spontanée avec l'autre et même un évitement actif de la relation.
- Troubles du langage: il existe un retard de langage important, avec des mots répétés en écholalie et quelques mots spontanés pour réclamer un objet. D. développe sa panoplie de sons, grâce notamment à la prise en charge orthophonique et se montre particulièrement sensible au chant.
- Comportement et stéréotypies: D. présente beaucoup de stéréotypies, notamment des balancements, des mouvements de flapping et des recherches de sensations proprioceptives. On note un comportement très actif, des déambulations. Il peut se montrer opposant et intolérant à la frustration, notamment lors des temps d'accueil à l'hôpital de jour et lors des temps de reprises (retour d'absence, de vacances...). La régularité des prises en charge semble en revanche l'apaiser. Il existe des périodes d'hétéro-agressivité fluctuantes.
- Autres symptômes: on note des éléments d'anxiété notamment dans le temps classe.

❖ Bilans complémentaires :

Un bilan orthophonique partiel a été effectué en décembre 2014, interrompu ensuite par le retrait de D. de l'hôpital de jour. Ce début de bilan montre un plaisir à oraliser, une certaine volonté dans la communication, un système phonologique fourni sans qu'on ne puisse distinguer de mots dans ses productions orales. La trace est très investie avec un dessin « gribouillé » en plusieurs couleurs.

D'autres bilans (notamment une expertise au CRA et des bilans somatiques) ont été discutés avec les parents, mais n'ont pour le moment pas été réalisés devant leur évitement vis à vis de la pose d'un diagnostic.

❖ Résultats de la CARS (Childhood Autism Rating Scale)

La CARS, Childhood Autism Rating Scale, est une échelle validée permettant d'une part d'aider au diagnostic des troubles autistiques et d'autre part de déterminer un score sur 60 qui servira à classer la profondeur du syndrome autistique de léger à moyen d'une part, ou sévère d'autre part. Une évaluation de la CARS a été faite au début de l'année scolaire 2015/2016 par les soignants de l'hôpital de jour, montrant pour D. un score de 47.5/60, situant ainsi ses symptômes dans la catégorie « autisme sévère ». Les scores les plus chutés pour D. concernent la communication verbale, le niveau d'activité, les réponses émotionnelles et l'impression générale.

b) S.

❖ Eléments biographiques :

S a 7 ans. Il est le dernier d'une fratrie de quatre, il a trois frères de 13,12 et 9 ans. Son père est chauffeur routier, sa mère est sans emploi. Le couple parental est séparé, Mr vit à Poitiers, Mme à Châtelleraut. La garde des enfants est classiquement partagée, Mme ayant la garde principale. Les trois aînés voient leur père régulièrement, seul S. ne va pas à son domicile et n'a que très peu de contact avec lui. La famille a déménagé à Châtelleraut depuis les Deux Sèvres en 2013, pour des questions de commodités selon Mme. A leur arrivée dans la Vienne, la grand-mère maternelle a vécu quelques temps avec eux, jusqu'à ce que Mme rencontre un nouveau compagnon en 2014. Cette grand-mère maternelle est décrite comme ressource dans la prise en charge des enfants au quotidien, bien qu'elle se montre parfois inadaptée par rapport à la pathologie de S. Une mesure d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) est en cours pour la fratrie. S. n'est pas scolarisé, il devrait intégrer une institut medico-éducatif (IME) prochainement.

❖ Antécédents et développement psychomoteur:

La grossesse aurait été sans particularités. A la naissance, on a diagnostiqué chez S. un syndrome de Pierre Robin avec une fente palatine, nécessitant deux longues hospitalisations en néonatalogie, deux interventions chirurgicales et la mise en place

d'une gastrostomie d'alimentation. Durant ces périodes d'hospitalisation, Mme explique avoir eu des difficultés à se rendre régulièrement dans le service, du fait de la nécessité pour elle de s'occuper de ses trois aînés. Elle évoque également rapidement une période de dépression au retour de S. à la maison. La petite enfance de S. est également marquée par un traumatisme facial et crânien avec fracture du rocher, dû à un accident domestique.

Sur le plan du développement, S. a marché à 24 mois, a longtemps présenté des difficultés alimentaires importantes, la propreté n'est pas acquise et il présente un retard de langage très important.

❖ Anamnèse de la prise en charge

S. a été reçu en consultation médicale en novembre 2013, adressé par le médecin responsable de l'hôpital de jour de Niort pour un relais de prise en charge (il n'était alors pris en charge que depuis 3 mois, n'ayant été adressé en pédopsychiatrie qu'à l'âge de 4 ans. L'indication d'un hôpital de jour ayant déjà été posée et discutée dans les Deux Sèvres, S. est orienté vers le groupe des petits en observation en vue d'une intégration définitive.

Mme et S. ne se présenteront pas aux deux premiers rendez vous d'admission qui sont programmés fin novembre, puis Mme viendra spontanément en décembre 2013 demander une intégration en urgence sur l'hôpital de jour. Finalement, Mme et S. seront reçus en mars 2014 pour une consultation médicale qui permettra de poser le cadre et de débiter réellement les soins. La présence de S. sur le groupe restera toutefois relativement discontinue.

Au cours de l'année scolaire 2014/2015 S. poursuivra la prise en charge malgré des difficultés de Mme à investir les soins de façon continue et adaptée. L'évolution de S. sur le groupe s'avèrera très dépendante des difficultés familiales et personnelles de Mme. S. devait intégrer un IME à la rentrée de septembre 2015, mais du fait d'un manque de place, le projet a dû être repoussé. Les temps d'hôpitaux de jour ont alors été réorganisés et S. a débuté le groupe cheval à la rentrée 2015/2016.

❖ Emploi du temps sur l'hôpital de jour pour l'année 2015/16

- Lundi matin : atelier comptine
- Mardi matin : jeux d'eaux, équithérapie et repas thérapeutique
- Jeudi matin: jeux d'eaux et repas thérapeutique
- 2 temps de classe et un temps d'orthophonie sont également programmés

❖ Profil clinique

- Troubles du contact : on note une absence de pointage et une attention conjointe très furtive. Si dans un premier temps S. présentait un évitement actif de la relation à l'autre avec de grandes difficultés notamment dans la relation tactile, il a pu évoluer vers une recherche de contact avec autrui, en quête de câlins ou au contraire dans une confrontation physique brutale (bousculade, poussée). Il semble apprécier la relation duelle avec l'adulte, se montre plus en difficulté au sein d'un groupe.
- Troubles du langage : Ils sont au premier plan, avec très peu de mots à son répertoire, mais beaucoup de cris et de sons (raclement de gorge notamment).
- Comportement et stéréotypies : S. présente des comportements d'intolérance à la frustration et des manifestations d'instabilité psychomotrice qui doivent être contenus par des dispositifs adaptés (draps, encadrement par deux adultes). On note peu de stéréotypies mais plutôt un grand besoin d'immuabilité et une recherche de ritualisation du quotidien. Les objets sont détournés, souvent portés à la bouche.
- Autres symptômes : on note une grande sensibilité chez S. qui se laisse souvent envahir par les émotions de ses camarades, dans une fusion/indifférenciation qui semble traduire une incapacité à différencier le soi et le non soi. L'oralité est toujours très investie, S. utilisant sa bouche pour explorer les objets qui l'entourent. Les repas thérapeutiques sont l'occasion de travailler sur ce point.

❖ Bilans complémentaires :

- Un bilan orthophonique a été effectué en avril 2014. Il montre un rapport évitant à l'autre pouvant évoluer selon l'intérêt qu'il porte à l'activité proposée, une utilisation des objets détournée, avec un intérêt particulier pour le montage/démontage, une production orale mono ou bisyllabique, sans langage verbal, un intérêt particulier pour les comptines.
- Un bilan psychomoteur a été effectué en septembre 2014. Celui ci met en évidence un regard évitant, essentiellement périphérique, S privilégiant la voix et le geste comme canaux d'échange, plutôt que le regard. On note également une recherche de stimulation sensorielle basée sur l'axe vestibulaire, une sollicitation importante de la zone orale montrant un niveau très primaire de développement psychomoteur, une difficulté à ancrer son corps dans le sol.

❖ Résultats de la CARS

A la CARS effectuée en Juin 2014, S. obtient un score total de 58,5 sur 60, ce qui le place dans la catégorie trouble autistique sévère. Il obtient la note maximale à tous les items de l'échelle, hormis pour les items communication non verbale et réponse émotionnelle.

c) K.

❖ Eléments biographiques :

K. a 5 ans. Il est le 3^e d'une fratrie de 4. Il a une grande sœur de 9 ans, un grand frère de 8 ans et une petite sœur de 1 an et demi. Son papa est en recherche d'emploi, sa maman est mère au foyer. La grand mère maternelle du père de K. semble être une personne ressource pour le couple, est très présente dans sa vie quotidienne. Il a été gardé quelques demi journées par semaine à la crèche. Une entrée à l'école est envisagée, avec un accompagnement AVS.

❖ Antécédents et développement psychomoteur:

K. est né à terme plus quatre jours, après une grossesse sans problèmes particuliers. Sa maman décrit un accouchement long, avec la découverte d'une pauvreté

voire d'une absence de liquide amniotique dans la poche placentaire. Lors de l'accouchement, les soignants ont constaté une souffrance fœtale se manifestant par d'importantes bradycardies. Mme s'interroge sur le lien entre ces éléments et les troubles manifestés par la suite. L'IRM cérébral a montré des anomalies significatives mais ne pouvant être rattachées à un syndrome spécifique. A l'âge de 2 ans, K. a été traité pour un strabisme, par des lunettes avec un cache sur l'œil droit, qu'il a longtemps refusé de porter. Mme a elle même été opérée d'un strabisme convergent à l'âge de 5 ans.

On constate chez K. un retard global de développement. La marche a été acquise à 21 mois. Mme rapporte une absence d'autonomie dans l'habillage et les repas, une capacité à jouer peu développée et une propreté non acquise. Le développement du langage est lui aussi gravement altéré, avec absence de babil dans la petite enfance.

❖ Anamnèse de la prise en charge

K. a été reçu en consultation médicale dans le service en mai 2014. Il était adressé par le centre ressource autisme de Poitiers, après une consultation en juin 2013. La famille avait alors consulté sous l'impulsion du pédiatre et des professionnels de la crèche où était accueilli K., devant le retard de développement et de langage. Un travail en hôpital de jour a rapidement été envisagé, au vu du trouble envahissant du développement manifeste chez K. Dans un premier temps, un travail avec la maman en consultation conjointe psychologue-infirmière puis en consultation médicale a été nécessaire, du fait d'une grande anxiété maternelle avec des difficultés de séparation importantes.

K. est entré sur l'HDJ en septembre 2014. La prise en charge sur l'année 2014/2015 s'est déroulée de façon régulière, permettant une inscription satisfaisante dans les soins. Cette régularité a permis, après un trimestre d'adaptation, une amélioration importante de la symptomatologie de K. Il semble qu'il ait finalement accepté de porter ses lunettes ce qui sans doute l'a aidé à se repérer et à prendre ses marques sur le groupe. Les parents ont également été reçus en temps parents-enfants ce qui semble avoir été très bénéfique.

Les soins sont reconduits pour l'année 2015/2016, K. débute alors le groupe d'équithérapie à la rentrée 2015.

❖ Emploi du temps sur l'hôpital de jour pour l'année 2015/16

- Lundi matin : temps parent-enfant et atelier comptine
- Mardi matin : équitérapie et repas thérapeutique
- Jeudi après-midi: repas thérapeutique et éveil sensoriel
- Vendredi matin : groupe psychomotricité et éveil musical
- 2 temps de classe et un temps d'orthophonie sont également programmés

❖ Profil clinique

- Troubles du contact : le regard de K. est évitant, périphérique, ce que son strabisme vient accentuer. Si l'interaction spontanée était compliquée à son entrée sur l'HDJ, il peut maintenant la provoquer mais de façon souvent inadaptée (pincement, morsure). Le contact est toujours peu apprécié si K. n'en est pas l'initiateur. On remarque également l'apparition d'une attention conjointe (peu fréquente et peu soutenue toutefois) et d'un pointage.
- Troubles du langage : alors qu'il ne produisait que des cris et des sons gutturaux avant la prise en charge, K. a développé son répertoire de sons et utilise la prosodie du langage, sans que n'émerge un langage verbal pour le moment. Il peut néanmoins accompagner un geste de pointage d'un son lorsqu'il cherche à obtenir quelque chose.
- Comportement et stéréotypies : K. présente des intérêts restreints et particuliers (portes, vitres, arbres et végétaux), le jeu symbolique est absent, ses jeux sont de l'ordre de la manipulation, de l'alignement. On constate également des déambulations ritualisées, mais peu de stéréotypies ou d'autostimulation. Au niveau émotionnel, on commence à noter l'émergence d'une opposition voire de mouvement de colère lorsqu'il est contrarié, ainsi que des manifestations de joie (éclats de rire) témoignant d'une évolution dans ses capacités d'expression et d'interaction.
- Autres symptômes : on observe que K. ne supporte pas de perdre le contact avec le sol, il est notamment en difficulté pour enjamber des obstacles. Par ailleurs, ses capacités visuelles altérées créent sans doute des conditions favorisant les troubles du contact.

❖ Bilans complémentaires

- Un bilan orthophonique a eu lieu en novembre 2014, montrant une hypotonie de la zone bucco-faciale, une absence d'émission sonore, une difficulté à capter l'attention de K. et à provoquer l'interaction avec lui, une absence d'investissement de la trace, un intérêt pour les jeux de démontage et de transvasement des contenants, mais peu d'intérêt pour les contenus.
- Un bilan psychomoteur effectué en janvier 2015 montre un évitement du regard, une prédominance des recherches de sensations tactiles, une capacité à imiter mais sans valeur communicationnelle, un tonus morcelé, une défaillance de l'enveloppe corporelle avec un questionnement des limites dedans/dehors, une absence d'intérêt pour la relation, ou pour les objets qui sortent de son champ de vision (la permanence de l'objet ne semble donc pas acquise), une grande passivité y compris lorsqu'il s'agit d'obtenir un objet, peu d'expression émotionnelle. Globalement on observe un enfant « dans sa bulle », qui n'est jamais à la recherche d'interaction ou d'exploration en dehors de son environnement immédiat.

❖ Résultats de la CARS

La CARS a été réalisée en décembre 2014 par l'équipe de l'hôpital de jour. K. obtient un score total de 51,5 ce qui le situe dans la catégorie « autisme sévère ». Les scores les plus chutés concernent les relations sociales, l'utilisation d'objet, les réponses visuelles, l'anxiété, la communication verbale et non verbale et l'impression générale.

d) En résumé

La population étudiée était donc constituée de trois enfants âgés de 4 à 7 ans, présentant un syndrome autistique sévère, avec une absence de communication verbale, des difficultés majeures dans la gestion des émotions, et des troubles de la relation et du comportement importants.

2. Modalités d'intervention

a) Le projet de soins

Le groupe d'équithérapie fonctionne depuis 2011 au sein du service de pédopsychiatrie de Châtellerault. Ce projet de soins est réévalué chaque année en fonction de la population désignée pour participer au groupe thérapeutique.

Le projet de soins pour l'année 2015/2016 a été élaboré par les trois référents de l'hôpital de jour des petits. Il émanait à la fois d'une réflexion sur la difficulté à prendre en charge les jeunes enfants présentant un trouble autistique sévère avec des capacités de communication extrêmement altérées et aussi d'un intérêt des soignants pour le monde équestre. Le projet a été élaboré en se basant sur les recherches de l'équipe soignante sur l'équithérapie dans la littérature scientifique.

Les objectifs étaient les suivants :

- Amener les enfants à être dans un bain de relation par l'intermédiaire du poney.
- Diminuer leurs angoisses et leur désorganisation à travers le partage de moments de plaisir commun.
- Les accompagner dans la prise de conscience de l'autre à travers ce temps de groupe ensemble autour de l'animal.
- Permettre l'émergence d'une demande et l'expression d'émotions.
- Travailler avec eux autour de la sensorialité (mouvement, respiration, chaleur du poney, texture du pelage...).
- Favoriser des échanges affectifs dans la rencontre, tant avec le poney qu'avec les adultes présents.

Le budget était financé par une association d'aide au financement des activités thérapeutiques, hors coût de trajet, celui ci étant assuré par le minibus de l'hôpital.

b) Cadre des séances

❖ Encadrement soignant

Les enfants étaient encadrés par l'équipe de l'hôpital de jour des petits, constituée d'une infirmière et de deux éducateurs spécialisés. A ces référents fixes, garants de la continuité et de la sécurité affective pour les enfants, pouvaient ponctuellement s'ajouter ou se substituer une élève éducatrice ou moi-même.

❖ Encadrement équestre

Le centre équestre avait été choisi par les soignants référents sur des critères de proximité avec l'hôpital de jour d'une part et d'autre part sur le profil de la monitrice équestre. En effet, il semblait important que le choix de l'encadrement équestre soit en adéquation avec le projet de soins. Il fallait entre autres qualités être sensibilisé au handicap, pouvoir s'adapter aux difficultés des enfants porteurs de TED, savoir se détacher des techniques d'équitation habituellement inculquées en cours classique, savoir codiriger une séance et avoir l'envie de travailler différemment, en lien avec une institution de soins.

Pour toutes ces raisons, le choix des soignants s'est porté vers une petite structure située à 8 km du centre de soins, en pleine campagne. L'encadrement équestre y était assuré par une enseignante d'équitation diplômée d'état (brevet d'état d'éducateur sportif, 1^{er} degré) qui remplissait tous les critères sus-cités et qui de plus avait déjà travaillé avec des personnes en situation de handicap physique et psychique.

Les lieux étaient adaptés à la venue des patients, de taille raisonnable, avec un espace extérieur où les enfants pouvaient voir les chevaux et poneys au pré (observation inédite pour certains d'entre eux, favorisant le dépaysement, la transition vers une expérience nouvelle) et un espace intérieur où se situaient les box (espace suffisamment contenant pour favoriser le repérage, où les patients pouvaient se sentir sécurisés).

❖ Le poney

Le poney choisi par l'enseignante équestre, Loustic, était un animal expérimenté, au caractère particulièrement adapté à la rencontre avec les patients : doux, peu craintif, curieux de la relation avec l'homme sans être intrusif, patient et tolérant avec les manipulations parfois brutales des patients. Il existait une relation sereine entre

l'enseignante équestre et Loustic, celui ci se montrant docile et obéissant aux ordres. Il semblait particulièrement sensible au moment de la récompense, ce qui créait une ambiance décontractée, propice au travail avec les enfants.

c) Organisation des séances

Les trois enfants se rendaient au centre équestre une fois par semaine le mardi matin, durant une année scolaire (Septembre 2015 à Juin 2016) hors jours fériés et vacances. Le groupe était fermé. Les séances duraient vingt minutes en moyenne, pour un temps d'activité total d'une heure et demie, en prenant en compte les temps de préparation et de trajet.

Avant la séance, le temps d'accueil du matin était l'occasion de rassembler les enfants et les soignants de l'hôpital de jour. L'accueil débutait en se disant bonjour, chaque soignant saluant tour à tour chaque enfant. La matinée était ensuite présentée grâce à des photos permettant de repérer chaque intervenant et chaque activité : une photo de « Loustic » et de l'enseignante d'équitation venaient représenter l'activité d'équithérapie. Les enfants et les soignants partaient ensuite en minibus pour le centre équestre.

Au centre équestre, le premier moment consistait à saluer la monitrice équestre et « Loustic ». Le poney était installé dans un petit box. Puis on demandait aux enfants de brosser le poney à l'aide de brosses souples à picots, il était ensuite sellé. Les enfants montaient alors tour à tour sur le dos du poney, selon leurs manifestations d'envie. La monte n'était pas systématique pour chaque enfant à chaque séance. Certains enfants pouvaient parfois rester dans le box, promener le poney à la longe, explorer certaines parties du cheval... Si l'enfant montait, on pouvait le laisser explorer les sensations alors que le poney était à l'arrêt ou lui proposer de mettre le poney en mouvement dans le box. La fin de la séance était marquée par la récompense de Loustic, les enfants accompagnés des soignants lui donnaient alors du pain sec.

Après la séance, le retour en bus puis l'arrivée à l'hôpital de jour formaient le temps de transition vers le repas thérapeutique que les trois enfants prenaient ensemble, accompagnés des soignants.

3. Modalités d'évaluations

Nous avons souhaité évaluer la progression des enfants selon deux modalités complémentaires. D'abord l'évaluation des enfants au sein du groupe d'équithérapie que l'on a choisi de faire grâce à des observations cliniques d'une part et une échelle d'observation d'autre part. Ensuite l'évolution de la symptomatologie globale de la pathologie autistique grâce à la comparaison de la CARS avant et après le travail d'équithérapie.

a) Observations clinique sur le groupe équithérapie

Ces observations ont été recueillies entre octobre 2015 et mars 2016, à raison d'une fois par mois, (les 13 octobre, 24 novembre, 15 décembre, 19 janvier et 1^{er} mars). On rappelle que les enfants, eux participaient au groupe une fois par semaine.

Afin d'affiner les observations, une échelle d'observation a été mise au point, après une séance préliminaire d'observation en juin 2015. Cette échelle se base sur un modèle utilisé dans un travail similaire (32) mais a été adaptée pour correspondre à la population étudiée. On a ainsi cherché à prendre en compte les manifestations émotionnelles ou communicationnelles infra-verbales et à s'adapter aux capacités des enfants étudiés. Les items ont été choisis car ils sont faciles à évaluer et reproductibles d'une séance à l'autre.

L'échelle s'attache à explorer deux domaines : le comportement et la réponse émotionnelle d'une part (côté sur 13) (Fig. 2) et les sensations et l'ajustement corporels d'autre part (côté sur 10) (Fig. 3). Le score n'est porteur d'aucune signification en lui même, mais est utilisé pour repérer les évolutions positives ou négatives au cours des séances.

Les échelles ont été remplies à chaque séance d'observation par le même évaluateur.

Communication et réaction émotionnelle

1	L'arrivée à l'écurie	
	L'enfant est indifférent	0
	L'enfant est sur la réserve/effrayé	1
	L'enfant va vers le poney	2
	L'enfant va vers le poney avec entrain, établit une communication	3

2	Communication avec les soignants pendant la séance	
	L'enfant est indifférent, ne réagit pas aux propositions	0
	L'enfant refuse les propositions	1
	L'enfant essaye de participer mais est sur la réserve, effrayé	2
	L'enfant accepte les propositions	3
	L'enfant est demandeur	4

3	Réaction émotionnelle et communication infraverbale pendant la séance	
	Mimique de plainte	0
	Pleurs/cris	1
	Contentement	2
	Rit, manifestation de plaisir	3

4	Comportement et réaction dominante au cours de la séance	
	Indifférence dominante	0
	Peur dominante	1
	Sourire, contentement dominant	2
	Joie dominante, enfant à l'aise, émotion adaptée	3

Score sur 13

Fig. 2 : Communication et réactions émotionnelles

Sensations et ajustement corporels

1	Contact physique avec le poney
Ne touche pas le poney	0
Touche peu le poney	1
Touche volontiers le poney	2

2	Montée sur le poney
Refuse de monter	0
Nécessite une aide importante	1
Demande de l'aide	2
Aide minime	3
Monte seul	4

Ne s'aide pas des bras (doit être porté)	0
S'aide de ses bras	1

3	Attitude sur le poney
Indifférent/immobile/N'est pas monté sur le poney	0
Tendu, muscles contractés	1
Détendu, mais avachi, pas de maintien tonique	2
Détendu, avec maintien tonique	3

Score sur 10

Fig. 3 : Sensations et ajustement corporels

b) Comparaison des scores de la CARS

Comme nous avons pu le voir précédemment la CARS est une échelle qui inclut 15 items comportementaux utilisée pour identifier un trouble autistique chez l'enfant et déterminer un niveau de profondeur des symptômes. La première version a été construite en 1977 puis elle a été révisée en 1988 après un travail de recherche de 10 ans et l'évaluation de plus de 1500 enfants. Elle est utilisée internationalement pour des besoins d'évaluation, de classification ou de recherche. Cette échelle a été conçue pour être utilisée aussi bien par des cliniciens avertis que par d'autres professionnels du soin et dans divers environnements (école, consultation, lieu de vie...) à partir de sources différentes (observation directe, recueil d'information à l'école, entretien avec les parents...). Elle utilise des évaluations objectives et quantifiables basée sur l'observation comportementale. Il est possible de l'appliquer à des enfants de tous âges. Elle a été testée en terme de fidélité (similarité entre les correcteurs et pour plusieurs évaluations du même correcteur) et de validité (validité par rapport à un critère extérieur, dans divers environnements, avec divers professionnels de santé). (81)

Cette échelle est donc toute indiquée pour notre travail. Elle a été mesurée chez chacun des enfants avant et après les séances d'équithérapie. La première évaluation a eu lieu en juin 2014 pour S., en décembre 2014 pour K., en novembre 2015 pour D. La deuxième évaluation a eu lieu en avril 2016 pour les trois enfants. L'évaluation a été faite à chaque fois par les soignants référents.

C) Résultats

1. Observations cliniques et échelles d'observations

❖ Séance du 13 octobre 2015

Il s'agit de la première fois que je rencontre le groupe d'enfant. Sur l'hôpital de jour, alors que je me présente, K. me sourit et me regarde furtivement dans les yeux. S. se montre très indifférent à ma présence. D. est très agité, court dans la pièce, semble à la recherche de stimulation motrice, ne fait pas cas de ma présence.

Pendant le temps de l'accueil, K. et S. sont contenus par un drap. Après le rituel du bonjour et des comptines, l'équipe montre les photos de Loustic et de l'enseignante d'équitation. Nous partons pour le centre équestre. Il s'agit de la 3^e séance pour tous les enfants sauf D., pour qui c'est la 2^e séance. Lors du trajet, on note que K. est très déstabilisé par l'extérieur et semble fasciné par les arbres.

A l'arrivée au centre équestre, K. pousse des cris dès qu'on entre dans l'écurie, il tente de s'enfuir, cherche à ouvrir la porte. On note des manifestations d'angoisse vocales et corporelles. Les autres entrent dans le box sans difficultés. Le poney Loustic est dans le box fermé, libre, sans licol, mais il reste immobile même à notre arrivée. La séance débute par le pansage.

S. semble très à l'aise dans le box, demande rapidement à monter sur Loustic. Il manifeste d'abord son envie auprès d'un soignant en prenant ses mains et en les plaçant sur le flanc du poney. Il se laisse tirer par le soignant mais il est trop lourd, c'est la monitrice équestre qui spontanément le pousse par les hanches. Il s'allonge alors sur le dos du cheval, jambes pendantes de chaque côté, son buste entièrement en contact avec la colonne vertébrale du cheval, la tête sur l'encolure. Il redescend au bout de quelques secondes. Puis il revient chercher le même soignant, lui installe à nouveau les mains sur le flanc, puis s'assure que la monitrice est derrière lui pour l'aider à monter. Il s'installe cette fois à l'envers, tête vers la queue du poney. Il semble plus satisfait de cette position qui semble lui apporter une meilleure stabilité, ses jambes enserrant parfaitement l'encolure. Il porte son pouce à sa bouche. Il sourit et pousse des cris de satisfaction, puis redescend au bout de quelques secondes. Il recommencera plusieurs fois, variant les soignants qu'il utilise pour monter, selon les disponibilités, dans une indifférenciation totale. Finalement, au bout d'une dizaine de minutes de cet enchaînement, il se décentre et s'agite.

Dans le box, K. toujours effrayé se place à l'opposé de Loustic. Il tournera autour, le frôlera, en poussant des cris. En fin de séance, on notera une diminution des manifestations d'angoisse, sans qu'il puisse pour autant instaurer un contact physique.

D. se montre totalement indifférent au cheval, il joue avec la paille, la fait voler en l'air. Il peut parfois jouer avec les crins de la queue, comme si c'était de la paille. Il « tombe » parfois sur Loustic, sans réellement l'avoir recherché, et il enfonce alors son

visage dans la fourrure, laissant une trace humide qui peut faire penser qu'il « goûte » à la fourrure. Il ne montre pas d'intérêt pour monter dessus, ne s'intéresse pas à la tête du poney, semble avoir une perception très morcelée de l'animal.

En fin de séance, on donne à manger à Loustic. D. est très intéressé, il cherche à manger le pain sec destiné au poney. Il accepte avec l'aide d'un soignant de donner le pain dans sa main, mais supporte mal la frustration de ne pas avoir lui aussi du pain à manger. Il utilise alors quelques sons, dans l'espoir d'avoir du pain. K., s'est nettement rapproché du groupe, à moins de 20 cm de la tête de Loustic. Il regarde intéressé, sans manifester d'angoisse. Les manifestations d'angoisse reprennent dès que l'un des soignants le regarde. Il refusera de donner le pain dans sa main. S. est très peu intéressé par le nourrissage, il est très occupé par des activités motrices, il aime particulièrement grimper sur la barrière du box.

De retour à l'hôpital de jour, S reprend une activité motrice intense, D s'allonge et s'auto-stimule en mettant sa main devant ses yeux, comme pour « récupérer » après un effort intense, K. se montre plutôt calme.

	S	K	D
Communication et émotions /13	10	5	2
Sensations et ajustement corporels /10	6	0	1
Total /23	16	5	3

Tableau 1 : échelle d'observation, séance du 13/10/15

❖ Séance du 24 novembre 2015

S. se montre toujours très impatient de monter sur Loustic. Il prend les mains des soignants, les sollicite dès l'entrée dans le box, sans attendre la fin du pansage. Il brosse un peu le poney lorsqu'on lui propose mais il a du mal à contenir son impatience et à attendre son tour. Quand vient son tour, il grimpe sur Loustic avec une aide, et contrairement à la séance du 13 octobre, il reste droit, mais pas très stable. Il cherche à trouver un appui avec ses jambes alors qu'il n'y a pas d'étrier. Il semble moins dans la régression que lors de la séance d'octobre. Il finit toutefois par s'allonger et mettre les mains à la bouche, avec des vocalisations que nous interprétons comme des expressions

de joie. Le poney fait quelques pas, S. se montre un peu troublé mais ne cherche pas à descendre. Il finit par descendre à la demande des soignants, ce qu'il accepte mal. Il tente ensuite de grimper sur la barrière pour monter seul dès qu'il est descendu.

K. ne manifeste plus ce mélange d'angoisse et de fascination pour l'extérieur et les végétaux qu'on observait il y a un mois. Il entre spontanément dans le box mais reste loin de Loustic dans un premier temps. Quand la monitrice distribue les brosses, il va brosser la queue en faisant un détour pour éviter la tête de l'animal. Par la suite, il jouera avec la queue de Loustic et la paille du box, qu'il semble tenter de différencier ou au contraire de rassembler. Il ne s'approchera jamais de la tête du poney. On remarque que K. ne supporte pas d'avoir les pieds en l'air, ou sur un sol instable, ce qui semble empêcher toute tentative de monte. Les soignants tentent d'utiliser une marche pour travailler cela. Il a du mal à accepter le fait qu'on le pose sur la marche, exprime sa colère par des cris et des pleurs, mais finit par monter seul sur la marche alors que les soignants ne le regardent plus. Il en redescend rapidement.

D. vient spontanément près du poney, colle son nez et ses mains dans la fourrure. Il est capable de brosser un peu le poney lorsqu'on le sollicite, puis il retourne rapidement jouer avec la paille. Il revient à nouveau mettre ses mains contre le flanc. Les soignants interprètent ce geste comme une demande pour monter. Juché sur le poney, il sourit largement. La posture est immédiatement adéquate, D se tient droit, tonique. Alors que les soignants entonnent une comptine, il fait des mouvements de bassin au rythme de la comptine, ce que le poney interprète comme un signal de départ. Il fait donc un petit tour de box, en gardant une posture adaptée. Ce tour entraîne des expressions de joie marquée, des rires. Durant cette séance, il oscillera entre des moments de communication avec les soignants et des moments où son regard se fait lointain et où il est indisponible pour la relation.

	S	K	D
Communication et émotions /13	10	5	11
Sensations et ajustement corporels /10	6	1	5
Total /23	16	6	16

Tableau 2 : échelle d'observation, séance du 24/11/15

❖ Séance du 15 décembre 2015

K. se montre très agité, il crie et pleure dès le départ du groupe pour le centre équestre. Il nous montre la porte de sortie de l'hôpital de jour. Il recommence à crier au moment de monter dans le bus, puis à la descente. Les cris et l'opposition redoublent au moment d'entrer dans le box. Il arrive à brosser furtivement Loustic puis s'en éloigne rapidement. Il ne le touchera pas de la séance. Il se remet à pleurer fort ce qui fait pleurer S. Les soignants repèrent en milieu de séance qu'il est souillé d'urine, ce qui précipitera le retour à l'HDJ. Au moment de la récompense à Loustic, il s'approche mais refuse de lui donner du pain. Les cris reprendront au retour dans le minibus. Cette attitude nous questionne et plusieurs hypothèses sont émises : K. a eu une forte frustration le matin, il pourrait être encore perturbé par celle ci ; la semaine précédente lors d'une séance, K. a été porté et mis sur le dos de Loustic, ce qui a provoqué chez lui des manifestations de colère, il se peut qu'il en ait gardé une trace négative et craint de répéter l'expérience ; il a des problèmes de constipation, ce qui pourrait lui provoquer des douleurs...

S. est plutôt agité au départ. Dans le box, il a d'abord une crise de pleurs en lien avec l'état de K. . Il brosse Loustic et se montre impatient de monter. Il monte seul sur la selle ce qui semble le satisfaire. Il reste un moment droit, tonique, puis s'allonge et tiens la crinière en position « de galop ». Il fera un tour de box. Il revient en position droite, observe autour de lui, semble réaliser que le fait d'être sur le poney ouvre son champ visuel. Il demande à descendre, sourit, montre des signes de bien-être.

D. ne manifeste rien à l'entrée dans le box, puis rapidement pendant le brossage, il manifeste son envie de monter. Il lance les pieds vers Loustic, prend mes mains et m'approche du poney. Parallèlement on note toujours beaucoup de recherche de stimulation, il enfouit plusieurs fois son nez et sa bouche dans la fourrure. Une fois la selle installée, il monte, se positionne bien, est tonique. On observe à nouveau des expressions de joie et de contentement adapté. Il fera un petit tour dans le box, utilisant spontanément le mouvement de bassin pour faire avancer le cheval. Il arrive à rester un moment sur le poney. Il a toujours du mal à donner le pain à Loustic, préférant tenter de le manger.

	S	K	D
Communication et émotions /13	11	4	12
Sensations et ajustement corporels /10	9	0	7
Total /23	20	4	19

Tableau 3 : échelle d'observation, séance du 15/12/15

❖ Séance du 19 janvier 2016

On repère que S. se montre très câlin pendant l'accueil, est en recherche de contact et de proximité physique, y compris avec moi. Il se montre enthousiaste dans le bus. L'arrivée au centre équestre se fait sans problème, il semble impatient de monter. Il monte sans aucune aide après le sellage, en utilisant ses bras. Il se tient droit, tonique. Il tente de lancer seul la marche du poney, mais cela échoue et il demande à l'adulte. Il accepte de descendre sans problème. Malgré le bon début de séance, il sera envahi par l'émotion lors d'une crise de pleurs de K., ce qui désorganisera son comportement et ses émotions. De retour sur le groupe, il tentera de fuir par la porte de l'HDJ.

K. se met à crier dès la sortie du bus, est dans une opposition active. Une fois dans le box, les pleurs et les cris redoublent. Il brosse un peu la queue de Loustic puis s'en éloigne en pleurant. Il est mis sur le dos du poney, encadrés par les soignants ce qui provoquera à nouveau des cris et des pleurs. Il se débat pour tenter de descendre. Il aura du mal à sortir de cet état de colère et d'angoisse. Une nouvelle crise se déclenchera au moment de donner du pain. De retour dans le minibus, il ne manifestera aucune émotion.

D. se montre très parasité pendant l'accueil, avec une instabilité psychomotrice majeure, il est nécessaire de le contenir à plusieurs reprises. Il n'a aucune réaction au départ en bus et à l'arrivée au centre équestre. Dans le box, il jouera longtemps avec la paille, sans qu'on ne puisse l'en détacher. Il ne regardera pas Loustic, se montrera indifférent à sa présence. Il n'aura aucune demande et les sollicitations de l'équipe ne permettront pas de le sortir de son isolement.

	S	K	D
Communication et émotions /13	10	4	2
Sensations et ajustement corporels /10	10	0	1
Total /23	20	4	3

Tableau 4: échelle d'observation, séance du 19/01/16

❖ Séance du 1^{er} mars 2016

S est très agité dès l'accueil, il pleure beaucoup sans élément déclencheur particulier. J'apprends qu'il y a eu des problèmes familiaux et qu'il est très agité depuis. Durant le départ puis l'arrivée au centre équestre, il n'arrive pas à se réorganiser, il est toujours très agité lorsqu'il rentre dans le box. Un soignant se détache pour sortir avec lui dans un autre espace, afin qu'il puisse dépasser cet état, sans succès. Il n'arrivera pas à être disponible pour l'activité, ne montera pas. L'agitation psychomotrice est toujours intense en repartant du centre équestre.

Sur le groupe, j'apprends que K. n'est pas venu pendant 15 jours, le retour est difficile, de plus il est peut-être à nouveau constipé. Il pleure un peu lors du départ pour le centre équestre, mais ne manifeste pas d'angoisse à l'arrivée. Dans le box, il a d'abord un petit temps de retrait puis il brosse la queue du poney comme à son habitude. Il utilise la brosse puis ses mains qu'il passe dans les crins du poney. Il pointe la queue du poney, semble chercher à attirer notre attention sur celle-ci. Il lui est toujours difficile de s'intéresser à la tête. Quand D. est sur le poney, il prend la longe que lui tend la monitrice. Il émet quelques cris de frayeur quand la tête de Loustic s'approche de lui, mais il est capable de lancer des regards plus directs vers la tête. Il est ensuite mis sur le poney, ce qui provoque des pleurs, mais il ne se débat pas. Il semble prendre conscience que sur le poney, son regard porte loin, ce qui semble l'intriguer et l'apaiser. Il s'agite à nouveau lorsque Loustic fait un mouvement de patte. Il acceptera de donner du pain au poney tout en se tenant loin. Il se montre très calme au retour.

D. est toujours très attiré par la paille à l'arrivée dans le box, mais il demande rapidement à monter. Une fois sur le cheval, il nous montre par sa posture et ses mouvements de bassin qu'il souhaite avancer. Il montre des signes de contentement, il

sourit. Lui aussi expérimente la portée de son regard depuis le poney. La descente et le retour ne posent pas de problème.

	S	K	D
Communication et émotions /13	5	5	12
Sensations et ajustement corporels /10	2	3	7
Total /23	7	8	19

Tableau 5 : échelle d'observation, séance du 01/03/16

2. Evolution du score au fil des séances

Le tableau 6 et la figure 2 suivant reprennent les données du score total de chaque enfant obtenu grâce à l'échelle d'observation, pour chaque séance d'observation.

	13/10/15	24/11/15	15/12/15	19/01/16	01/03/16
S	16	16	20	20	7
K	5	6	4	4	8
D	3	16	19	3	19

Tableau 6 : évolution du score total au fil des séances

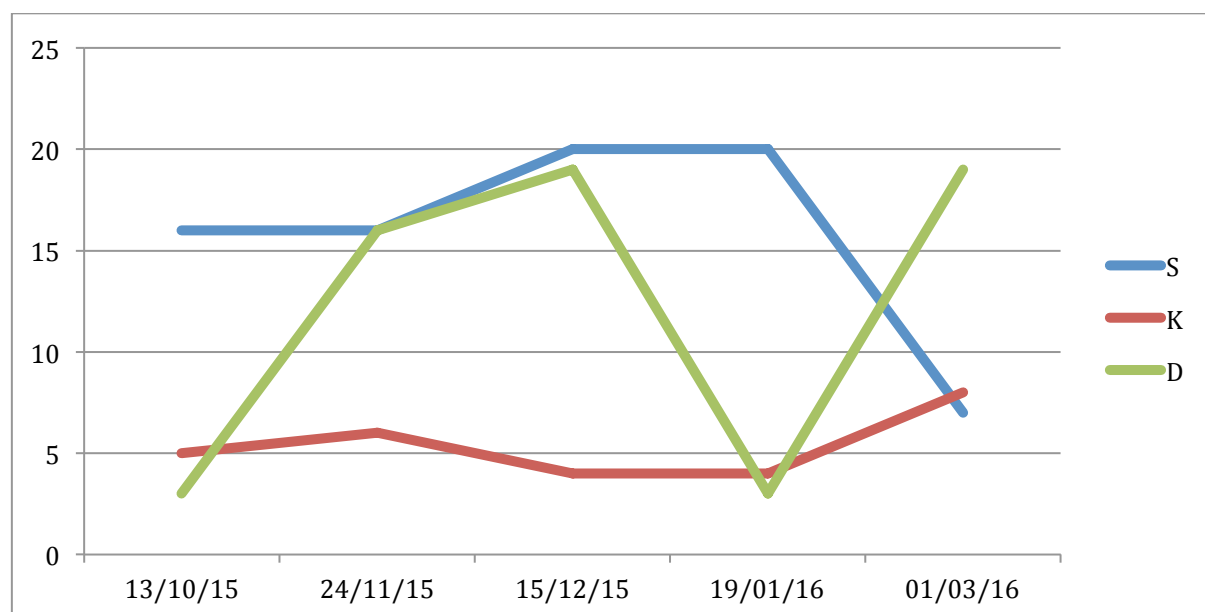


Figure 2 : évolution du score total au fil des séances

3. Evolution du score de la CARS

❖ S.

En juin 2014, S. obtient un score total de 58,5 sur 60, à la CARS et obtient la note maximale à tous les items de l'échelle, hormis pour les items communication non verbale et réponse émotionnelle.

En avril 2016, il obtient un score total de 36.5 sur 60, ce qui le situe dans la catégorie « autisme léger à moyen ». Le seul item pour lequel il reçoit le score maximal est la communication verbale.

❖ D.

En novembre 2015, D. obtient un score de 47.5 sur 60, situant ainsi ses symptômes dans la catégorie « autisme sévère ». Les scores les plus chutés pour D. concernent la communication verbale, le niveau d'activité, les réponses émotionnelles et l'impression générale

En avril 2016, le score total est de 52,5 sur 60, ce qui le maintient dans la catégorie « autisme sévère ». Les items les plus chutés concernent les réponses auditives, le mode d'exploration (goût, odorat, toucher), l'anxiété, le niveau d'activité, l'impression générale.

❖ K.

A la CARS réalisée en décembre 2014, K. obtient un score total de 51,5 ce qui le situe dans la catégorie « autisme sévère ». Les scores les plus chutés concernent les relations sociales, l'utilisation d'objet, les réponses visuelles, l'anxiété, la communication verbale et non verbale et l'impression générale.

En avril 2016, son score est de 39.5 avec deux items très chutés : la communication verbale et l'anxiété.

❖ Résultats de la CARS pour le groupe

Le tableau 7 et la figure 2 illustrent l'évolution du score de la CARS des trois enfants entre leur première passation (avant prise en charge en équithérapie) et leur deuxième passation (après prise en charge en équithérapie)

	S	D	K
1 ^{ère} CARS	58,5	47,5	51,5
2 ^e CARS	36,5	52,5	39,5

Tableau 7 : évolution de la CARS pour le groupe

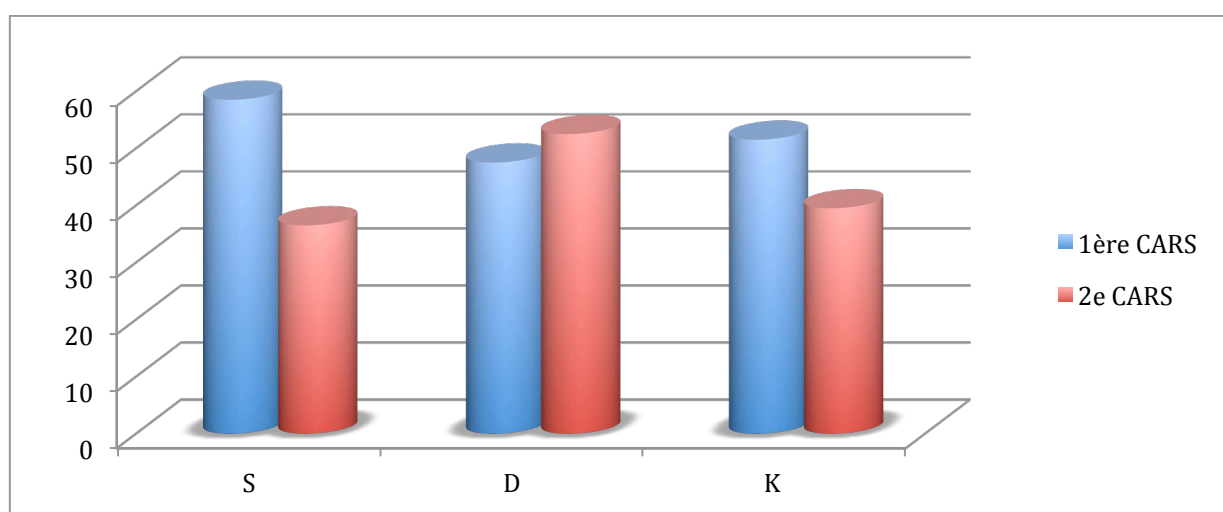


Figure 3 : évolution de la CARS pour le groupe

D) Discussion

1. Analyse des résultats

a) Observations cliniques et échelles d'observations

On constate que l'évolution est irrégulière pour tous les enfants. On peut comprendre cette irrégularité comme un reflet de l'influence des événements intercurrents internes (maladie, douleur) ou externes (problématique familiale) sur leur état psychique et donc sur leur disponibilité pour le groupe thérapeutique. Par exemple, S. qui à la dernière séance est trop désorganisé par les événements familiaux pour monter ou K. qui semble perturbé (sans doute à cause d'une constipation) en décembre et janvier.

K. présente néanmoins une certaine régularité dans son score, avec une amélioration au fil des séances, bien qu'il soit celui qui était au départ le plus en difficulté avec l'activité. Cette difficulté s'explique sans doute en partie par ses troubles visuels, on peut faire l'hypothèse qu'il ne voit les « morceaux » du corps de Loustic que lorsqu'il est très près de lui et ne peut l'appréhender de loin, dans sa globalité. On note néanmoins qu'il arrive peu à peu à dépasser ses angoisses massives, et par le biais du nourrissage en fin de séance, finira par approcher sa main furtivement de la tête du poney.

En fait si l'on exclut pour D. et S. la séance où ils ne sont pas disponibles psychiquement pour l'activité, on observe une réelle amélioration dans leur score, ce qui se traduit en observation clinique par une amélioration de leur capacité à se repérer dans l'espace, à dépasser leurs craintes, à exprimer leur désir de monter, à ajuster leur posture et à prendre du plaisir dans l'activité.

Pour S. le contact avec le poney et la monte prennent sens très rapidement. Il met en place des stratégies adaptées pour manifester son envie de monter, est capable de changer de stratégie si les conditions changent. Par contre, l'autre est utilisé pour sa fonction d'aide physique, mais S. ne différencie pas les adultes qui l'entourent. Sur le poney, les attitudes de S. sont d'abord très régressives, il cherche le bercement, la fusion, le « holding », puis il peut accéder à un état plus tonique, plus différencié et éprouver du plaisir à se sentir « grandi » grâce à la hauteur du poney. Si les moments de descente, de séparation sont très difficiles lors des premières séances, il arrivera à les accepter ensuite.

D. a dans un premier temps du mal à se détacher de son besoin de stimulation et de ses stéréotypies. Il s'isole dans l'expérience avec la paille qu'il fait voler puis qu'il regarde tomber. Longtemps, le poney est expérimenté sous forme sensorielle, il est touché, goûté, senti. Même le moment du nourrissage prend peu sens pour D. puisqu'il tente de mettre le pain à sa propre bouche. Néanmoins il accède à l'envie de monter, et peut l'exprimer par des signes discrets. Assez étonnamment, sa posture est immédiatement adéquate sur Loustic, quasi instinctivement. On note peu d'exploration sensorielle ou d'autostimulation quand il est cavalier. Néanmoins, ces avancées sont

encore fragiles et inconstantes, puisqu'il peut passer une ou plusieurs séances à nouveau enfermé dans une activité ritualisée.

b) Evolution du score de la CARS

On observe une amélioration clinique importante pour S., qui s'explique en partie par l'écart de temps important entre les deux passages de CARS, S. étant en début de prise en charge à l'HDJ lorsqu'il a passé la première CARS. Néanmoins on constate un changement de catégorie dans la profondeur du trouble, témoignant de réels progrès. Seule la communication verbale est toujours très impactée.

Pour D, les résultats montrent une aggravation des manifestations, un maintien du niveau de profondeur du trouble autistique avec néanmoins une symptomatologie changeante, pouvant faire penser que D. évolue et que cette aggravation est un passage.

On constate une amélioration importante dans les scores de K., insuffisante pour le faire changer de catégorie de profondeur des symptômes, mais témoignant d'une évolution positive notamment dans les items particulièrement impactés à la première CARS (relations sociales, utilisation d'objet, réponses visuelles, communication non verbales et impression générale).

c) Evolution générale et comparaison avec d'autres travaux

Globalement, on constate une tendance à l'amélioration symptomatique et fonctionnelle chez les enfants pris en charge à l'HDJ et participant au groupe thérapeutique cheval. L'amélioration est ressentie aussi bien au sein du groupe thérapeutique lui même qu'au niveau plus général de leur pathologie. Deux enfants sur trois présentent une nette diminution du score de la CARS après la prise en charge. On a pu constater cliniquement l'amélioration de tous les enfants au sein de l'atelier thérapeutique.

Nos résultats sont en adéquation avec les résultats des travaux déjà cités, qui concluent à une tendance à l'amélioration des enfants pris en charge en équitérapie, sur le plan émotionnel, comportemental et moteur.(80,84,92) Nous citerons notamment les travaux de L. Hameury (80), qui nous semblent les plus proches des conditions de notre étude, bien qu'ils concernent des enfants au score de CARS moins élevé. Rappelons que dans cette étude, on constatait pour un groupe de 6 enfants porteurs de TED une

amélioration des scores sur l'échelle des comportements autistiques et sur la grille d'évaluation fonctionnelle des comportements, après une prise en charge d'un an en équithérapie. Elle amène donc à des conclusions similaires aux nôtres en terme d'évolution globale, et met également en évidence la variabilité des scores des enfants au cours du temps, avec des périodes de régression puis d'amélioration.

2. Réflexion théorico-clinique sur l'efficacité de la thérapie avec le cheval dans le cadre de l'autisme sévère.

Pour prolonger notre travail, il nous paraît important de réfléchir à nouveau aux mécanismes d'action qui induisent une amélioration clinique chez l'enfant autiste, à la lumière des résultats et des observations cliniques effectuées dans cette étude. Nous avons pu émettre des hypothèses sur les améliorations symptomatiques et fonctionnelles attendues, on tentera ici de les mettre en lien avec les informations recueillies au cours de ce travail.

- Les troubles du contact : nous avons émis l'hypothèse qu'ils pourraient être améliorés grâce à la rencontre avec le poney, qui se trouve facilitée par son absence de langage verbal, son regard périphérique, son attitude non intrusive et pourrait aboutir pour l'enfant autiste à un réel plaisir à être en relation. On proposait également l'idée que la réciproque pourrait être vraie, c'est-à-dire que le poney serait rassuré par la présentation évitante et périphérique de l'enfant autiste. A noter que Loustic était un poney particulièrement placide et non menaçant. Il nous paraît intéressant de noter que S., qui est l'enfant le plus à l'aise dans le contact avec le poney, présente une utilisation préférentiellement périphérique du regard. Pendant les séances S. est celui qui semble le plus rapidement manifester du plaisir à la rencontre. C'est aussi l'enfant qui présente la plus grande progression dans son score de CARS (passage de 58,5 à 36,5) avec notamment un score à l'item I « relations sociales » qui passe de 4 : « anomalies sévères dans les relations » à 1.5 : « anomalies mineures dans les relations ». K. présente lui aussi un regard indirect et périphérique mais son strabisme et ses troubles visuels nous semblent empêcher que la relation avec le poney ne s'établisse dans de bonnes conditions. Il passera

d'ailleurs de nombreuses séances à éviter la partie antérieure du poney, notamment la tête. K. est par ailleurs très rapidement intrusé par le regard de l'adulte, et les progrès dans l'approche du poney seront interrompus à chaque fois que K. constate qu'on le regarde. Néanmoins son score à l'item I « relations sociales » est lui aussi amélioré passant de 4 « anomalies sévères dans les relations » à 2 « anomalies mineures dans les relations ». D. , lui, semble prendre du plaisir à la rencontre avec l'animal après un certain temps d'adaptation où il reste enfermé dans ses stéréotypies, puis après quelque séances où il semble adapté et demandeur de la présence du poney, il montrera à nouveau un enfermement autistique majeur et ne semblera plus faire cas de sa présence. On pourra alors se demander si la rencontre a vraiment eu lieu pour D. ou si elle ne s'est faite qu'à un niveau partiel, au niveau des différentes traces sensorielles qu'il a pu recueillir au long des séances. D. reste constant dans son score de l'item I « relations sociales » avec un score de 3.5 « anomalies sévères dans les relations ». Nos hypothèses sont donc validées pour S. et à un degré moindre pour D. K. ne montre pas d'amélioration sur ce point au niveau de l'observation clinique en séance, mais présente une amélioration globale au niveau de son score à la CARS.

- Les troubles de la communication et du langage : nous supposons qu'ils pourraient être améliorés sur le plan de la communication non verbale dans un premier temps grâce aux modes de communications non verbaux utilisés en thérapie avec le cheval et que le plaisir partagé pendant la séance permettrait l'émergence de demandes verbales ou non. Les trois enfants du groupe étudié n'ayant pas accès au langage verbal, c'est sur la communication non verbale (gestuelle notamment) que l'observation s'est portée. On a pu noter pour S. l'expression d'une demande gestuelle pour monter sur le poney, quasi immédiate, mais non différenciée (la demande était faite à tout adulte disponible, en utilisant les mains des soignants comme un outil). Le score XII de la CARS (communication non verbale) reflète de façon minime les progrès de S. : il passe de 3 à 2.5, se maintenant dans la catégorie « moyennement anormale ». Par contre le score de l'item

XI, « communication verbale », n'est pas modifié, il reste à 4, S. ne développant pas encore le langage verbal. Pour D. on a pu également noter l'émergence d'une demande en même temps qu'apparaissaient des expressions de plaisir pendant les séances. Ces éléments de communication gestuelle étaient furtifs et inconstants, mais néanmoins présents et adaptés. On pouvait noter un début de communication langagière avec une sensibilité particulière pour les comptines, les bruits de bouche, la possibilité d'imiter la prosodie d'une chanson alors qu'il se trouvait juché sur le poney. La CARS semble refléter l'inconstance des manifestations de D. car le score de communication verbale est amélioré d'un point (passage de 4 à 3) et le score de communication non verbale est diminué d'un demi point (de 3 à 3,5). Pour K, on n'a pas pu observer en séance l'émergence d'une demande de monte ou d'approche du poney, seulement une demande furtive d'attention conjointe à la séance de mars. Les comportements de fuite qu'il pouvait tenter de mettre en place dans le box et ses réactions émotionnelles vives n'étaient pas adressées et ne pouvaient donc pas avoir valeur de communication. Cette absence de demande et d'adresse à l'autre semble à mettre en lien avec l'absence totale de manifestation de plaisir et les vives réactions d'angoisses au cours des séances. K. ne semble pas assez apaisé pour être accessible à la relation, même dans les conditions favorables qu'offre le poney. On peut mettre cet état anxieux en lien avec les grandes difficultés de séparation qu'on a pu repérer entre K. et sa maman. Les résultats aux items XI et XII reflètent bien cette absence de communication puisqu'il obtient les scores maximaux de 4 lors des deux passations. Là encore, nos suppositions se confirment pour S. et D. . K. ne semble pas avoir pu profiter du groupe thérapeutique à ce niveau.

- Le comportement et les stéréotypies : on a pensé qu'ils pourraient être améliorés par le biais d'une activité nouvelle pour les enfants, plaisante (dans notre idée) et sortant du cadre habituel du soin. Pour S. on note des tentatives de ritualisation au sein de l'activité (lorsqu'il monte puis descend de nombreuses fois selon le même mode opératoire) mais il arrive à s'en détacher rapidement, et au fil des séances il commence à accepter qu'on

l'arrête dans son mouvement perpétuel. Le mouvement reste difficile à canaliser lorsque c'est un autre enfant qui monte sur le poney. Au niveau de la CARS, une amélioration est ressentie, traduite par un passage d'un score de 4 à 2,5 à l'item IV « utilisation du corps », et de 4 à 2 pour l'item IX « modes d'exploration ». Pour D. on note une grande difficulté à se détacher de ses comportements ritualisés et ses stimulations sensorielles. L'exploration du poney est avant tout sensorielle, passant principalement par le toucher et le goût. Néanmoins, on constatera que ces auto-stimulations et explorations sensorielles n'ont pas lieu lorsqu'il se montre suffisamment disponible pour monter sur le poney. A l'inverse, lorsqu'il est « pris » dans ses rituels, il ne peut s'en détacher pour monter sur le poney. A la CARS, son score de l'item IV « utilisation du corps » reste constant à 3,5, pour l'item IX « modes d'exploration » il se détériore passant de 3,5 à 4. Pour K. on ne constate pas vraiment de rituels ni d'autostimulations, étant surtout pris dans ses réactions émotionnelles. Son exploration du poney se limite à la queue qu'il peigne rapidement tantôt avec une brosse, tantôt avec la main. K. n'est pas encore dans une démarche d'exploration, sensorielle ou non. Son score à la CARS pour l'item IV reste à 3, pour l'item IX il passe de 3 à 2. Pour cette dimension, les progrès de S. viennent valider notre hypothèse, tandis que l'observation et le score de CARS nous montre que D. reste en difficulté à ce niveau. Pour K. on ne note pas de progression au niveau de l'observation, tandis que le score de CARS nous indique une progression sur la dimension « modes d'exploration »

- La modulation sensorielle : on a pu faire l'hypothèse d'une amélioration des capacités d'intégration des différentes informations recueillies par l'enfant autiste à travers ses canaux sensoriels, sous l'influence du bain sensoriel permis par l'activité et du mode de fonctionnement du poney qui est, lui, dans cette dynamique permanente d'intégration et d'ajustement à des informations sensorielles. Cette dimension est assez difficile à évaluer en clinique, en dehors de tests spécifiques. Néanmoins on relèvera que les deux enfants ayant réussi à monter sur le poney au cours des séances d'observation (S. et D.) ont tous les deux fait l'expérience d'une séquence

d'enchaînement d'informations sensorielles, qu'ils semblent avoir intégré puisqu'ils se sont montrés capables de la répéter. Pour D., un mouvement de hanche à entraîné en retour un mouvement du poney, ce qu'il intégrera puisqu'il réitérera le mouvement lors de la séance suivante. S. tentera à plusieurs reprises à la fois par son mouvement corporel mais aussi par ses vocalises et claquements de langue de faire avancer le poney. On n'observera pas chez K. d'indice d'intégration de plusieurs informations sensorielles en une séquence cohérente. A nouveau, on note des indices cliniques de bénéfices pour D. et S., mais pas pour K.

- Les particularités psychomotrices: nous supposons qu'elles pourraient être travaillées lors de l'approche de l'animal qui nécessite un ajustement du niveau d'activité et lors de la monte par la mise en place d'un dialogue tonico-postural sur la base d'échanges cénesthésiques entre le cavalier et le poney. Nous avons pu observer pour S. une évolution dans ses postures et sa tonicité. D'abord en recherche d'affaissement, dans une posture horizontale régressive, il a au fil des séances pu acquérir une posture plus droite et tonique notamment lorsqu'il a pu expérimenter le travail en mouvement, au pas. Le niveau d'activité a été plus difficile à normaliser, notamment dans les temps d'attente que S. a rempli par une activité motrice intense. Cet ajustement progressif peut se traduire par l'amélioration du score de 4 à 2,5 à l'item IV « utilisation du corps » de la CARS. Chez D. la posture a été instantanément ajustée à partir du moment où la demande de monte a émergé. Il semble que le dialogue tonico-postural se soit montré immédiatement opérant chez D. qui a notamment pu se saisir de la possibilité de faire avancer le poney grâce à son mouvement de hanche. On pourrait faire l'hypothèse que D. se montrant l'enfant le plus sensible aux expériences sensorielles, il soit également le plus à même de communiquer avec le poney sur le mode cénesthésique (à condition qu'il soit assez disponible pour accéder à cette communication, ce qui n'a pas toujours été le cas). A la CARS, son score à l'item IV « utilisation du corps » est resté constant à 3,5. Pour K., là encore, l'ajustement corporel et le niveau d'activité se sont montrés très dépendants de son état émotionnel. Les

moments d'angoisse entraînaient une agitation modérée, des mouvements pour tenter de fuir. L'absence de plaisir dans la proximité avec le poney nous a empêché de pouvoir mesurer la qualité de son ajustement corporel, K. étant le plus souvent dans une attitude de repli, de fuite à l'approche de l'animal. Lorsqu'il a été placé sur le poney, son attitude a le plus souvent été figée, crispée, quasi douloureuse, on a pu fugacement observer un moment de relâchement corporel, auquel un mouvement de patte du poney a mis fin. Son score à la CARS pour l'item IV est resté constant à 3. Au total pour cette dimension, on note des effets positifs pour S. au sein de l'activité thérapeutique et dans son fonctionnement global, pour D. au sein de l'activité uniquement, peu d'effets positifs pour K., hormis quelques moments fugaces d'ouverture.

- Les réactions émotionnelles et l'expression d'affect: on avait émis l'hypothèse que le poney serait à même de déclencher une réaction affective positive chez l'enfant, et ferait émerger une expression émotionnelle adaptée. Cet objectif a été atteint pour S. sur la plupart des séances, avec l'apparition de manifestations de contentement dès lors qu'il était monté sur le poney. Il a également pu manifester son mécontentement notamment lors des périodes de descente du poney, de façon adaptée par rapport au contexte, mais démesurée en intensité. La régulation émotionnelle est néanmoins restée difficile pour S. qui a souvent manifesté des émotions fortes en écho à une crise d'un des autres enfants, montrant une grande perméabilité émotionnelle. A l'item III de la CARS « réponses émotionnelles » il passe d'ailleurs de 3,5 à 3, montrant une progression limitée. On a pu observer chez D. des réactions émotionnelles adaptées sur la plupart des séances, notamment les trois au cours desquelles il a pu monter à dos de poney. Il a pu montrer son plaisir par des sourires et une attitude corporelle détendue. En dehors de ces moments, on ne note aucune expression émotionnelle de plaisir ou de déplaisir. Son score à l'item III concernant les réponses émotionnelles montre une progression minime de 4 à 3,5. Chez K. la réponse émotionnelle au cours du soin est constante : il présente des manifestations d'angoisse et de déplaisir, d'intensité variable

selon les séances. La dernière séance d'observation de mars sera tout de même l'occasion de constater une certaine amélioration avec des moments de déplaisir plus courts, et quelques manifestations ténues de bien-être, notamment le court moment où il monte encadré par les soignants et qu'il fait l'expérience de la vue depuis la hauteur du poney. Chez K. le score de la CARS pour l'item III s'améliore légèrement passant de 3 à 2,5. A ce niveau on a donc pu observer des bénéfices pour S. et D. en séance comme dans leurs scores. Pour K. l'amélioration est très minime en séance, mais s'observe sur son score.

- Les expériences sensorielles régressives : enfin, en se plaçant à un niveau plus théorique, nous avons émis la supposition que l'expérience avec le cheval induisait des sensations et des attitudes régressives, permettant à l'enfant de retrouver un état de détente et de sécurité de nature à faciliter le plaisir à la rencontre avec l'autre. On a pu voir apparaître principalement chez S. des comportements nous faisant évoquer une recherche des sensations régressives. Il a commencé par tester différentes positions horizontales en peau à peau sur le poney, sur le ventre, sur le dos, prenant son pouce, s'agrippant à la crinière, faisant alors penser à un tout petit. Cette quête de sensations douces, chaudes, vivantes, évoquait fortement une recherche du contact et du portage maternel. Cette recherche s'accompagnait de sourire, et d'émissions vocales faisant penser à un babillage, nous indiquant qu'elle était pour S. source de plaisir et de détente. D. et K. n'ont pas montré l'envie d'expérimenter de telles sensations.

Globalement, l'observation et l'évolution des scores de CARS sont concordantes, sauf pour K. pour qui on observe une progression importante à la CARS, alors que les observations au cours de l'activité montrent des progrès minimes. Au total, les hypothèses concernant chaque dimension nous semblent avoir été validées par l'observation et/ou par les scores de CARS, avec plus ou moins de succès selon les enfants et leur profil clinique. Les évaluations montrent une tendance à l'amélioration pour chacun des enfants étudiés.

L'ensemble de ces éléments est en faveur d'une efficacité et d'une spécificité d'action de la thérapie avec le cheval dans l'autisme, spécialement dans l'autisme sévère avec des troubles de la communication importants. Cette spécificité nous semble se développer dans les dimensions symptomatiques (relationnelles, communicationnelles et comportementales), sensorielles, émotionnelles et psychomotrices de l'autisme.

3. Critique de l'étude et perspectives

Cette étude se veut, comme nous avons pu le préciser, avant tout descriptive, les données chiffrées ne servant que de repères évolutifs. S'agissant d'un travail concernant trois cas, il nous semblait impossible d'envisager une étude quantitative. La principale difficulté de cette étude a été d'ordre organisationnel, ce qui a eu un impact sur les biais de ce travail. On peut citer notamment la durée d'observation d'Octobre à Mars qui ne balaye pas l'ensemble de l'année scolaire, l'hétérogénéité dans les dates de passation des premières CARS (fin 2014 pour deux enfants, fin 2015 pour un enfant), l'absence de possibilité de corrélation entre l'amélioration des scores à la CARS et le groupe thérapeutique avec le cheval du fait de l'absence de groupe témoin, l'irrégularité des périodes d'observation qui vient exacerber l'impression d'irrégularité dans l'évolution des enfants. On peut également remarquer que la CARS est un outil pratique et validé pour la recherche, mais qui peut manquer de précision et de finesse dans les items abordés, pouvant laisser de côté certains aspects de la pathologie qu'il serait intéressant d'inclure dans l'évaluation. Néanmoins, les données cliniques recueillies et les informations théoriques exposées dans ce travail nous semblent suffisamment pertinentes pour conforter l'idée que le groupe de thérapie avec le cheval a toute sa place dans la prise en charge pédopsychiatrique de l'enfant autiste, notamment le jeune enfant présentant un syndrome autistique sévère avec des capacités communicationnelles très restreintes.

Les défauts de cette étude devront être pris en compte pour envisager ultérieurement une étude quantitative sur l'efficacité de la thérapie avec le cheval chez l'enfant autiste, qui devrait dans l'idéal se baser sur un effectif plus large (on peut songer à un recrutement multicentrique), avec un groupe témoin pour éviter le biais de confusion et pouvoir attribuer l'éventuelle amélioration à la TAC, une évaluation clinique encadrant rigoureusement les périodes de travail thérapeutique, des périodes

d'observations plus régulières afin de prendre en compte et de « lisser » la variabilité de comportement des patients et l'utilisation d'autres outils d'évaluation complémentaire à la CARS (ADOS (93), ECA (82)) pour enrichir les conclusions. Ce type de travail contribuerait à inscrire la thérapie avec le cheval dans une démarche de soins basée sur des arguments théoriques et cliniques solides, garants de leur place au sein des établissements de soins pédopsychiatriques.

Conclusion

En observant les pratiques de soins dans les services de psychiatrie de l'enfant, nous avons pu constater la fréquente utilisation de groupes de thérapie avec le cheval, notamment dans l'indication des troubles autistiques. Empiriquement, cette thérapie semblait particulièrement intéressante pour prendre en charge des enfants présentant des troubles envahissants du développement sévères, avec un défaut de communication verbale et non verbale prononcé. Pourtant, en étudiant plus en avant cette forme de soins, nous avons constaté qu'il existait peu de littérature pouvant rendre compte de l'efficacité et des moyens d'action qui pouvaient justifier son utilisation et son succès. Par ailleurs, la question de la légitimité des soins apparaît désormais cruciale dans l'autisme du fait des débats actuels et de la vigilance de la Haute Autorité de Santé à ce sujet. Il nous a donc paru pertinent de développer un travail autour de l'efficience de la thérapie avec le cheval dans le trouble autistique, à même de confirmer nos intuitions sur sa spécificité dans cette indication.

Nous avons choisi d'étudier un groupe de trois enfants atteints de troubles envahissants du développement, bénéficiant d'une prise en charge en thérapie avec le cheval au cours de leur accueil en hôpital de jour. Nous avons évalué leurs progrès grâce à un recueil d'observation clinique associé à une échelle d'observation, ainsi qu'en mesurant la progression de leurs scores sur l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS).

L'observation clinique et la CARS nous ont permis de mettre en évidence des améliorations, aussi bien au niveau des compétences dans le groupe de thérapie avec le cheval, qu'au niveau du développement global des enfants. Ces évolutions positives ont pu être observées à divers degrés selon les enfants et leurs profils cliniques, sur le plan symptomatique (sur les troubles du contact, de la communication et du comportement) ainsi que sur les plans sensoriels, psychomoteurs et affectifs.

D'un point de vue plus général, la thérapie avec le cheval nous a semblé être une forme de soins particulièrement adaptée aux enfants autistes parce qu'elle fait intervenir des sensations régressives qui entraînent un état de détente et de sécurité, et

contribuent à restaurer l'élan à la rencontre de l'autre qui fait classiquement défaut dans l'autisme. Cette rencontre est par ailleurs facilitée par les caractéristiques des animaux domestiques que présente le cheval, propices à l'attachement, mais non intrusives.

Bien sûr, ce travail se base sur des données observationnelles faites sur un échantillon de petite taille, nos constatations constituent donc une base de réflexion théorico-clinique et n'ont pas valeur de preuve scientifique. Il confirme néanmoins la pertinence clinique de la thérapie avec le cheval dans l'autisme sévère et ouvre des perspectives intéressantes pour des travaux ultérieurs. Il serait ainsi pertinent d'envisager une étude à plus large échelle, incluant plus de patient, avec un groupe témoin et des moyens d'évaluation plus développés, afin de poursuivre la validation des effets thérapeutiques de la TAC dans le trouble autistique.

Bibliographie

1. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. 9e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 688 p.
2. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. 2012 Mar p. 58. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale [Internet]. 2010 Jan p. 32. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_etat_des_connaissances_synthese.pdf
4. Hochmann J. Le devenir des idées en pédopsychiatrie, à travers l'histoire de l'autisme. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2012 May;60(3):207–15.
5. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 4 volumes. 2e éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2004. 3141 p.
6. Ferrari P, Bonnot O, Collectif. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Médecine Sciences Publications; 2012. 883 p.
7. OMS, Collectif. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris; Milan etc.: Editions Masson; 1992. 307 p.
8. Association AP, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.

9. Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durand B, Garrabé J, et al. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2002 Mar;160(3):213–5.
10. Misès R, Bursztejn C, Botbol M, Garrabé J, Garret Gloanec N, Golse B, et al. La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2011 May;169(4):248–55.
11. Misès R, Bursztejn C, Botbol M, Coincon Y, Durand B, Garrabe J, et al. Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2012 Sep;60(6):414–8.
12. Botbol M, Portelli C. Correspondance et transcodage entre CFTMEA R 2010 et CIM-10. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2011 May;169(4):265–8.
13. Cohen D. Controverses actuelles dans le champ de l'autisme. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2012 Sep;170(7):517–25.
14. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*. 2009 Jun;65(6):591–8.
15. Kanner L. Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. 1946. *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6 Suppl):161–4.
16. Beiger F, Jean A. Autisme et zoothérapie: Communication et apprentissages par la médiation animale. Dunod; 2011. 161 p.
17. Folstein S, Rutter M. Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. *J Child Psychol Psychiatry*. 1977 Sep;18(4):297–321.
18. Ritvo ER, Freeman BJ, Mason-Brothers A, Mo A, Ritvo AM. Concordance for the syndrome of autism in 40 pairs of afflicted twins. *Am J Psychiatry*. 1985 Jan;142(1):74–7.
19. Bailey A, Phillips W, Rutter M. Autism: towards an integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *J Child Psychol Psychiatry*. 1996 Jan;37(1):89–126.

20. Bohm HV, Stewart MG, Healy AM. On the Autistic Spectrum Disorder concordance rates of twins and non-twin siblings. *Med Hypotheses*. 2013 Nov;81(5):789–91.
21. Rutter M. The riddle of autism: A psychological analysis. *Behav Res Ther*. 1985 Jan 1;23(1):94.
22. Hermelin BM, O'Connor N. 7 - Seeing, Speaking and Ordering. In: *Language, Cognitive Deficits, and Retardation* [Internet]. Butterworth-Heinemann; 1975 [cited 2016 Mar 9]. p. 129–38. (Study Group Series). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780407000070500197>
23. Frith U, Happé F. Autism: beyond “theory of mind.” *Cognition*. 1994 Apr 1;50(1):115–32.
24. Hobson RP. *Beyond cognition: A theory of autism*. 1989;
25. Meltzer D. *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot; 2004. 320 p.
26. Haute Autorité de Santé. *Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées*. 2011.
27. LELORD G, BRUNEAU N, MARTINEAU J, CARREAU B. Explorations fonctionnelles et psychothérapies éducatives. *Autisme Enfant Thérapie Déchange Dév*. 1995;50.
28. Schröder CM, Florence E, Dubrovskaya A, Lambs B, Stritmatter P, Vecchionacci V, et al. Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015 Aug;63(5):279–87.
29. Goëb J-L, Mouren M-C. Place des traitements psychotropes dans l'autisme de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2005 Nov;163(9):791–801.
30. Gauthier C, Doyen C, Amado I, Lôo H, Gaillard R. Applications thérapeutiques de l'ocytocine dans l'autisme : premiers résultats et pistes de recherche. *L'Encéphale*. 2016 Feb;42(1):24–31.
31. Schaal B, Montagner H, Hertling E, Bolzoni D, Moyse A, Quichon R. Les stimulations olfactives dans les relations entre l'enfant et la mère. *Reprod Nutr Dév*. 1980;20(3B):843–58.

32. Casarotto S. Equithérapie en pédopsychiatrie. Evaluation de quatre situations cliniques [Internet] [Médecine]. Université de Nancy; 2013. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_CASAROTTO_SANDRINE.pdf
33. Lubersac R de. Thérapies avec le cheval. Vincennes: F.E.N.T.A.C. (Fédération Nationale de Thérapies Avec le Cheval); 2000.
34. Jérôme Michalon. "L'animal thérapeute". : Socio-anthropologie de l'émergence du soin par le contact animalier. [Internet] [Sociologie]. [Saint-Etienne]: Jean Monnet; 2011. Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00671158v2/document>
35. Bibliothèque nationale de France, direction des collections, département Sciences et techniques. Des animaux et des hommes : la zoothérapie Bibliographie sélective [Internet]. 2011. Available from: http://www.bnf.fr/documents/biblio_zoothérapie.pdf
36. Matchock RL. Pet ownership and physical health. Curr Opin Psychiatry. 2015 Sep;28(5):386–92.
37. Montagner H. L'enfant et l'animal. Les émotions qui libèrent l'intelligence. Paris: Odile Jacob; 2002. 288 p.
38. Fédération Française d'Equitation-disciplines [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 26]. Available from: <http://www.ffe.com/Disciplines>
39. Société Française d'Equithérapie. Site de la Société Française d'Equithérapie [Internet]. Available from: <http://sfequithérapie.free.fr/spip.php?rubrique9>
40. Winnicott DW, Monod C, Pontalis J-B. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 2015.
41. Mille C, Barthe E, Bon Saint Come M, Delhay M. Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2015 Aug;63(5):332–40.
42. Niquet Defer F. Equitation thérapeutique et psychiatrie [Internet] [Médecine]. [Nancy]: Henri Poincaré, Nancy 1; 2002. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2002_NIQUET_DEFER_FLORENCE.pdf
43. Société Française d'Equithérapie- formation [Internet]. Available from: <http://sfequithérapie.free.fr/spip.php?article59>

44. Handicheval-formation [Internet]. Available from:
<http://www.handicheval.asso.fr/formations/>
45. FENTAC. FENTAC-Formation [Internet]. Available from:
<http://www.fentac.org/formation.php>
46. Institut Français d'équithérapie-formation [Internet]. Available from:
<http://www.ifequitherapie.fr/index.php/formation>
47. Université de Franche Comté. Formation-Diplôme d'université d'activités équestres adaptées [Internet]. Université de Franche Comté. Available from:
http://formations.univ-fcomte.fr/ws?_profil=ufc&_cmd=getFormation&_oid=CDM-PROG14832&_oidProgramAnnexe=&_redirect=voir_fiche_program&_onglet=description&_lang=fr-FR
48. Grimal P. Dictionnaire de la mythologie grecque et romaine. 14e ed. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1999. 608 p.
49. Adams MV. The mythological unconscious. New York: Karnac Books; 2001. 488 p.
50. Homère. Iliade. Paris: A. Lemerre; 1866.
51. Evrard F, Tenet E. LE CHEVAL, MYTHES ET TEXTES-PARCOURS DE LECTURE. Paris: Bertrand-Lacoste; 2000.
52. Vaux MB de. Les Chevaux merveilleux dans l'histoire, la légende, les contes populaires. J. Peyronnet & Cie, Paris; 1939.
53. Freud S. Cinq psychanalyses. 3e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2014.
54. Freud S, Koeppel P. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard; 1989.
55. Jung CG, Le Lay Y. Métamorphoses de l'âme et ses symboles: analyse des prodromes d'une schizophrénie. [Paris]: [Librairie générale française]; 1996.
56. Franchet d'Esperey P. Main du maître (La): Réflexions sur l'héritage équestre. Odile Jacob; 2008. 404 p.
57. Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989. 464 p.
58. Chefdhotel A. Cheval, mon beau miroir. Carnet PSY. 2009 Sep 1;(140):46-50.

59. Corbeau D. Un médiateur nommé cheval. *J Psychol.* 2014 Jul 1;(319):43–7.
60. Aubard I. Activité thérapeutique et cheval. *VST - Vie Soc Trait.* 2007 Aug 23;(94):117–20.
61. Ansorge J. La médiation équine comme outil thérapeutique. *J Psychol.* 2011 May 10;(286):52–5.
62. Mahler MS, Furer M. *Psychose infantile: symbiose humaine et individuation.* Paris: Payot & Rivages; 2001.
63. Wallon H. *Les origines du Caractere Chez l'Enfant.* Paris: Presses Universitaires de France; 2001.
64. Ajuriaguerra. *Manuel de psychiatrie de l'enfant.* Paris: Editions Masson; 1977. 1089 p.
65. Bachollet M-S, Marcelli D. Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy.* 2011 Feb 17;(49):14–9.
66. Stern D. *Le Monde interpersonnel du nourrisson.* 4e ed. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 381 p.
67. Mermet L. Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *J Psychol.* 2012 Dec 1;(303):68–71.
68. Anzieu D. *Le Moi-peau.* 2e ed. Paris: Dunod; 1995. 291 p.
69. Bergeret J. *Rééducation des handicapés mentaux par l'équitation.* [Thèse de pharmacie]. [Dijon]; 1986.
70. Jacquelin I. *Thérapie avec le cheval auprès d'enfants victimes de sévices sexuels. Dixièmes rencontres internationales, cheval et différences.* Angers: Handi-Cheval; 2001 p. pp 224–5.
71. Lepastier S. Quels bénéfices attendre de l'équithérapie et à qui s'adresse-t-elle ? *Concours Méd.* 1996;118(036):2561–2.
72. Lilamand et Al. Les effets thérapeutiques de l'équitation d'extérieur sur les épisodes dépressifs de l'adulte. Recherche expérimentale et tentative d'élaboration théorique. *Congrès national Handi-Cheval, La Baule;* 1987 p. 199–210. (Psychoses et

handicaps / Association Handi-cheval).

73. Hulin S. Du pas institutionnel au trot plein d'espoir, à propos d'un cas. Psychoses et handicaps. Les thérapies et les pratiques avec le cheval. La Baule; 1987 p. 187-8. (Congrès national Handi-Cheval).

74. Bress R. Le cheval dans la rupture d'une toxicomanie. Congrès national Handi-Cheval, La Baule; 1987 p. 143-53. (Psychoses et handicaps. Les thérapies et les pratiques avec le cheval.).

75. Auger.M-P. L'équitation thérapeutique avec des personnes déficientes visuelles. Dixièmes rencontres internationales, cheval et différences, Angers: F.R.D.I., Handi-Cheval; 2001 p. 357-8.

76. Eisen E. Le cheval thérapeute pour l'homme : présentation, indications et récits d'expériences [Pharmacie]. Université de Lorraine; 2012.

77. Soulé M, Golse B. Les traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Bayard Editions; 1992.

78. Freud S. Le moi et le ça. Éditions Payot; 2013.

79. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3. Basic books; 1980.

80. Hameury L, Delavous P, Teste B, Leroy C, Gaboriau J-C, Berthier A. Équithérapie et autisme. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2010 Nov;168(9):655-9.

81. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J Autism Dev Disord. 1980;10(1):91-103.

82. Lelord G, Barthélémy C. Echelle d'évaluation des comportements autistiques. In ecpa; 2003.

83. Barthélémy C, Roux S, Adrien JL, Hameury L, Guérin P, Garreau B, et al. Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. J Autism Dev Disord. 1997 Apr;27(2):139-53.

84. Lorin de Reure A. Enfants autistes en thérapie avec le poney : échelles d'évaluation et approches clinique et éthologique concernant les domaines relationnels, émotionnels et la communication. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2009

Jun;57(4):275–86.

85. Soulé M. L'animal dans la vie de l'enfant [Internet]. Paris: ESF; 1980. 231 p. Available from: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=72597

86. Haag G. Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste*. 2006 Dec 1;(25):313–25.

87. Gabriels RL, Agnew JA, Holt KD, Shoffner A, Zhaoxing P, Ruzzano S, et al. Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2012 Apr;6(2):578–88.

88. Aman MG, Burrow WH, Wolford PL. The Aberrant Behavior Checklist-Community: Factor validity and effect of subject variables for adults in group homes. *Am J Ment Retard*. 1995;100(3):293–292.

89. Sparrow SS. Vineland Adaptive Behavior Scales. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, editors. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* [Internet]. Springer New York; 2011 [cited 2016 Apr 6]. p. 2618–21. Available from: http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-0-387-79948-3_1602

90. Bruininks RH. Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, (BOT-2). Minneap MN Pearson Assess. 2005;

91. Ayres AJ. Sensory integration and praxis test (SIPT). Los Angel West Psychol Serv. 1989;

92. Gabriels RL, Pan Z, Dechant B, Agnew JA, Brim N, Mesibov G. Randomized Controlled Trial of Therapeutic Horseback Riding in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Jul;54(7):541–9.

93. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal BL, DiLavore PC, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *J Autism Dev Disord*. 2000;30(3):205–23.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Les thérapies à médiation animale connaissent un succès croissant dans tous les domaines du soin, y compris le soin psychique. La thérapie avec le cheval (TAC) est utilisée notamment dans de nombreux services de psychiatrie de l'enfant. Pour autant, on ne trouve que très peu de littérature sur son efficacité, sa spécificité, ses moyens d'action et l'argumentaire qui justifie son utilisation est bien souvent construit sur les convictions personnelles de l'auteur au sujet des bienfaits de la présence animale pour le patient. C'est dans ce contexte qu'on s'est posé la question de l'efficacité de la thérapie avec le cheval dans l'autisme sévère chez l'enfant et de ses effets spécifiques dans cette indication précise.

On a donc suivi pendant six mois un groupe de trois enfants autistes, accueillis en hôpital de jour au sein d'un service de psychiatrie de l'enfant, participant hebdomadairement à des séances de TAC. On a évalué leurs progrès selon deux modalités : en recueillant des observations cliniques puis en remplissant une échelle d'observation une fois par mois et en comparant le score des enfants à la CARS (Childhood Autism Rating Scale) avant et après l'intervention thérapeutique.

On a pu observer une amélioration significative des scores à la CARS pour deux enfants sur trois. Les observations cliniques ont mis en évidence une amélioration des dimensions symptomatiques, sensorielles, psychomotrices et affectives pour tous les enfants. Notre réflexion nous a amené à proposer des hypothèses concernant les mécanismes qui sous tendaient ces évolutions positives, hypothèses étayées par nos observations cliniques.

Nous avons ainsi exposé sur un plan clinique l'efficacité et des modes d'action spécifiques de la TAC dans l'autisme sévère de l'enfant.

Mots clés : Thérapie avec le cheval – Equithérapie – Médiation animale – Trouble envahissant du développement