

MONDIERE Eglantine

Session juin 2024

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice



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

**L'apport du cheval dans l'accompagnement psychomoteur  
de l'enfant en situation de cécité congénitale :  
La médiation équine, support de l'intégration du schéma corporel**

Sous la direction de Chloé NOBLE, psychomotricienne D.E.

ISRP VCHY

20 rue Fleury

03200 Vichy

## CHARTRE DE NON-PLAGIAT

Commune aux travaux universitaires

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

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

Fait à Vichy, le 19/04/2024

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'E' followed by a circular flourish.



## Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée cette année et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

Dans un premier temps, j'aimerais adresser un grand merci à ma référente de mémoire, Mme Noble, psychomotricienne D.E. pour sa patience, son soutien et ses précieux conseils qui ont guidé ma réflexion.

Je remercie également ma professeure de méthodologie de mémoire, Mme Dias Da Silva ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ISRP de Vichy, pour m'avoir partagé leurs connaissances dans le domaine de la psychomotricité.

Je souhaite remercier mes maîtres d'apprentissage, Mme Jaillet et Mme Prudent pour le partage de leur savoir-faire et pour avoir contribué à ma formation de psychomotricienne.

J'adresse aussi ma reconnaissance à l'ensemble de l'équipe de ma structure d'apprentissage, pour leur confiance dans l'élaboration des séances de psychomotricité et de médiation équine et pour avoir apporté des réponses à mes questionnements.

J'aimerai ensuite remercier Mme Morin, monitrice d'équitation, pour m'avoir encouragée dans la réalisation de ce projet et pour m'avoir permis de mieux appréhender la mise en place des séances de médiation équine.

Enfin, un grand merci à mon entourage, mes amis, ma famille, pour m'avoir soutenue et encouragée à persévérer.

**TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>A. PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>3</b>
<b>I. La déficience visuelle et la cécité .....</b>	<b>3</b>
1. Le fonctionnement du système visuel.....	3
a. Anatomie de l'œil .....	3
b. Trajet de l'information visuelle.....	5
2. Définitions .....	6
3. Etiologie .....	7
4. Quelques chiffres .....	8
5. Diagnostic et prise en charge de la déficience visuelle.....	8
6. Les impacts sur le développement de l'enfant .....	10
a. Au niveau moteur .....	10
b. Au niveau cognitif .....	12
c. La construction des repères.....	13
<b>II. Le schéma corporel.....</b>	<b>15</b>
1. La notion de schéma corporel .....	15
2. Généralités.....	16
a. Définitions.....	16
b. La voie du « où » et du « comment » .....	16
c. Le couplage perception/action et les neurones miroirs .....	17
3. Les différents stades d'acquisition du schéma corporel .....	18
4. Le schéma corporel, indissociable d'autres fonctions .....	19
5. Le schéma corporel chez l'enfant non-voyant.....	21
6. L'évaluation du schéma corporel .....	22
<b>III. Le psychomotricien en médiation équine .....</b>	<b>23</b>
1. Psychomotricité et psychomotricien .....	23
a. Généralités .....	23
b. Psychomotricité chez l'enfant en situation de handicap visuel .....	24
c. La médiation .....	25
2. La médiation animale .....	26
a. L'histoire de la médiation animale .....	26
b. Qu'est-ce que la médiation animale ? .....	27

3.	La médiation équine .....	29
a.	Définitions.....	29
b.	L'intérêt du cheval auprès du patient .....	30
<b>B.</b>	<b>PARTIE CLINIQUE .....</b>	<b>34</b>
<b>I.</b>	<b>Présentation de la structure.....</b>	<b>34</b>
1.	La Section d'Accueil pour enfants et adolescents PolyHandicapés (SAPH) .....	36
2.	L'Institut Médico-Educatif (IME).....	37
3.	Le Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD).....	38
4.	L'Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA) .....	38
<b>II.</b>	<b>Le groupe de médiation équine .....</b>	<b>39</b>
1.	Le contexte .....	39
2.	Le déroulement des séances de médiation équine.....	40
<b>III.</b>	<b>Etude de cas .....</b>	<b>44</b>
1.	Anamnèse .....	44
2.	Bilan psychomoteur.....	46
3.	Conclusion et projet thérapeutique .....	49
4.	Observations détaillées d'Eliott lors de séances de médiation équine .....	51
a.	Première séance .....	51
b.	Cinquième séance .....	53
c.	Dixième séance .....	55
5.	Conclusion sur l'évolution d'Eliott .....	56
<b>C.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>58</b>
<b>I.</b>	<b>L'accompagnement psychomoteur de l'enfant aveugle en médiation équine ...</b>	<b>58</b>
1.	La médiation équine chez l'enfant avec un handicap visuel.....	58
2.	L'accompagnement de l'intégration du schéma corporel de l'enfant non-voyant en médiation équine .....	60
<b>II.</b>	<b>L'organisation de l'accompagnement psychomoteur en médiation équine .....</b>	<b>63</b>
1.	Le cadre thérapeutique .....	63
2.	Le choix du cheval .....	64
3.	La mise en place de rituels.....	65
4.	Le travail à cheval .....	66
5.	Ma place d'alternante .....	66

<b>III. Les freins rencontrés et les limites de la médiation équine .....</b>	<b>67</b>
1. Respecter et évaluer le bien-être animal.....	67
2. ...et respecter les émotions des bénéficiaires .....	71
3. Une seule étude de cas.....	72
4. Un suivi discontinu .....	73
5. Le groupe et ses limites .....	74
6. La complémentarité des prises en charge .....	75
<b>IV. Pour aller plus loin.....</b>	<b>76</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>90</b>
Annexe A :.....	90
Annexe B : .....	91
Annexe C : .....	92
Annexe D : .....	94
Annexe E : .....	94
Annexe F :.....	95
Annexe G : .....	95
Annexe H : .....	96
Annexe I :.....	97
Annexe J :.....	98

## Liste des abréviations et acronymes

AES : Accompagnant Educatif et Social

AESH : Accompagnant d'Elèves en Situation de Handicap

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CNRHR : CentreS Ressources Nationaux pour les Handicaps Rares

CRDV : Centre de Rééducation pour Déficients Visuels

DE : Diplôme d'Etat

DU : Diplôme Universitaire

EMG : Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale

ERHR : Equipe Relais Handicap Rare

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

IFCE : Institut Français du Cheval et de l'Equitation

IFZ : Institut Français de Zoothérapie

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IME : Institut Médico-Educatif

IMPro : Institut Médico-Professionnel

IMRAD : Introduction, Matériel et Méthode, Résultats, And Discussion

ISRP : Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIA : Projet Individualisé d'Accompagnement

PP : Projet Personnalisé

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

SAAAS : Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation

SAFEP : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

SAPH : Section d'Accueil pour enfants et adolescents PolyHandicapés

SEES : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé

SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

TDI : Trouble du Développement Intellectuel

TND : Trouble du Neuro-Développement

TSA : Trouble du Spectre Autistique

UEMA : Unité d'Enseignement Maternelle Autisme

UNAPEI : Union Nationale des Associations des Parents d'Enfants Inadaptés

## Introduction

Le psychomotricien est amené à travailler avec le patient via différentes médiations. Dans ma pratique professionnelle, j'aimerais notamment me former à la médiation équine afin de partager les bienfaits que la présence des chevaux a eu sur moi lorsque je pratiquais l'équitation. Ce sport me permettait de me ressourcer. Pour donner suite à l'observation des effets positifs de la relation Homme-cheval sur la santé physique et psychique de l'Homme, la médiation équine a été réfléchiée comme une pratique faisant participer un cheval dans le cadre du soin ou de l'aide à la personne (Vidament & Caillarec, 2018).

Déjà étudiée par le passé, divers écrits décrivent les bénéfices de la médiation équine auprès de différentes populations, notamment les personnes porteuses d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ou les individus paralysés crâniens. Par exemple, nous pouvons trouver des méta-analyses sur les effets positifs de cette médiation sur le contrôle postural des enfants paralysés crâniens (Zadnikar & Kastrin, 2011).

Cependant, la déficience sensorielle reste peu abordée. « La déficience sensorielle, qu'elle soit visuelle, auditive, olfactive ou gustative ou qu'elle concerne le toucher, se définit par une perte partielle ou totale de l'un ou de plusieurs de ces sens. » (*Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet Ehpad*, 2016, paragr. 3). Cinq principaux sens sont connus de tous : la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat. Nous pouvons ajouter l'importance du système vestibulaire qui permet de maintenir notre posture et notre équilibre. Enfin, le 6<sup>ème</sup> sens de l'Homme, bien moins connu, est le sens proprioceptif. La proprioception représente la perception consciente ou non de la position relative de nos différents segments corporels dans l'espace, et de l'état de contraction de nos muscles (Thomsen, 2015-2024).

La vue est le support de l'élaboration du schéma corporel, notamment durant l'enfance. Selon J. De Ajuriaguerra (1970), « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise [...] la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (Golse & Simas, 2008, paragr. 10). Les informations sensorielles, notamment visuelles nous permettent alors de nous représenter notre corps et nos actions dans l'espace « Les jeunes enfants atteints précocement d'une déficience visuelle irréversible peuvent connaître un retard de développement moteur, psychologique, social, cognitif et du langage qui aura des conséquences tout au long de leur vie. » (World Health Organization : WHO, 2023, « Impact de la déficience visuelle »). L'absence ou la

pauvreté de ces informations visuelles peut alors entraîner des répercussions sur l'élaboration du schéma corporel.

Dans le cadre de mon alternance, j'ai rencontré un enfant non-voyant, sa cécité étant consécutive à une malformation cérébrale (dysplasie septo-optique). A la suite de temps d'observation, je me suis questionnée sur sa façon de percevoir son corps et ses mouvements dans l'espace. Comme cet enfant participe à un groupe de médiation équine avec sa classe, la problématique suivante est née :

**En quoi l'accompagnement psychomoteur en médiation équine soutient la construction du schéma corporel chez l'enfant en situation de cécité congénitale ?**

Dans un premier temps, nous aborderons la déficience visuelle et la cécité et leurs impacts sur le développement psychomoteur. Par la suite, nous définirons le schéma corporel et sa construction chez l'enfant voyant et chez l'enfant non-voyant. Nous explorerons également la définition de la médiation équine et ses intérêts. Dans un second temps, nous étudierons un cas clinique permettant d'illustrer les données théoriques préalablement étudiées. Finalement, nous croiserons l'analyse clinique et la théorie afin de répondre à la problématique et d'en définir les limites.

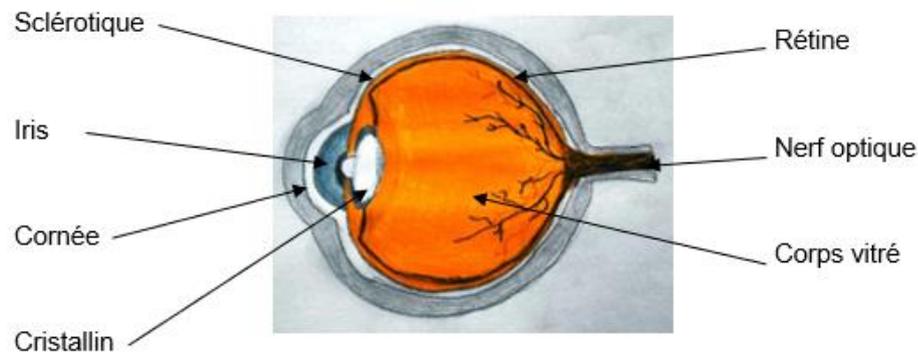
## A. Partie théorique

### I. La déficience visuelle et la cécité

#### 1. Le fonctionnement du système visuel

Le système visuel est composé de différentes structures qui permettent d'acheminer l'information visuelle des récepteurs jusqu'au cortex visuel, où les informations seront analysées (cf. figure 1).

##### a. Anatomie de l'œil



**Figure 1 : Structures impliquées dans la vision**

Schéma dessiné par mes soins et inspiré du centre d'ophtalmologie OPH78

(*L'anatomie de l'œil par Centre d'Ophtalmologie OPH78 - Yvelines. Le Port Marly, s. d.*)

Avant d'atteindre le nerf optique, l'information lumineuse traverse diverses structures : cornée, humeur aqueuse, iris, cristallin, corps vitré, etc. Voici les principaux éléments de la vision au niveau de l'œil :

La sclérotique (communément nommé blanc de l'œil) est la membrane externe à laquelle s'attache les muscles extrinsèques de l'œil. En continuité de cette couche, sur la partie antérieure de l'œil, se trouve la cornée. C'est le premier élément qui permet la réfraction. Elle permet de focaliser les images sur la rétine. La cornée n'est pas vascularisée (*L'anatomie de l'œil par Centre d'Ophtalmologie OPH78 - Yvelines. Le Port Marly, s. d.*).

L'iris est une membrane contractile qui modifie le diamètre de la pupille selon la luminosité. La pupille est l'orifice central de l'iris (*L'anatomie de l'œil par Centre d'Ophtalmologie OPH78 - Yvelines. Le Port Marly, s. d.*).

Le cristallin constitue le deuxième élément réfractif de l'œil. C'est une lentille biconvexe qui, comme la cornée, est transparent et non vascularisé. Le cristallin contribue à l'accommodation, il permet, en se contractant, d'adapter la vision pour voir l'objet regardé de façon nette quelle que soit la distance à laquelle il se situe (*L'anatomie de l'œil par Centre d'Ophtalmologie OPH78 - Yvelines. Le Port Marly, s. d.*).

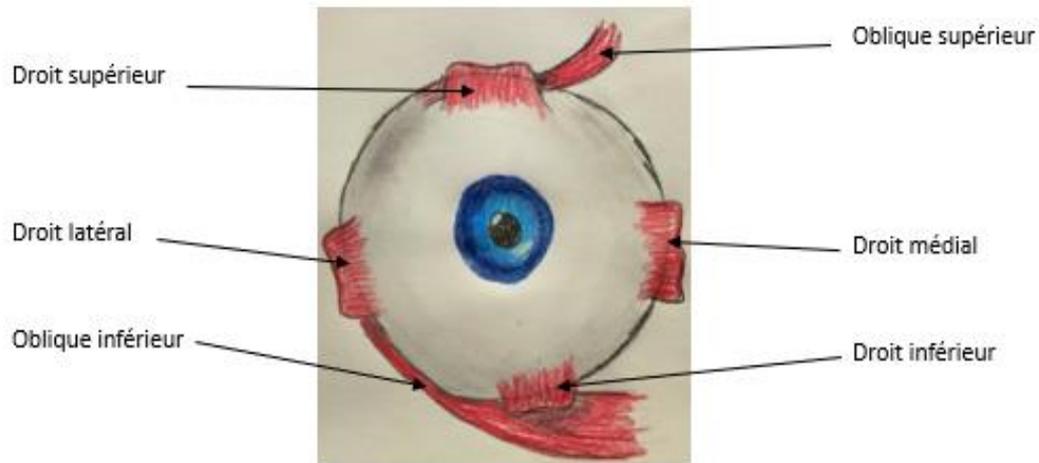
La rétine : la rétine transforme la lumière en signaux électriques grâce aux nombreuses cellules nerveuses qui la composent. Avant d'atteindre les photorécepteurs, la lumière doit en effet traverser des couches de cellules nerveuses (cellules horizontales, bipolaires, amacrines et ganglionnaires). Elle se divise en 2 parties (Watrigant & Panien, 2020) :

- La fovéa est la région centrale de la rétine, elle est donc responsable de la vision centrale. C'est dans la fovéa que se situent les cônes, photorécepteurs permettant la vision des couleurs et la perception des formes. Il existe trois types de cônes, chacun sensible à une couleur : les verts, les bleus et les rouges. L'acuité visuelle de la fovéa est élevée. La vision centrale est photopique : les cônes sont sensibles à une grande quantité de lumière et sont ainsi associés à la vision diurne. La fovéa permet la fixation oculaire<sup>1</sup>, les poursuites<sup>2</sup> et participe également aux vergences<sup>3</sup> (Watrigant & Panien, 2020.).
- La rétine périphérique représente 90% de la rétine. C'est un système archaïque. Les photorécepteurs de cette région sont les bâtonnets, ils sont sensibles à une faible intensité lumineuse, permettant la vision nocturne (vision scotopique). Les bâtonnets ne sont pas sensibles aux couleurs, mais au mouvement. L'acuité visuelle de la rétine périphérique est de 1/10<sup>e</sup>. Elle a un rôle d'alerte, contribue à l'attention aux mouvements et est à l'origine des postures asymétriques du bébé grâce au réflexe d'orientation. Elle occupe un rôle dans la régulation tonique et posturale lors de l'apprentissage de nouvelles habiletés motrices (lors du développement ou à tout âge lors de l'apprentissage d'un sport). Elle participe aux mouvements de saccade<sup>4</sup> et de vergence. Elle permet à la vision centrale d'anticiper la fixation en lui fournissant des informations visuelles sur l'environnement périphérique (Watrigant & Panien, 2020).

La coordination entre vision centrale et périphérique devient fonctionnelle vers 3 mois (Watrigant & Panien, 2020).

---

<sup>1 2 3 4</sup> Cf. annexe A



**Figure 2 : Les muscles oculomoteurs**

Schéma dessiné par mes soins et inspiré du site internet du centre Visiopôle du Beaujolais

(Visiopôle du Beaujolais, s. d.)

La motricité de l'œil est assurée par 6 muscles oculomoteurs (par œil) (cf. figure 2). Ces muscles sont innervés par des nerfs crâniens (Watrigant & Panien, 2020). Le nerf oculomoteur (III) innerve le droit supérieur, droit médian, droit inférieur et oblique inférieur (ainsi que l'élévateur de la paupière). Le nerf oculomoteur permet ainsi les mouvements d'élévation de l'œil, d'adduction, l'abaissement et de rotation latérale vers le bas. Le nerf trochléaire (IV) innerve le muscle oblique supérieur, muscle responsable de la rotation latérale de l'œil vers le haut. Le nerf abducens (VI) innerve le muscle droit latéral, permettant les déplacements latéraux vers l'extérieur (Stroobants, 2018).

#### *b. Trajet de l'information visuelle*

La lumière entre dans l'œil ; son intensité, faisant varier la taille de la pupille, est régulée par l'iris. La lumière traverse ensuite le cristallin et le corps vitré, qui permet par ses propriétés de gel de maintenir la rigidité et l'élasticité du globe oculaire. Puis elle atteint les cellules photoréceptrices de la rétine : les cônes et les bâtonnets. Les cellules ganglionnaires, cellules de la rétine reliées aux photorécepteurs, transforment alors le message lumineux en message électrique, si la stimulation des photorécepteurs est suffisante. Le message nerveux sera transmis au cerveau par le nerf optique (GuideVue2024, s. d.). Les deux nerfs optiques se rejoignent au niveau du chiasma optique. On distingue 2 voies visuelles différentes (Marendaz, 2009) :

- La voie rétino-corticale représente 90% des fibres du nerf optique. Ces fibres passent par le corps genouillé latéral pour rejoindre le cortex occipital (cortex visuel). Celui-ci réalise l'analyse visuelle de l'hémichamp controlatéral au cortex dû à la

décussation des fibres nasales au niveau du chiasma optique. Cinq aires composent le cortex visuel. Elles permettent de reconstituer l'image grâce aux informations transmises par les photorécepteurs. Nous retrouvons le cortex visuel primaire, qui analyse les informations comme la forme, le mouvement et la couleur avant de les redistribuer au cortex visuel secondaire. Chaque aire du cortex visuel secondaire traite des informations spécifiques (cf. annexe B) (Dubuc, s. d.). La voie rétino-corticale se subdivise alors en deux pour former les voies ventrales et dorsales. Celles-ci seront détaillées ultérieurement dans ce mémoire (cf. A. II. 2. b.) (Watrigant & Panien, 2020).

- La voie visuelle archaïque (10% des fibres) : les fibres de cette voie plus ancienne se projettent sur le colliculi supérieur (qui permet les mouvements rapides du regard) ainsi que sur l'amygdale (siège de l'émotion). Selon C. Marendaz (2009), cette voie serait responsable de la vision des émotions. L'amygdale permettrait de décrypter les expressions faciales. Avant d'atteindre le corps géniculé latéral, 10% à 20% des fibres quittent la voie visuelle principale pour se projeter dans les aires visuelles secondaires et le lobe pariétal. Elles permettent la vision « implicite ». Grâce à cette voie, certaines personnes atteintes de cécité bilatérale peuvent percevoir les mouvements, éviter les obstacles et percevoir le rythme nyctéméral (Watrigant & Panien, 2020).

## 2. Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la déficience visuelle dans la onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11), comme une atteinte de l'œil impactant l'acuité visuelle de près ou de loin (*ICD-11 For Mortality And Morbidity Statistics*, s. d.). Elle distingue :

- «- la déficience affectant la vision de loin :
  - légère c'est-à-dire avec une acuité visuelle corrigée inférieure à 6/12,
  - modérée c'est-à-dire avec une acuité visuelle corrigée inférieure à 6/18,
  - sévère c'est-à-dire avec une acuité visuelle corrigée inférieure à 6/60,
  - cécité c'est-à-dire avec une acuité visuelle corrigée inférieure à 3/60,
- la déficience affectant la vision de près. » (Cherchons pour voir, 2020, paragr. 4).

Nous pouvons différencier plusieurs types de cécités. En effet, certains individus peuvent compter les doigts de l'examineur lorsque celui-ci est situé à un mètre de lui

(nous pouvons alors parler de perte visuelle profonde) alors que d'autres conservent uniquement la perception lumineuse (perte quasi-totale). Un troisième type de cécité se caractérise par l'absence totale d'informations visuelles, comprenant l'absence de perception de la lumière (perte totale) (*ICD-11 For Mortality And Morbidity Statistics*, s. d.).

Une personne est considérée non-voyante par la législation française si, après correction de l'œil qui voit le mieux, son acuité visuelle est inférieure ou égale à 1/20. L'OMS prend également en compte le champ visuel de la personne pour la qualifier comme atteinte de cécité (champ visuel inférieur à 5°) (*Le champ visuel, grand oublié de la déficience visuelle*, 2021).

L'acuité visuelle renvoie à la précision de la vision. C'est la capacité à distinguer deux points. Le champ visuel correspond à l'espace perçu par l'œil, lorsqu'il est immobile. (Lama, 2020).

La déficience visuelle peut être progressive, congénitale ou acquise. Elle peut survenir à tout âge, mais la majorité des sujets touchés ont plus de 50 ans. Si elle est précoce, le développement psychomoteur sera alors impacté, l'enfant n'ayant pas accès à l'image mentale pour se représenter un concept (*Cécité et déficience visuelle*, s. d.). Si la déficience visuelle est tardive, moins d'impacts seront retrouvés au niveau du développement car les représentations du sujet peuvent se baser sur sa vision antérieure et être enrichies par le sens tactile. En effet, les individus ont déjà expérimenté les coordinations multisensorielles qui favorisent la compréhension de l'environnement (Ballouard, 2018).

### 3. Etiologie

Les causes de la déficience visuelle et de la cécité peuvent être nombreuses. En effet, l'atteinte d'une des structures du système visuel peut entraîner des conséquences graves sur la qualité de la vision. Nous pouvons ainsi retrouver des atteintes oculaires, des atteintes visuelles isolées ou associées ou encore des atteintes des voies visuelles ou du cortex occipital (Watrigant & Panien, 2020).

Certaines pathologies s'expriment in utero, la déficience visuelle peut alors être génétique ou infectieuse. Plus tard, diverses atteintes sont susceptibles d'être responsables de déficience visuelle chez l'enfant : des lésions corticales (par exemple à cause d'une hypoxie), des atteintes des noyaux gris centraux, l'atrophie des nerfs optiques, des atteintes rétiniennes, une rétinopathie pigmentaire causée par la dégénérescence des

photorécepteurs ou encore des traumatismes craniocérébraux (retrouvés par exemple dans le syndrome des enfants secoués) (Watrigant & Panien, 2020).

#### 4. Quelques chiffres

L'OMS (2023) recense 2.2 milliards de personnes ayant une déficience visuelle (vision de près ou de loin) dans le monde. Par des mesures de prévention, au moins 1 milliard de ces personnes auraient pu éviter cette situation ou être pris en charge.

Dans le domaine de la santé publique, la déficience visuelle entraîne un coût mondial important estimé à 411 milliards de dollars par an (World Health Organization : WHO, 2023).

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), 30% à 50% des déficiences visuelles de l'enfant sont dues à des pathologies génétiques. Les pathologies de la rétine représentent 21% à 40% des causes de déficience visuelle sévère ou de cécité chez l'enfant. Parmi elles, les dystrophies rétiniennes héréditaires représentent « 8.4% des causes de cécité » (Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 2002, p. 181). Les enfants en situation de cécité représentent 4% de la population non-voyante (Denis et Wary, 2017). « La prévalence de la cécité de l'enfant [est] de 0,10 à 0,5/1000 dans les pays européens. » (Denis et Wary, 2017, chapitre 1).

En France, nous estimons que 1.7 million de personnes seraient atteintes d'un trouble visuel. « 1 personne aveugle ou malvoyante naît toutes les 15 heures » (Fédération des aveugles et amblyopes de France. s. d., « Les chiffres sur la cécité en France »). « En France, 10 000 personnes aveugles sont scolarisées chaque année. » (Fédération des aveugles et amblyopes de France, s. d., « Education pour aveugles et malvoyants »).

#### 5. Diagnostic et prise en charge de la déficience visuelle

La cécité est un handicap sensoriel ; son diagnostic médical est effectué par un ophtalmologue. Durant l'enfance, les bilans visuels sont systématiques à la naissance, à 2 mois, 4 mois, entre 9 et 15 mois et entre 2 et 4 ans. Les tests des troubles de la vision sont dépendants des signes d'appels. Le repérage de ceux-ci peut être fait dans un premier temps par les parents, le médecin traitant ou le pédiatre. Des dépistages sont alors faits par les ophtalmologues (cf. annexe C) (Groupe de travail HandiConnect « déficience visuelle », 2020).

Différentes structures peuvent accompagner les enfants et adolescents en situation de handicap visuel. Entre 0 et 6 ans, le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) permet de dépister un déficit sensoriel, moteur ou cognitif. L'accompagnement médical et paramédical dispensé par une équipe pluridisciplinaire (psychomotriciens, kinésithérapeutes, médecins, orthoptistes...) permet dans le cadre de la cécité de prévenir le retentissement ou l'aggravation du déficit sensoriel sur le développement psychomoteur. Le CAMSP offre aussi soutien et conseils à la famille (Association nationale des parents d'enfants aveugles et malvoyants, avec ou sans troubles associés [ANPEA], 2019).

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) peut notifier l'accès des enfants handicapés visuels au Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD). Nous pouvons trouver différents types de SESSAD qui peuvent accompagner ces jeunes. Le Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce (SAFEP) est composé d'une équipe pluridisciplinaire qui accompagne le développement de l'enfant déficient visuel et ou auditif de 0 à 3 ans par des activités de groupe ou individuelles. Les interventions se déroulent sur le lieu de vie de l'enfant (crèche, maison, halte-garderie...). Les professionnels conseillent l'entourage et proposent de la guidance parentale. Par la suite, le Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à la Scolarisation (SAAAS) prend en charge les enfants déficients visuels de plus de 3 ans. Le SAAAS permet de soutenir les compétences scolaires, de favoriser l'autonomie au quotidien et les compétences socio-professionnelles par des actions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques en classe, dans les locaux du service ou au domicile (Association nationale des parents d'enfants aveugles et malvoyants, avec ou sans troubles associés [ANPEA], 2019).

Des établissements spécialisés permettent la scolarisation des enfants en situation de déficience visuelle. Les instituts d'éducation sensorielle et Instituts de Jeunes Aveugles mettent l'acquisition des connaissances scolaires au premier plan. Un accompagnement médical, paramédical, et éducatif est aussi proposé pour favoriser l'autonomie et l'utilisation des capacités des jeunes en situation de cécité. Par ailleurs, des établissements assurent des formations professionnelles comme des Certificats d'Aptitude Professionnelle (CAP), bacs professionnels et Brevets de Technicien Supérieur (BTS). Les Instituts Médico-Educatifs (IME) puis les Instituts Médico-Professionnels (IMPro) sont adaptés à la prise en charge de la déficience visuelle avec handicap associé. Ils offrent des temps scolaires, éducatifs et de soins avec des professionnels paramédicaux pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents en accompagnant leur autonomie au quotidien. L'IMPro permet la formation professionnelle en vue d'une insertion en milieu protégé (CFRP Valentin Haüy, 2023).

Les Equipes Relais Handicap Rare (ERHR) conseillent la famille et les professionnels accompagnant les jeunes en situation de cécité pour réaliser des interventions adaptées aux besoins de l'enfant. Les Centres Ressources Nationaux pour les Handicaps Rares (CNRHR) organisent sur l'ensemble du territoire des actions de soutien, de formation et d'aide dont peuvent bénéficier les personnes en situation de handicap. Pour le handicap visuel, nous pouvons notamment trouver le centre national de ressources handicaps rares surdicécité (CRESAM) et le centre national de ressources La Pépinière (Association nationale des parents d'enfants aveugles et malvoyants, avec ou sans troubles associés [ANPEA], 2019).

## 6. Les impacts sur le développement de l'enfant

Dans ce mémoire et notamment dans cette partie, je vais aborder le cas de la cécité congénitale. L'individu est alors né non-voyant et n'a jamais perçu d'informations visuelles.

La vue, en plus d'être le « sens spatial par excellence » (Hatwell, 2006, paragr. 1), est support de mouvements, redressements et changements de position chez l'enfant. Elle apporte des informations en continu, permettant de percevoir l'environnement. On remarque chez les enfants atteints de déficience visuelle un retard psychomoteur qui survient en général vers 3 mois (Ballouard, 2018) (cf. annexe D).

### a. Au niveau moteur

Pour A. Bullinger (2004), le développement tonico-postural est régulé par :

- Le milieu humain, via le dialogue tonique (Wallon, 1945) ;
- Les différentes postures : les postures symétriques témoignent d'un comportement de défense avec une augmentation de l'hypotonie axiale et de l'hypertonie segmentaire. Les postures asymétriques reflètent une répartition tonique différente selon les hémicorps et améliorent le contrôle de la tête ;
- Les flux sensoriels<sup>5</sup>, qui font varier l'état tonique entre :
  - La fonction d'alerte (recrutement tonique global) ;
  - La fonction d'orientation (corps orienté vers la source sensorielle) ;
  - Le traitement de la distance (les mouvements actifs reliant les différentes postures) ;
  - Les conduites de consommation (manipulation, exploration).

---

<sup>5</sup> Cf. annexe A

Pour A. Bullinger (2004), c'est notamment le flux visuel qui permet la régulation tonique. Il permet en effet d'identifier l'objet d'alerte, de le regarder, d'évaluer la distance avec celui-ci et d'adapter ses actions pour pouvoir manipuler ou explorer d'avantage ces objets. Ainsi, l'enfant déficient visuel ne peut pas réguler son tonus par ce flux, ce qui peut entraîner un maintien de l'hypotonie par manque de mobilisation.

On peut également observer un trouble de la régulation tonique penchant vers l'hypertonie chez ces enfants car, par manque d'informations pour identifier l'environnement, ils sont constamment en état d'alerte, témoignant d'une hypervigilance (Ballouard, 2018).

Par la suite, ces difficultés de régulation tonique vont impacter le redressement et les coordinations. En décubitus ventral, l'enfant n'ayant pas de stimulation visuelle, il ne trouvera pas la motivation nécessaire au redressement de la tête. Le maintien de la tête est acquis vers 6-7 mois contre 3 mois chez l'enfant voyant (Ballouard, 2018).

De plus, un tonus inadapté freine l'expérimentation des balancements et des appuis nécessaires au redressement et aux retournements. Nous observons peu de croisements de l'axe. Entre 8 et 12 mois, l'enfant non-voyant peut s'appuyer sur ses coudes en décubitus ventral mais n'est pas assez tonique pour s'asseoir, alors que la norme se situe autour de 9 mois pour la station assise. L'absence de redressement est retrouvée en position assise, le dos de l'enfant est alors cyphosé (Caffier & Panien, 2017).

L'enfant déficient visuel n'explore en général pas tous les Niveaux d'Evolution Motrices décrits par Le Métayer (1993). Par exemple, le ramper et le quatre-pattes sont rarement expérimentés. Plaçant la tête en premier, ces déplacements constituent un danger pour ces enfants (la tête est la première à rencontrer l'environnement). La stratégie de déplacement privilégiée est alors sur les fesses (Caffier & Panien, 2017).

Entre 12 et 18 mois, l'enfant en situation de cécité congénitale peut se déplacer debout avec appuis. Cependant, il fournit peu de mouvements car l'absence de destination entraîne un manque de projet moteur (pas de perception de l'environnement lointain). Entre 16 et 24 mois, il sera en mesure de se déplacer de façon autonome sur sollicitation (Caffier & Panien, 2017). Cette marche émergera entre 8 et 9 mois après l'acquisition de la marche tenue, alors qu'elle est acquise après 3 mois de marche tenue chez un enfant voyant (Ballouard, 2018). Bien qu'elle soit réalisée en autonomie la marche reste peu déliée, à petits pas et les changements d'appuis sont rapides afin de garder un contact maximal avec le sol. Ce contact permet notamment aux pieds de détecter un changement de texture du sol (Boulier, 2023).

Entre 2 et 3 ans, les déplacements restent lents dans les lieux inconnus, l'enfant prêtant attention à son environnement par ses sens disponibles. Nous pouvons observer une marche raide avec une absence de balancements des bras. Les pieds restent un maximum au sol et le polygone de sustentation est large pour faciliter l'équilibre (Caffier & Panien, 2017).

L'enfant non-voyant explore non seulement moins l'environnement dans ses déplacements, mais il utilise également moins ses mains. Nous pouvons parler de mains « aveugles » (Fraiberg, 1977, dans Hatwell, 2003, paragr. 4). Le réflexe d'agrippement est bien présent, cependant, les activités manuelles spontanées sont peu nombreuses. L'enfant n'a pas de motivation pour saisir l'objet. En effet, entre 3 et 5 mois, l'enfant voyant va attraper des objets : c'est la coordination vision-préhension (Corbetta et al., 2012). Etablie plus tardivement, la coordination auditivo-préhension se finalise aux alentours de 8 mois chez l'enfant voyant. Toutefois, l'enfant aveugle a tendance à stopper ses mouvements lorsqu'il écoute, ce qui peut retarder la mise en place de cette coordination (Caffier & Panien, 2017). La coordination auditivo-préhension est fonctionnelle vers 1 an pour l'enfant non-voyant (Fraiberg, 1977, dans Hatwell, 2003).

Les frottements latéraux pour découvrir les objets sont réalisés entre 17 et 21 mois chez l'enfant aveugle, contre une moyenne comprise entre 0 et 6 mois chez l'enfant voyant (Ballouard, 2018). La recherche d'un objet tombé des mains apparaît vers 16 mois chez le sujet privé de la vue, et entre 6 et 7 mois chez l'enfant voyant (Hatwell, 2003).

Entre 8 et 12 mois, la préhension de l'enfant non-voyant est encore palmaire. La bouche est toujours un point de relais entre les hémicorps droit et gauche bien que l'enfant soit capable de faire passer un objet d'une main à l'autre. A cet âge, l'enfant voyant acquiert la pince fine pouce-index (Caffier & Panien, 2017).

Une autre particularité régulièrement remarquée chez ces enfants est l'absence d'exploration de leurs pieds en décubitus dorsal. En effet, les pieds ne sont pas amenés à la bouche et ont, au contraire, une fonction d'exploration de l'espace.

Entre 8 et 12 mois, des particularités motrices nommées blindismes peuvent apparaître. Ces mouvements stéréotypés sont par exemples des balancements ou des mouvements des mains à proximité des yeux (Caffier & Panien, 2017).

#### *b. Au niveau cognitif*

Sans regard, l'attention conjointe se voit altérée : il est difficile de savoir sur quoi l'enfant non-voyant porte son attention puisqu'il ne fixe pas des yeux sa cible attentionnelle (*Les pré-requis: : Orthophonie-deficiences visuelle*, 2016).

Comme dit précédemment, ces enfants manipulent peu, leurs mains étant qualifiées « d'aveugles » (Fraiberg, 1977 dans Hatwell, 2003, paragr. 4). Ils ne vont ainsi pas chercher l'objet absent. Cela retarde l'acquisition de la permanence de l'objet. Ils prennent conscience de l'existence de l'objet absent entre 12 et 15 mois (contre 8-12 mois chez l'enfant voyant) (Ballouard, 2018).

L'imitation est déficitaire car il n'y a pas de représentation du mouvement de l'autre, ce qui se répercute sur les habiletés motrices ainsi que sur l'autonomie. Par exemple, la mastication s'initie sur imitation tout comme l'alimentation autonome. L'enfant privé de vision commence à manger seul entre 18 mois et 2 ans alors que l'enfant voyant désire manger seul entre 12 et 18 mois. Les lacunes en imitation impactent également la communication non-verbale. Nous pouvons remarquer la pauvreté des expressions faciales, l'incapacité de percevoir les mimiques, les gestes communicatifs et la posture de l'autre (*Les pré-requis: : Orthophonie-déficience visuelle*, 2016).

Nous pouvons également observer un retard d'apparition du langage. Bébé, l'enfant aveugle préfère émettre des sons quand il est seul, écoutant les autres lorsqu'il est entouré. En grandissant, il peut être difficile pour ces enfants d'enrichir leur langage. Tout d'abord, l'hypotonie axiale que nous avons observée peut entraver l'articulation. Puis, nous pouvons constater que, en général, lorsque les enfants voyants pointent un objet, l'adulte le nomme. C'est ainsi que les enfants se créent des représentations de l'environnement, associant chaque chose à un mot (Caffier & Panien, 2017). Mais les enfants privés de vision ne peuvent pas pointer l'objet : ils ne perçoivent pas l'objet par la vue et, comme ils n'ont pas accès à l'imitation, ils n'ont pas conscience que le pointage permet de désigner quelque chose (Martinez, 1977). Les parents n'enrichissent alors pas forcément le vocabulaire de leurs enfants, ne nommant pas tout ce qu'il peut percevoir par ses autres sens. De plus, il sera nécessaire d'offrir une longue durée de manipulation à ces enfants afin qu'ils puissent se représenter tactilement l'objet (Caffier & Panien, 2017).

Enfin, chez l'enfant aveugle, la mémoire des situations et la mémoire sensorielle permettent de reconnaître l'environnement entre 8 et 12 mois. Par exemple, la recherche des câlins peut se faire grâce aux mémoires tactile et olfactive (Caffier & Panien, 2017).

### *c. La construction des repères*

L'expérience visuelle facilite l'organisation des relations spatiales. Ainsi, les informations vicariantes (apportées par les autres sens) sont indispensables pour la perception d'un environnement global (Baltenneck, 2010). S. Portalier définit la vicariance

comme « une entité conceptuelle ou un organe qui supplée, par son propre fonctionnement, à l'insuffisance fonctionnelle d'un autre. » (2014, paragr. 34).

Entre 3 et 4 mois, l'enfant non-voyant perçoit son environnement par un ensemble de stimulations sensorielles. Par exemple, l'espace de la salle de bain peut être associée aux odeurs de savon et au bruit de l'eau qui coule mais également au contact avec l'adulte lors des soins (Caffier & Panien, 2017). Nous pouvons ainsi remarquer l'importance de l'ouïe, du toucher et de l'odorat.

La perception et la représentation spatiale peuvent être impactées par la cécité. Néanmoins, 10% à 20% des aveugles précoces se repèrent spatialement comme des voyants, via l'ouïe et le sens tactile qui sont des sens spatiaux. L'ouïe permet de localiser la source sonore dans l'espace lointain ou proche et le toucher permet de se représenter l'espace proche, autrement nommé espace de préhension (Hatwell, 2006). Celui-ci s'agrandit et évolue avec l'espace de locomotion : les objets autour de nous varient selon nos déplacements. Chez l'enfant voyant, la vision se coordonne à ces modalités sensorielles pour former un environnement compréhensible. Son absence peut entraîner une incompréhension de l'environnement, alors perçu comme morcelé (Caffier & Panien, 2017).

Selon S. Millar (1988), les personnes malvoyantes ont une plus longue période d'égoцентризм spatial : les repères sont corporels, égoцентриés. Par exemple, si une chaise est à côté de la table mais derrière la personne, il faudra préférer le deuxième indigage car le premier insinue que la personne sait où se trouve la table. Il reste alors plus longtemps son propre référentiel spatial (Ballouard, 2018). De plus, il est plus difficile pour les non-voyants de se représenter les conséquences de leurs déplacements (Baltenneck, 2010).

L'enfant privé de vision reconstitue son corps beaucoup plus lentement. Pour cela, il se base sur ses expériences motrices et sur les stimulations sensorielles disponibles. En effet, il ne bénéficie pas de l'expérience du miroir ou de sa vision propre pour percevoir son corps comme unifié et découvrir par la richesse de la vue ses différentes parties et leur façon de s'articuler. De plus, l'impossibilité de percevoir le corps de l'autre en mouvement impacte sa capacité à savoir comment mobiliser son propre corps (Boulier, 2023).

Tout cela peut être différent si la cécité est acquise car la vision a dans ce cas déjà offert des représentations de l'espace, des objets et du corps.

## II. Le schéma corporel

### 1. La notion de schéma corporel

Le schéma corporel, notion appartenant tout d'abord à la neurologie et la médecine, est par la suite devenu un terme utilisé en psychologie (Boutinaud, 2017). Initialement nommé ainsi par P. Bonnier (1902), le schéma corporel représentait alors les différents éléments de la somatognosie ainsi que les représentations du corps.

Cette notion est aussi pensée par H. Head (1920), qui le définit comme une représentation inconsciente du corps. Il représente un standard postural constamment remanié. Des troubles du schéma corporel commencent alors à prendre leur signification, décrits comme des troubles de la somatognosie. Nous retrouvons par exemple le phénomène du membre fantôme, des troubles de négligence corporelle ou encore des apraxies (Boutinaud, 2017).

Des progrès scientifiques permettent ensuite de situer dans le cerveau le schéma corporel au niveau du carrefour temporo-pariéto-occipital (Boutinaud, 2017).

Le schéma corporel fait son entrée en psychologie avec H. Wallon (1943) stipulant que celui-ci est une étape fondamentale à la conscience de soi. Selon lui, cette représentation du corps n'est pas innée. En effet, pour H. Wallon, le schéma corporel et donc la conscience de son corps différencié de l'environnement, se développe grâce aux multiples afférences visuelles de l'enfant ainsi que par le développement de sa motricité. Il ajoute également l'importance de l'environnement, la notion se construisant pour lui dans l'interaction et la relation avec ses pairs et sa famille (Boutinaud, 2017).

Puis, J. De Ajuriaguerra (1970) définit le schéma corporel comme nous l'avons vu en introduction. C'est alors une « construction active » (Boutinaud, 2017, p. 149) qui s'appuie sur des afférences sensorielles multiples pour fournir un cadre spatial à nos actions et nos sensations (Boutinaud, 2017, p. 149).

En psychanalyse, le schéma corporel est pensé comme le lien entre monde extérieur et monde intérieur : c'est une synthèse des perceptions qui nous permet d'exercer une maîtrise sur notre environnement (Boutinaud, 2017).

## 2. Généralités

### a. Définitions

En nous appuyant sur l'ensemble des visions du concept de schéma corporel, nous pouvons finalement le définir comme la représentation inconsciente de notre corps dans l'espace, basée sur l'ensemble des sensations intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives perçues à un instant T. Cette perception, enrichie par nos sensations, nous permet d'adapter nos actions à l'environnement. Le schéma corporel est une représentation plastique, mais aussi très stable « puisqu'il résiste aux modifications traumatiques » (Morin, 2013, p. 22) : même après une amputation, les personnes peuvent se représenter un corps entier.

Le schéma corporel se distingue de l'image du corps, bien qu'ils soient régulièrement confondus. L'image du corps est liée au vécu du sujet et à son histoire. (Dolto, 1984). Pour P. Schilder (1999), l'image du corps représente « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » (Jeannerod, 2010, paragr. 1), selon nos expériences personnelles et nos perceptions.

D'autres notions sont liées au schéma corporel, telles que la proprioception, la somatognosie ou encore la conscience du corps. Selon C. Sherrington (1906), la proprioception, autrement appelée sensibilité profonde, représente notre capacité à nous percevoir sans avoir besoin de la vision. La somatognosie est la connaissance des différentes parties de son corps. La conscience du corps est une « mémoire consciente et inconsciente des sensations et des émotions [et] est le résultat des échanges entre l'organisme et l'extérieur, physique et humain. [...] Elle constitue une évidence, le repère indispensable au sentiment de soi. » (Saint-Cast & Boscaini, 2012, p. 26).

### b. La voie du « où » et du « comment »

Le schéma corporel nous permet de percevoir notre corps et son orientation dans l'espace. Il répond aux questions « comment » et « où » en donnant des informations sur notre posture. Il contribue à la localisation spatiale de chacun de nos segments corporels (Busschaert et al., 2015).

Au niveau du système visuel, nous pouvons distinguer deux voies rétino-corticales spécifiques aux représentations du corps (Schneider, 1969) :

- La voie ventrale, constituant le système de reconnaissance de la forme. Elle concerne les fibres qui passent par le cortex temporal avant de rejoindre le cortex

occipital. Cette voie, étant définie comme celle de l'image du corps, répond à la question « quoi » et permet d'identifier les objets.

- La voie dorsale, qui regroupe les fibres rejoignant le cortex occipital en passant par le cortex pariétal, permet de localiser un objet (répond à la question « où ? »). A. D. Milner et M. A. Goodale (1992) ajoutent que cette voie permet également de répondre à la question « comment ? ». Elle nous permet de savoir comment organiser notre action pour agir sur l'environnement. Le schéma corporel est représenté par cette voie puisqu'elle permet de savoir où trouver les objets dans l'espace et comment adapter nos gestes pour les atteindre (Busschaert et al., 2015).

### *c. Le couplage perception/action et les neurones miroirs*

Le schéma corporel regroupe l'ensemble des informations du corps en action (informations intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives), ce qui est nécessaire à la planification et l'ajustement du mouvement. Comme ces informations varient en fonction du milieu qui nous entoure et de notre motricité, le schéma corporel représente une construction plastique qui doit être réactualisée en permanence. De plus, nous percevons l'environnement selon nos capacités à agir dessus. Deux personnes avec des habiletés motrices et perceptives différentes perçoivent ainsi un monde différent (Witt, 2011).

Nous pouvons agir et interagir avec notre environnement grâce au couplage entre la perception et l'action. Selon J.J. Gibson (1979, p. 127-137), c'est en percevant les objets que nous pouvons agir dessus. C'est le principe d'affordance : nous percevons la fonction et l'utilité d'un objet par nos sens. Pour S. Portalier, (2014) l'affordance est un pilier chez le sujet déficient visuel, car celui-ci a la capacité de trouver l'utilité d'un objet en utilisant un sens annexe. Il peut par exemple découvrir un objet par le toucher, contrairement aux voyants qui peuvent le faire directement par la vue.

Ce couplage entre la perception et l'action prend aussi support sur la perception de l'autre en train de faire l'action. Cela passe alors par le canal visuel. L'information se projette sur les aires visuelles primaires (cortex occipital : perception de la forme), puis sur les aires visuelles secondaires (via la voie ventrale et la voie dorsale). Le principe des neurones miroirs prend alors sa signification. Ces neurones s'activent lorsque le sujet réalise l'action, voit quelqu'un la réaliser et quand il s'imagine la réaliser. Ceux-ci participent à l'élaboration du schéma corporel. C'est grâce à ces neurones que nous pouvons comprendre une action avant de la réaliser. Cela favorise ainsi le processus d'imitation (Fontan, 2017). Pour l'enfant aveugle, ce processus de miroir et d'imitation doit passer par un autre canal que le regard, par exemple le toucher ou les verbalisations (Winnicott, 1975).

Bien que la perception permette l'action, le couplage se réalise également dans l'autre sens. Comme l'environnement, l'action est perçue différemment selon nos habiletés motrices. Nous la décryptons alors plus aisément via les neurones miroirs si nous sommes déjà familiers avec cette action ou des actes semblables (Fontan, 2017).

### 3. Les différents stades d'acquisition du schéma corporel

Parallèlement à la maturation neurologique, le schéma corporel se développe. La maturation cérébrale se déroule dans le sens postéro-antérieur. Ainsi, les aires sensorielles sont les premières matures (Fontan, 2017). Le schéma corporel se développe selon différents stades qui dépendent des capacités de l'enfant (Staes & De Lièvre, 2000).

De 0 à 3 mois, le corps est dit « subi » (Staes & De Lièvre, 2000, p. 19). Le bébé est dépendant de son entourage pour l'ensemble de ses actes. Il a une perception de son corps qui est morcelée : chaque modalité sensorielle est perçue de façon indépendante. Sa motricité est réflexe ; elle évoluera peu à peu vers une motricité volontaire grâce à la maturation de son système nerveux (Staes & De Lièvre, 2000).

En grandissant, la perception du corps évolue de 3 mois à 3 ans jusqu'à un « corps vécu » (Staes & De Lièvre, 2000, p. 20). Cela correspond à la période sensori-motrice décrite par Piaget : l'enfant accumule les expériences sensorielles et motrices qui lui permettent, par la répétition, de mieux maîtriser son corps. A cet âge, l'enfant commence à connaître son corps, il le perçoit de façon plus unifiée, ce qui lui permet de pouvoir agir sur son environnement en adaptant ses gestes et postures (Staes & De Lièvre, 2000).

De 3 à 7 ans, le corps est « perçu » (Staes & De Lièvre, 2000, p. 22). L'enfant prend peu à peu conscience de son corps dans l'espace. Le processus de latéralisation permet d'organiser l'environnement en deux espaces distincts (droit et gauche). L'enfant peut donc s'orienter et orienter les objets dans l'espace en prenant son corps comme référentiel. A partir de 5 ans, le corps devient « agi » (Staes & De Lièvre, 2000, p. 22), ce qui traduit la capacité à améliorer un geste et le corriger grâce aux feedbacks sensoriels qui lui ont renvoyés lors de son exécution (Staes & De Lièvre, 2000).

Enfin, le « corps connu » (Staes & De Lièvre, 2000, p. 23) se développe jusqu'à 12 ans. La conscience du corps est enrichie par la connaissance topologique de celui-ci, ce qui favorise sa représentation mentale. En analysant le dessin du bonhomme, nous pouvons en effet voir émerger un plus grand réalisme du corps (distinction des différents segments corporels, apparition des articulations, proportions respectées) (Staes & De Lièvre, 2000).

Nous pouvons remarquer que la construction du schéma corporel est intimement liée à celle de l'espace, qui a aussi été étudiée par L. Staes et B. De Lièvre (2000) selon les étapes décrites précédemment (espace subi, vécu, perçu et représenté ou connu).

La somatognosie évolue également avec l'âge (cf. annexe E). Dès 3 ans, l'enfant peut identifier certaines parties de son corps (Busschaert et al., 2015). R. Soppelsa (2018) décrit trois étapes clés de la connaissance de soi. La proto-connaissance de soi correspond à la connaissance de soi durant l'action. Les nouveau-nés sont capables d'imiter de façon très précoce, ce qui témoigne d'une connaissance de la position de leur corps. De plus, leur réaction est différente s'ils sont touchés par eux-mêmes ou par autrui. Des recherches sur le développement de l'enfant témoignent d'ailleurs que vers le 3<sup>ème</sup> mois de vie, le bébé réalise déjà des actions intentionnelles. Puis, vers 7-8 mois, le nouveau-né commence à se différencier de l'autre et de l'objet. Il prend peu à peu conscience de la différence entre l'Homme et l'objet en préférant notamment interagir avec ses semblables (Giromini et al., 2022). Entre 18 et 24 mois, l'enfant se reconnaît dans le miroir. Il prend alors conscience de son existence et peut découvrir son corps à travers son reflet (Streri, 2002, p.126).

#### 4. Le schéma corporel, indissociable d'autres fonctions

Comme nous pouvons le remarquer dans les différentes définitions du schéma corporel, plusieurs fonctions psychomotrices sont indissociables de cette représentation du corps. C'est en renforçant et adaptant celles-ci que nous pourrions appuyer la construction du schéma corporel chez l'enfant aveugle précoce.

Le tonus : il est support du schéma corporel. A. Vulpian (1874) définit le tonus comme « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 161). Le tonus est un prérequis au développement moteur et à la découverte de l'espace car il permet le contrôle postural, élément nécessaire à la réalisation de l'action (Bullinger, 2004). Selon A. Bullinger (2004), le développement tonico-postural représente la première étape de la construction du schéma corporel. De plus, nous pouvons ajouter que notre tonus fait varier la perception de notre corps. Notre état tonique à un instant T impacte donc notre schéma corporel.

La motricité : le schéma corporel permet d'adapter sa motricité à l'environnement. Une motricité fonctionnelle et volontaire est donc requise pour construire cette représentation. De plus, la motricité amène une modification de la position relative de nos

membres, elle entraîne alors une modification des sensations et réactualise le schéma corporel (boucle perception/action) (Fontan, 2017).

L'espace : d'après H. Wallon et L. Lurçat (1962), le schéma corporel dépend de l'espace postural et de l'espace environnant. L'espace environnant représente l'espace où se déploient nos actes et où sont localisés les objets ; l'espace postural regroupe l'ensemble de nos états d'équilibre et de nos coordinations, c'est la position de notre corps dans l'espace. Ainsi, le schéma corporel est indissociable de l'espace dans lequel se déroule notre action. De plus, il est témoin d'un corps organisé dans l'espace, par la conscience de deux hémicorps, d'une partie haute et une partie basse, etc.

J. Corraze (2009) distingue dans le schéma corporel l'espace corporel et le référentiel égocentrique. L'espace corporel regroupe l'ensemble des points que le sujet pense pouvoir atteindre. Il se sous divise en 3 espaces :

- Extra-personnel : construit sur les informations visuelles et auditives de l'espace lointain.
- Péri-personnel : espace au sein duquel le sujet peut atteindre des objets sans mouvement du tronc. C'est un périmètre autour du corps.
- Personnel : basé sur les informations proprioceptives, tactiles, et visuelles (Busschaert et al., 2015).

Le processus de latéralisation : la prise de conscience des espaces droit et gauche est liée à la prise de conscience de l'asymétrie du corps. La représentation de soi en deux hémicorps distincts permet d'affiner l'orientation corporelle, ainsi, la latéralité permet d'organiser le schéma corporel (Busschaert et al., 2015).

La sensorialité : le schéma corporel s'établit grâce aux informations que fournissent les récepteurs sensoriels. C'est par la motricité mais également par les sens que l'on prend conscience de son corps. Comme nous l'avons expliqué plus tôt, le schéma corporel est dans un premier temps lié à la vue. En effet, la voie visuelle dorsale permet de localiser un objet et d'identifier comment nous pouvons agir dessus. Cependant, les autres sens agissent de façon complémentaire pour enrichir le schéma corporel. Nous pouvons notamment remarquer l'importance de la proprioception et du sens vestibulaire qui nous renseignent sur la position de notre corps grâce aux récepteurs neuromusculaires (fuseau neuromusculaire et organe neurotendineux de Golgi) et vestibulaires. En grandissant, la proprioception sera le sens principal sur lequel sera bâti le schéma corporel. Chez l'enfant, elle est immature, expliquant l'importance de la vision. Enfin, les informations tactiles et auditives permettent d'étudier l'espace proche et lointain. Elles sont alors complémentaires

pour fournir une représentation complète de l'environnement sur lequel nous pouvons agir (Fontan, 2017).

La relation avec autrui : c'est en prenant conscience de soi que nous construisons notre schéma corporel. Or, le tout-petit n'a pas conscience de son existence dissociée de celle de sa mère. En grandissant, il construit son individualité, notamment par ses expériences sensori-motrices. Pour C. Potel (2010), c'est en prenant conscience de l'espace du non-soi (et ainsi du soi) que nous nous représentons l'espace de l'autre. Ainsi la conscience de soi est indissociable de la conscience de l'autre. C. Potel (2010) nous explique également dans son œuvre que les limites corporelles se construisent dans le portage. C'est grâce à la relation fusionnelle avec la mère et aux sensations ainsi amenées sur la peau que nous pouvons nous créer une enveloppe contenante. La peau est la première étape à la représentation d'un corps unifié. De plus, comme nous avons vu que le schéma corporel se construit notamment par l'imitation et par le processus des neurones miroirs et du couplage perception/action, nous pouvons souligner l'importance d'autrui dans la construction du schéma corporel.

## 5. Le schéma corporel chez l'enfant non-voyant

Le trouble du schéma corporel est un des principaux motifs de consultation en psychomotricité chez les enfants non-voyants (Bernard et al., 2015). J.J. Gibson nomme la vision la proprioception visuelle (« visual proprioception ») (1966, « The Higher Proprioceptive Systems: Purposive Action », p.37). A. Bullinger ajoute que c'est grâce aux informations visuelles périphériques que l'Homme a la capacité de découvrir son corps et de le mouvoir dans l'espace (2004). Sans la vue, les sujets doivent donc s'appuyer sur d'autres sens pour pouvoir évoluer. C'est la vicariance, concept expliqué par S. Portulier (2014). Pour construire leur schéma corporel, ils doivent percevoir leur corps et leur environnement par leurs autres sens mais aussi apprendre à lier ces informations pour adapter leurs mouvements à l'environnement.

La capacité de ces personnes à agir sur leur environnement peut notamment être impactée par les particularités de représentation spatiale des mouvements que nous retrouvons chez les sujets non-voyants. Ils peuvent par exemple rencontrer des difficultés à estimer la distance ou les changements de direction effectués lors d'un parcours, notamment si la cécité est précoce (Lederman et coll., 1985).

Pour comprendre l'environnement et s'y adapter, la personne voyante développe, selon A. Streri (1991), un « espace multimodal intégré » (Baltenneck, 2010, p.41), c'est-à-

dire qu'elle peut coordonner une perception à une autre. C'est le principe de la coordination vision-préhension. Chez l'enfant non-voyant, il est donc nécessaire de lier les informations sensorielles qui lui sont disponibles pour lui permettre de percevoir son environnement de façon cohérente et non morcelée, comme le précise R. Génicot (1980).

La construction du schéma corporel est fortement liée au développement sensori-moteur. L'information visuelle influençant le développement (aptitudes motrices, toniques, posturales, etc), son absence pourrait contraindre l'élaboration du schéma corporel. Le développement sensoriel impacte cette représentation du corps. En effet, chez l'enfant, le schéma corporel s'élabore sur la base des informations visuelles car avant 7 ans, les zones cérébrales d'intégration proprioceptive sont immatures. Entre 4 et 6 ans, la proprioception commence à gagner en importance mais elle ne se coordonne à la vision que vers 10 ans. Les informations proprioceptives deviennent la base du schéma corporel seulement à la fin de l'adolescence (Assaiante, 2015). Le schéma corporel, lié au développement sensoriel, s'élabore donc dans un premier temps sur les afférences visuelles puis sur la proprioception. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse de complications dans la construction de cette représentation du corps chez l'enfant non-voyant (Pireyre, 2021).

Ainsi, en liant la définition du schéma corporel aux informations ci-dessus, nous pouvons remarquer que chez la personne non-voyante, son intégration prend support sur les différentes informations sensorielles perçues. Cependant, il peut être plus difficile pour elle de lier ses différentes perceptions pour en faire un tout cohérent. Ainsi, la perception de l'environnement peut être biaisée. De plus, la conscience des conséquences spatiales du mouvement étant généralement moins précise, nous pouvons supposer que le sujet aveugle peut rencontrer des difficultés pour agir de façon adaptée sur son environnement.

Enfin, par l'absence de vision, il est nécessaire de se représenter corporellement via un sens vicariant. Toucher les parties du corps peut permettre de s'en faire une représentation. Néanmoins, comme nous avons pu l'expliquer plus tôt, si le langage n'est pas enrichi spontanément par les adultes (absence ou pauvreté du pointage), l'enfant aveugle ne pourra pas lier la représentation de ses différents segments corporels à un mot défini, ce qui risque de limiter sa somatognosie.

## 6. L'évaluation du schéma corporel

Chez l'enfant voyant, nous pouvons évaluer différentes composantes du schéma corporel. La connaissance du corps peut être estimée par le test de somatognosies de J.

Bergès et I. Lézine, étalonné pour les enfants de 3 à 6 ans. Ce test consiste à nommer et montrer les différentes parties du corps, sur soi et sur autrui.

L'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale (EMG) de L. Vaivre-Douret, étalonnée pour les enfants de 4 à 12 ans, permet d'évaluer la capacité à orienter son corps dans l'espace, par rapport à la perception que nous avons du corps de l'autre. L'examineur positionne ses mains et ses doigts de différentes façons en face de l'enfant. A son tour, l'enfant doit reproduire les figures qu'il perçoit.

L'épreuve de schéma corporel révisée de C. Meljac, étalonnée pour les enfants de 3 à 11 ans et 11 mois, consiste à assembler des pièces représentant différentes parties du corps ou du visage, de face (3-8 ans) ou de profil (après 8 ans). Cela permet d'observer la représentation que l'enfant a de son corps et la relation de ses différentes parties entre elles (*SCHEMA CORPOREL-R - Épreuve de Schéma Corporel - Révisée*, s. d.).

Enfin, le sens musculaire de G. B. Soubiran permet d'observer la proprioception. Ainsi, cette épreuve rend compte de la conscience du corps dans l'espace et de l'orientation relative de chaque segment corporel par rapport aux autres. L'examineur place le sujet dans une position, ce dernier ayant les yeux fermés. Par la suite, l'examineur replace le sujet en position neutre : jambes serrées, bras le long du corps. Le sujet doit alors reprendre la position qui lui a été donné quand il avait les yeux fermés.

Chez l'enfant non-voyant, l'épreuve du sens musculaire peut également être réalisée puisque celle-ci ne repose pas sur la vue. La somatognosie peut aussi être évaluée, en touchant les parties du corps plutôt qu'en les pointant.

Nous allons désormais aborder comment le psychomotricien peut accompagner les enfants déficients visuels et en quoi la médiation équine peut lui permettre de développer sa pratique.

### III. Le psychomotricien en médiation équine

#### 1. Psychomotricité et psychomotricien

##### a. Généralités

C. Potel définit la psychomotricité comme « un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire. » (2010, p. 13).

B. De Lièvre et L. Staes (2000) décrivent également la psychomotricité comme une approche globale qui permet de porter un regard sur les interactions entre la motricité et le psychisme et celles entre l'individu et son environnement. En outre, c'est par l'intégration des fonctions psychiques et motrices que la psychomotricité permet à l'individu de s'adapter à son environnement. Ils ajoutent que « la psychomotricité peut être perçue comme une *technique* » (Staes & De Lièvre, 2000, p.11). En effet, par l'investissement du corps, de l'espace et du temps, elle permet à l'individu de se découvrir lui-même ainsi que le milieu qui l'entoure pour qu'il y agisse de façon adaptée.

En somme, la psychomotricité est une pratique qui analyse les interactions et qui permet de trouver un équilibre entre la motricité de l'individu (pouvoir-faire), ses affects (vouloir-faire) et sa cognition (savoir-faire) (Association des thérapeutes en psychomotricité, s. d.).

Le psychomotricien, professionnel paramédical diplômé d'Etat, cherche à guider l'individu vers cet équilibre en le prenant en compte dans sa globalité. Ce regard peut par exemple l'amener à considérer un trouble moteur comme la conséquence d'un trouble affectif ou cognitif (Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, 2022).

Le 6 mai 1988, le décret de compétences du psychomotricien est adopté. Il rend compte des actes réalisables par le psychomotricien. Sous prescription médicale, il peut mener des actions de prévention, d'éducation et de rééducation auprès d'individus de tous les âges, affectés par différents handicaps ou pathologies. Par l'utilisation de techniques et médiations multiples, il favorise le bon développement et vieillissement psychomoteur.

#### *b. Psychomotricité chez l'enfant en situation de handicap visuel*

Afin d'accompagner de façon adaptée l'enfant non-voyant, le psychomotricien commence par évaluer ses capacités et ses limites. Peu de tests standardisés permettent d'objectiver les compétences et difficultés de l'enfant déficient visuel ou non-voyant. Ainsi, l'évaluation repose notamment sur les observations du professionnel. Il est aussi possible d'adapter certains tests au handicap visuel, par exemple en utilisant des supports contrastés et agrandis, en apportant une guidance verbale et gestuelle ou en utilisant des informations sonores (comme un ballon sonore) (Bernard et al., 2015).

Les difficultés ressortant lors du bilan permettent ensuite d'orienter la prise en charge. Celle-ci a pour but de développer l'autonomie de l'enfant. L'accompagnement psychomoteur de l'enfant malvoyant ou non-voyant peut être réalisé par un professionnel exerçant en libéral ou en structure spécialisée (APHP, 2008). Tout d'abord, le psychomotricien peut guider le développement moteur de ces enfants. Par une guidance

gestuelle et verbale, il les incitera à se mouvoir dans l'espace et à expérimenter les Niveaux d'Evolution Motrice (Caffier & Panien, 2017).

Le psychomotricien peut aussi faire vivre à l'enfant différentes expériences sensorielles en utilisant des balles, de la musique, des jeux tactiles, une salle Snoezelen, etc. Ces expériences donnent naissance à un ressenti corporel à l'origine d'un sentiment d'unité, support de la conscience de soi (APHP, 2008). Celle-ci est intimement liée à la prise de conscience du non- soi, donc à la perception de l'environnement. En proposant à l'enfant de multiples expériences, le psychomotricien peut lui apprendre à percevoir les données sensori-motrices de son environnement et à « les intégrer les unes avec les autres pour qu'il se situe d'abord lui-même dans l'espace avec son schéma corporel et ensuite par rapport à son environnement qu'il pourra ainsi explorer. » (Borlon et al., 2001, p. 99). Le travail en psychomotricité peut alors permettre à l'enfant en situation de handicap visuel de développer son autonomie dans les déplacements grâce à l'ensemble de ces perceptions qui lui permettent de se construire des repères corporels et spatiaux (ARAMAV, 2015).

Pour appuyer les apprentissages scolaires et la locomotion, le psychomotricien développe également les activités de motricité fine et l'ensemble des coordinations motrices (APHP, 2008). Cependant, nous ne devons pas oublier que le suivi de ces enfants est pluridisciplinaire. En effet, ils peuvent avoir besoin d'orthophonie, d'ergothérapie, etc. Un apprentissage des déplacements en autonomie avec un instructeur en locomotion est aussi bénéfique, tout comme l'apprentissage du braille proposé par quelqu'un de formé, comme un instituteur spécialisé (ARAMAV, 2015).

Enfin, nous pouvons rappeler que la guidance parentale est une des missions du psychomotricien. Celui-ci est amené à conseiller les parents sur les attitudes à avoir avec leur enfant, les guider dans les propositions d'activités adaptées, les aider à accepter et intégrer les capacités et limites de leur enfant (APHP, 2008).

### *c. La médiation*

C'est B. Chouvier qui utilise pour la première fois en 2002 le terme de « médiation thérapeutique » (Giromini, 2017, paragr. 7). « Médiateur », du latin « médiare », signifie « s'interposer ». Le médiateur thérapeutique se positionne entre le patient et le thérapeute, au sein d'un espace transitionnel qui permet de favoriser l'alliance thérapeutique (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). F. Giromini définit la médiation comme « la technique [...] qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. » (2017, paragr. 3).

En psychomotricité, le médiateur est le moyen utilisé pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Le psychomotricien choisit son médiateur pour son pouvoir séducteur, donc pour attirer le patient et le thérapeute. Cet intérêt partagé vers une même source permet aux deux individus d'établir une attention conjointe et d'interagir ensemble ainsi qu'avec le médiateur. Cela donne naissance à une triangulation entre le patient, le thérapeute et le médiateur thérapeutique (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

« Dans la relation thérapeutique duelle, la médiation fait tiers. » (Szczepanski, 2017, paragr. 17). Ce tiers peut être un objet concret, comme de la pâte à modeler ou un jeu de société ; un objet culturel, comme les contes ou la musique ; ou encore une technique corporelle, comme le yoga, la danse ou la relaxation. Enfin, le tiers peut être un être vivant, comme une personne, un végétal ou un animal. C'est ainsi que nous allons désormais aborder le cas de l'animal médiateur (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

## 2. La médiation animale

### a. *L'histoire de la médiation animale*

L'utilisation des animaux à visée d'aide semble prendre source au XI<sup>ème</sup> siècle, à Geel (Belgique), où des Hommes étaient chargés de garder des oiseaux durant une période de convalescence. Nous pouvons constater que la médiation animale n'est, de ce fait, pas une pratique récente. Par la suite, en 1792, W. Tuke met en place au sein de son établissement (York Retreat) des activités pour permettre aux malades mentaux de prendre confiance en eux. Parmi elles, nous pouvons trouver la mise en place d'enseignements pour prendre soin de petits animaux (Belin, 2000).

En 1867, en Allemagne, l'Institut Bethel explore les effets de plusieurs animaux (chevaux, chiens, chats, oiseaux...) sur leurs patients atteints d'épilepsie (Belin, 2000).

L'Hôpital orthopédique de Oswerty (Royaume-Uni) propose dès 1901 des promenades à cheval. Après la Première Guerre mondiale, elles ont été utilisées durant le parcours de rééducation des soldats blessés. En cette même période, aux Etats-Unis, des chiens sont amenés auprès de soldats rescapés hospitalisés en unité psychiatrique (Belin, 2000).

En 1942, aux Etats-Unis, des chiens sont utilisés pour améliorer le moral de pilotes blessés. Ceux-ci demandent également la permission d'aller prendre soin des animaux de la ferme adjacente à l'hôpital (Belin, 2000).

Au niveau scientifique, c'est B. Levinson qui constate en 1950 des bienfaits des animaux dans la prise en charge des troubles psychiatriques. E. et S. Corson poursuivent ces travaux en 1958 et témoignent des effets positifs des animaux sur les personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, l'introduction des animaux auprès de cette population a permis de diminuer la prise de médicaments psychotropes (Belin, 2000).

En France, c'est en 1960 que A. Condoret commence à s'intéresser aux effets bénéfiques de la présence animale auprès des enfants. Elle mène en 1973 une expérience avec E. et S. Corson qui montre une amélioration de la sociabilité et de la communication d'adolescents psychotiques ou catatoniques après l'échec des traitements médicamenteux ou psychanalytiques. En 1975, R. Mugford et J.M. Comisky montrent eux aussi que le chien catalyse les interactions sociales (Belin, 2000). Dans les années 1980, de nombreuses expériences démontrent également l'intérêt du contact avec un animal dans la diminution de l'anxiété chez des sujets dépressifs (Belin, 2000).

En 1983, C. Bouchard fonde l'Institut canadien de zoothérapie. En 1994, elle crée l'Association Nationale de Zoothérapie en France. C'est ensuite en 2003 que F. Beiger fonde l'Institut Français de Zoothérapie (IFZ) (Jigan, 2019).

#### *b. Qu'est-ce que la médiation animale ?*

Après sa création, l'IFZ définit la médiation animale comme « un soin alternatif non médicamenteux qui se pratique à l'aide d'un animal familier » pour « éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer leur potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif. » (*Zoothérapie de A à Z | Institut Français de Zoothérapie*, s. d., paragr. 3). La médiation animale peut alors se développer sur les champs éducatifs, thérapeutiques et psychologiques.

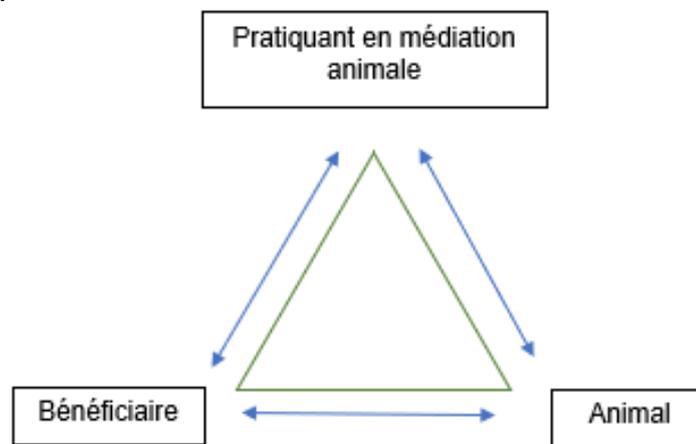
La Fondation Adrienne et Pierre Sommer ne la définit pas comme un soin mais plutôt comme « une méthode d'intervention » (« La médiation animale, c'est quoi ? », s. d., paragr. 1) reposant sur les effets bénéfiques des interactions entre les animaux et les humains. Selon eux, elle permet notamment de :

- « Stimuler la communication » (« La médiation animale, c'est quoi ? », s. d., « 3 bénéfices de la médiation animale ») par la mise en place d'un lien entre l'animal et la personne ;
- « Entretenir et développer l'autonomie » (« La médiation animale, c'est quoi ? », s. d., « 3 bénéfices de la médiation animale ») en proposant des actions qui permettent le mouvement et le maintien des capacités (marcher, soigner, caresser, brosser, nourrir l'animal) ;

- « Retrouver sa place dans la société » (« La médiation animale, c'est quoi ? », s. d., « 3 bénéfices de la médiation animale ») grâce à la neutralité de l'animal, qui ne juge pas et permet à la personne de prendre confiance en elle au sein d'une relation sécurisante.

Afin de définir de façon consensuelle la médiation animale, la Fondation Adrienne et Pierre Sommer confie à un groupe de travail d'experts la mission de clarifier le positionnement et le rôle des humains et des animaux au sein de cette pratique. Ainsi, la médiation animale a été présentée comme « la recherche des interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle homme-animal » (Draussin, 2018, p.6).

L'ensemble de ces définitions fait ressortir l'aspect triangulaire de la médiation animale (cf. figure 3). Celle-ci ne naît pas exclusivement de la présence d'un animal, même si cela entraîne déjà des bénéfices, notamment sur l'anxiété. La triangulation caractéristique de cette médiation apparaît lorsque le praticien possède des connaissances sur les problèmes ou pathologies vécues par les bénéficiaires et sur les comportements de l'animal (Draussin, 2018). Celui-ci est préférentiellement éduqué spécifiquement afin de sécuriser la pratique (*Zoothérapie de A à Z | Institut Français de Zoothérapie*, s. d.).



**Figure 3 : La relation triadique en médiation animale**

Schéma inspiré du site internet Anim'EnVie, s'appuyant sur le concept de relation triadique développé par V. Servais (Anim'EnVie, 2023)

La présence de l'animal permet au bénéficiaire d'être acteur de sa prise en charge. Au sein de cette triade relationnelle, chaque participant (animal, praticien, bénéficiaire) a un rôle à jouer dans la prise en charge (Draussin, 2018). La pratique de la médiation animale varie selon la profession initiale de l'intervenant. Les objectifs de la médiation sont donc liés à la formation du professionnel et à son rôle dans l'accompagnement de la personne. Un orthophoniste pourra par exemple chercher à stimuler la communication

verbale grâce à la présence de l'animal, alors qu'un kinésithérapeute cherchera à maintenir la marche ou développer les capacités motrices (Draussin, 2018). La médiation animale a pour objectif de renforcer les effets des actions entreprises par les professionnels auprès de différentes populations. Son champ d'exercice est large. Nous pouvons notamment retrouver de plus en plus de structures médico-sociales qui proposent cette médiation à leurs résidents ou patients. Ainsi, la médiation animale peut être proposée à des populations confrontées à des « handicaps sociaux, physiques, mentaux, sensoriels ou psychiques » (Draussin, 2018, p.7).

La particularité de la médiation animale est la place qu'elle accorde à l'animal. Dans cette pratique, l'animal n'est pas thérapeute. Or, le terme de « zoothérapie », que nous sommes amenés à retrouver dans la littérature, nous amène à croire que l'animal a une fonction de soin, comme pourrait l'avoir un traitement médicamenteux. Nous préférons ici qualifier l'animal de médiateur, ou de tiers de la relation. Comme nous l'avons défini plus tôt, le médiateur est catalyseur de la relation entre le patient et le thérapeute. L'animal favorise ainsi l'alliance thérapeutique (Draussin, 2018).

La pratique de la médiation animale se confronte à deux principaux obstacles, à savoir l'absence de réglementation de l'exercice ainsi que le manque de reconnaissance juridique des formations existantes, à l'exception de « la certification professionnelle "d'équicien" inscrite au répertoire des métiers en 2014 » (Draussin, 2018, p. 7). Des Diplômes Universitaires (DU) et des formations en médiation animale sont proposées, comme le DU de rééducation assistée par le cheval qui s'adresse aux professionnels de rééducation (Barre, 2024). Depuis 2021, il existe également une licence professionnelle (Métiers de la relation à l'animal-compagnon : médiation, éducation, comportement) permettant la délivrance d'un Diplôme d'Etat (DE) de niveau bac + 3. Co-conçue par l'université Paris-Nanterre et le centre de formation Animal University, elle permet, en un an, de former des professionnels à l'intervention en médiation animale et en éducation-comportementaliste (Lafon, 2023).

Comme ce mémoire porte plus particulièrement sur la médiation équine, nous allons désormais chercher à définir cette pratique.

### 3. La médiation équine

#### a. Définitions

La médiation équine est un type de médiation animale, au même titre que la médiation canine ou la médiation avec les rongeurs. Dans ce cadre, c'est l'équidé (cheval,

âne) qui est l'animal médiateur et qui porte donc le rôle de tiers de la relation. C'est par l'intermédiaire de l'équidé que l'intervenant pourra accompagner un ensemble varié d'individus, pouvant être porteurs de diverses pathologies et ce, à tout âge (Auve-Debacque, 2011). En effet, cette médiation « à visée thérapeutique ou sociale est un soin médical (moteur, psychique) ou socio-éducatif dispensé par un professionnel de ce soin, avec la participation d'un équidé. » (Vidament, 2021, « Ce qu'il faut retenir »). Ce mémoire abordera le cas du cheval et du poney.

La médiation équine englobe des pratiques variées autour de l'équidé. Le cheval peut être observé, ce qui permet l'analyse de ses comportements avec ses pairs et avec les Hommes. Cela peut aussi offrir un vécu émotionnel particulier au bénéficiaire. Le cheval peut être pansé, soutenant ainsi le développement des praxies, des coordinations et de la sensorialité. Il peut être tenu en longe, mettant en jeu l'équilibre, le dialogue tonico-émotionnel, les coordinations et la double tâche. Enfin, le cheval peut être monté, impliquant notamment un recrutement tonique important, un travail de coordination et de proprioception (Vidament & Caillarec, 2018). La médiation équine représente donc « la recherche des effets positifs provenant de la présence du cheval ou de la pratique des activités équestres pour des personnes ayant des besoins particuliers, avec l'aide d'un ou plusieurs professionnel(s). » (Vidament, 2021, « Ce qu'il faut retenir »).

Cette médiation est ainsi une terminologie générale qui englobe différentes pratiques, telles que l'équithérapie, l'hippothérapie, l'équicie ou l'équi-coaching. Les objectifs ainsi que les moyens utilisés pour les atteindre peuvent varier. Toutefois, l'ensemble de ces pratiques s'appuie sur l'intérêt de l'introduction du cheval comme médiateur de la relation (Vidament & Caillarec, 2018).

## *b. L'intérêt du cheval auprès du patient*

### *i. Le cheval comme partenaire*

Au cours de l'histoire, les chevaux ont été utilisés par les Hommes pour servir différents objectifs. Tout d'abord chevaux de guerre ou de ferme, ils sont désormais chevaux de spectacle ou encore compagnons de loisirs. Une relation affective peut ainsi naître de ces nombreux échanges avec le cheval. Ce dernier peut témoigner de comportements affiliatifs qui entraînent la création d'un lien particulier avec lui (Montagner, 2002). En médiation équine, cette relation entre le sujet et le cheval est source de motivation, élément indispensable à l'adhésion du patient à la médiation (Perez Miguel, 2013).

Comme les Hommes, les chevaux sont des animaux grégaires. Ils aiment naturellement le contact et font preuve de curiosité. En 2010, B. Lippman-Martin indique

que le cheval, par son caractère vivant, permet au sujet de se confronter à l'altérité. En effet, le comportement du cheval est le miroir du nôtre. Il faut ainsi prêter attention à nos propres comportements si nous souhaitons une réponse adaptée de la part de l'animal.

Le cheval est un être sensori-moteur. Son néocortex étant peu développé, cela fait de lui un être émotionnel (Lippmann-Martin, 2010). Le néocortex, présent chez l'Homme et certains mammifères comme les singes, permet la prise de décision, l'analyse et la résolution de problèmes. C'est par le cortex limbique que communiquent les chevaux. Celui-ci est responsable des émotions, ce qui explique leur sensibilité à nos comportements et aux aides que nous leur fournissons (Munoz, 2021). En effet, c'est grâce aux aides, une communication non-verbale précise, que l'individu peut communiquer avec le cheval. Le sujet utilise l'ensemble de son corps, comme ses mains, ses jambes et le poids de son corps pour se faire comprendre de l'animal. Il est nécessaire pour l'Homme de coordonner les actions de ses membres supérieurs et inférieurs pour fournir des informations précises au cheval. Pour le guider, il peut également utiliser la voix et faire varier ses intonations afin de faciliter la compréhension de l'animal (Perez Miguel, 2013).

Le cheval s'exprime lui aussi de façon non verbale. Il est important de l'observer dans son entièreté : ses expressions, ses mouvements de queue, d'encolure, de jambes, etc. L'observation de l'animal permet de développer la régulation de nos propres comportements (inhibition et développement de la communication non verbale) ainsi que nos capacités d'observation et d'attention à l'autre (Claude, 2007).

La communication principale entre l'Homme et le cheval est représentée par le dialogue tonico-émotionnel, présent durant le pansage ou la monte. Le corps à corps procuré par le chevauchement et par les soins permet un accordage des rythmes et des émotions du sujet et de l'équidé. Il est important qu'ils se sentent tous deux en sécurité pour construire une bonne alliance. En effet, par le dialogue tonico-émotionnel, les contractions de l'un seront perçues par l'autre et peuvent alors engendrer des réactions émotionnelles (Montagner, 2002). Par exemple, si le bénéficiaire se contracte par peur de quelque chose, le cheval risque lui aussi de prendre peur ou de s'agiter.

Quelles que soient les émotions de l'individu, l'animal ne juge pas. Ainsi, sa fonction de médiateur offre un atout émotionnel de taille. Comme l'indiquent M. Vidament et C. Cailarec (2018), le contact avec les chevaux peut donner naissance à de multiples émotions, comme l'excitation, l'angoisse mais surtout, le plaisir et la motivation. Ce sont notamment ces émotions positives qui sont la source de l'engagement du bénéficiaire dans la médiation. Nous pouvons par ailleurs noter un réel bienfait sur la qualité de vie des sujets avec une réduction de l'anxiété et une hausse de l'estime de soi et de la qualité de sommeil

(Moraes et al., 2021). Par exemple, le pansage peut permettre de renforcer l'estime de soi. En effet, la responsabilité de devoir prendre soin de l'autre valorise. Si nous ajoutons la capacité de diriger un être vivant de cette envergure lors de la monte, la médiation équine est un moyen intéressant pour aider l'individu à prendre confiance en lui et à observer ses propres compétences (Perez Miguel, 2013).

#### ii. La fonction contenante du cheval

La médiation équine permet d'offrir au bénéficiaire un double portage (Lippmann-Martin, 2010). Le cheval, par sa qualité de porteur, permet un portage physique. Le thérapeute, garant du cadre, de la sécurité de la pratique et du bien-être de la personne, le porte psychologiquement. Cela nous renvoie à la notion de *holding* décrite par D.W. Winnicott (2006), représentant le sentiment de sécurité de l'enfant apporté par la qualité du portage physique et psychique de la Mère. A cheval, les bercements initiés par le pas de l'animal et son contact sécurisant renvoient aux interactions précoces de l'individu avec sa figure d'attachement, favorisant la création d'une relation sécurisée avec l'animal (Mermet, 2012).

Le pansage et les soins offerts au cheval se réfèrent aussi à une notion décrite par D.W. Winnicott (2006), le *handling* (Lippmann-Martin, 2010). Lorsqu'il se préoccupe du bien-être de l'animal, l'individu peut se questionner sur son propre bien être, psychique ou physique. Il peut alors partager ses ressentis avec l'intervenant à son écoute, s'il le désire (Vidament & Caillarec, 2018).

De plus, les séances de médiation équine plongent le sujet dans un bain sensoriel contenant et stimulant. Tous les sens sont en éveil. Les odeurs, les sons et les stimulations visuelles changent de l'ordinaire. Le sens tactile est fortement stimulé par le contact avec le cheval lors du pansage, de la monte ou des moments de caresses. Le sujet est aussi amené à ressentir des sensations vestibulaires nombreuses quand il est porté par le cheval. Cela lui permet alors de ressentir la globalité de son corps en mouvement (Perez Miguel, 2013).

#### iii. Un support ludique pour les apprentissages psychomoteurs

Comme dit précédemment, le cheval peut être source de motivation, c'est pourquoi la médiation équine permet le plaisir du mouvement. Lors de la monte, de nombreux muscles sont travaillés pour permettre l'ajustement de la posture, notamment durant les déplacements. Ceux-ci provoquent effectivement une succession de déséquilibres contre lesquels l'individu doit lutter en recrutant un tonus suffisant. Un cheval fait en moyenne 220 pas par minute, ce qui signifie qu'en 30 minutes, le cavalier doit adapter sa posture à 6600 stimulations (Vidament & Caillarec, 2018). Même si le sujet est passif, les mouvements du cheval permettent de travailler le tonus, l'équilibre et la force musculaire. Les muscles du

dos contribuent au maintien d'une posture stable, ce qui engendre un redressement de l'axe corporel. Au pas, plus de 300 muscles sont en action (Perez Miguel, 2013). En outre, les effets de cette médiation pour le contrôle postural font l'objet de différentes recherches. Celles-ci expliquent que le cavalier doit se mobiliser musculairement pour suivre et ajuster sa posture aux mouvements induits par le cheval (Moraes et al., 2021).

Par le biais de cette médiation, nous pouvons aussi travailler les coordinations, les praxies et la motricité fine. Par exemple, la pose du licol implique la mise en place d'un programme moteur élaboré mettant en jeu les coordinations bimanuelles. La tenue des rênes, des brosses, de la longe ou des différents objets présents dans les activités développe la motricité fine en fortifiant les muscles de la main. Les exercices proposés à pied ou à cheval sont support du travail des coordinations. Par exemple, diriger le cheval par le biais des rênes nécessite l'action conjointe des deux mains, alors que la mise à cheval par l'utilisation d'un montoir est possible grâce à l'action coordonnée des membres inférieurs (Perez Miguel, 2013).

La médiation équine est un support ludique pour travailler le schéma corporel. Cet animal est particulièrement proche de l'Homme quant aux appellations de ses segments corporels. Comme l'Homme, le cheval a des pieds, alors que les autres animaux ont des pattes. Il a un nez et non un museau (Perez Miguel, 2013). Cette proximité corporelle permet de faire des comparatifs entre les caractéristiques de chacun et renforce ainsi le schéma corporel, notamment la somatognosie. Il est également possible de soutenir la connaissance du corps et la proprioception par le pansage, les échauffements et les différentes expériences motrices et sensorielles proposées dans ce cadre (Beiger, 2014). Le contact avec le corps du cheval permet aussi de ressentir ses limites corporelles et ce qui favorise la prise de conscience de son corps et de sa caractéristique d'être unique, unifié et différent de celui de l'autre (Mermet, 2012). Le cheval permet de cette façon de renforcer les sentiments de cohésion et d'individuation.

Enfin, selon R. Perez Miguel (2013), les ressources cognitives sont elles aussi mobilisées dans cette médiation. En effet, les exercices proposés et le cadre de la médiation permettent de développer la mémoire de travail via la temporalisation des actes réalisés auprès du cheval ; l'attention par l'écoute des consignes et l'observations des réactions du cheval ; la planification de l'action comme lors de la mise du tapis, de la selle et de la sangle...

Maintenant que nous avons défini et étudié l'ensemble des mots clés de la problématique, nous allons aborder une situation clinique qui illustrera de façon concrète les apports de la médiation équine chez le sujet en situation de cécité congénitale.

## B. Partie clinique

### I. Présentation de la structure

Je réalise mon alternance de troisième année en école de psychomotricité dans une structure associative de l'Union Nationale des Associations des Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) accueillant des enfants et adolescents porteurs de diverses pathologies (Pôle Enfance). Cette association comprend plusieurs établissements qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de handicap tout au long de leur vie. Pour expliquer le fonctionnement de ma structure, je me suis appuyée sur le projet de l'établissement et sur son site internet. L'établissement se divise en quatre services :

- La Section d'Accueil pour enfants et adolescents PolyHandicapés (SAPH) ;
- L'Institut Médico-Educatif (IME) ;
- Le Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) ;
- L'Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA).

Mon contrat me permet de découvrir plusieurs services. Je suis présente sur mon lieu d'alternance les jeudis, vendredis, et un mercredi tous les quinze jours. Je travaille le mercredi et le jeudi matin au sein de la SAPH, un jeudi après-midi sur deux au SESSAD et le vendredi à l'IME. Un jeudi après-midi toutes les deux semaines, j'accompagne un groupe de l'IME au centre équestre pour leur proposer des séances de médiation équine. Je suis accompagnée d'une psychomotricienne lors des séances à la SAPH et au SESSAD. Je suis majoritairement seule lorsque je travaille au sein de l'IME, à l'exception d'un groupe que je propose en collaboration avec une autre psychomotricienne. Lorsque je suis seule en tant que psychomotricienne, il m'arrive d'être accompagnée d'un membre de l'équipe éducative pour mes séances. Par exemple, lors des séances de médiation équine, je suis accompagnée de deux Accompagnants Educatif et Social (AES) et de l'enseignante de l'IME.

La structure est ouverte environ 210 jours par an, accompagnant des enfants et adolescents à domicile (SESSAD) ou sur place, en internat (5 jours et 4 nuits) ou en semi-internat (de 9 heures à 17 heures).

La SAPH et l'IME se trouvent dans des bâtiments mitoyens, à la même adresse. Nous y trouvons également les bureaux du SESSAD. L'UEMA est au sein d'une école primaire à proximité de l'établissement.

Afin d'être pris en charge dans l'un des services ci-dessus, les responsables légaux de l'enfant ou de l'adolescent doivent tout d'abord réaliser un dossier à destination de la

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). La Commission des Droits de l'Autonomie et des Personnes Handicapées (CDAPH) examine chaque dossier puis propose des orientations adaptées aux besoins de chaque personne. Les parents décident ensuite de l'orientation de leur enfant, parmi les propositions.

L'ensemble de services est organisé autour d'un directeur et d'un chef de service. Une équipe pluridisciplinaire accompagne les personnes accueillies. Nous pouvons retrouver des médecins, des infirmières, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, aides-soignants, aides médico-psychologiques, éducateurs spécialisés, professeurs en activités physiques adaptées et assistantes sociales.

Pour chaque personne accueillie, un Projet Personnalisé (PP) est construit dans les trois mois après son arrivée. Ce projet respecte ses demandes et les attentes de sa famille. Les préconisations des professionnels paramédicaux prenant en charge la personne y sont également ajoutées, en accord avec les préconisations de la CDAPH. Le Projet Personnalisé est ensuite ré-établi chaque année, tenant compte des évolutions, des nouveaux besoins et des vœux du jeune et de sa famille. Les équipes sont à l'écoute de l'entourage et de leurs besoins et cherchent à les accompagner au mieux.

L'établissement s'est muni de nombreux moyens pour favoriser le bien-être et l'évolution des jeunes accueillis. En effet, les locaux sont pourvus d'une salle Snoezelen, une salle de balnéothérapie (baignoire et jets d'eau), deux salles de psychomotricité, une salle de motricité, une salle de kinésithérapie, un gymnase, des salles de classe, etc. Des activités à l'extérieur de l'établissement sont également proposées pour développer l'inclusion sociale. Par exemple, certains groupes font de la médiation équine, de la piscine, du judo ou encore de la danse au conservatoire. Des prestataires externes se rendent également sur place, comme un musicothérapeute.

Nous allons désormais détailler les caractéristiques de chaque service.

## 1. La Section d'Accueil pour enfants et adolescents PolyHandicapés (SAPH)

Ce sont jusqu'à 22 jeunes polyhandicapés<sup>6</sup> âgés de 3 à 20 ans qui sont accueillis à la SAPH. L'accueil à temps partiel est possible, tout comme l'internat, pour répondre au mieux aux besoins des familles et des jeunes.

Nous pouvons retrouver quatre groupes différents sur la SAPH : enfants, pré-adolescents, adolescents et adultes. Les jeunes sont répartis dans ses groupes selon leur âge. Chaque groupe est composé d'une équipe éducative qui accompagne les actes de la vie quotidienne, les apprentissages et propose des activités adaptées.

Les missions de l'établissement sont de favoriser le développement ou le maintien des capacités (motrices, cognitives, en communication) de chacun en proposant des techniques adaptées et individualisées (aides techniques, kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie).

Les jeunes de la SAPH mangent en groupe, dans leur salle. Ils ont accès à une alimentation adaptée à leurs besoins et à leurs capacités : alimentation par sonde, mixée, coupée en petits morceaux... Les outils sont également adaptés pour favoriser l'autonomie. Nous pouvons par exemple trouver des couverts ergonomiques. Les professionnels restent toutefois présents et disponibles pour aider les jeunes en cas de besoin.

Des aides techniques adaptées, comme divers types de fauteuils, de verticalisateurs ou de cadres de marche, sont disponibles pour développer l'autonomie des jeunes et pour répondre à leurs besoins. Pour la sécurité des jeunes et la prévention des troubles musculo-squelettiques chez les professionnels, des lève-personnes sur rails sont présents dans l'ensemble des pièces de l'établissement, y compris dans les salles de psychomotricité, de balnéothérapie, Snoezelen ou d'autres soins.

A 20 ans, les jeunes accueillis à la SAPH reçoivent des propositions d'orientation en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) selon leur niveau d'autonomie.

---

<sup>6</sup> « Personnes [...] présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives » (*Sous-Paragraphe 1 : Etablissements et services accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques (Articles D312-0-1 à D312-0-3) - Légifrance*, s. d., « Article D-312-0-3, 5° »)

## 2. L'Institut Médico-Educatif (IME)

L'IME accueille des enfants atteints de Troubles Neurodéveloppementaux<sup>7</sup> (TND), en particulier des jeunes présentant un Trouble du Développement Intellectuel (TDI) de sévérité moyenne à profonde, avec ou sans trouble associé, des jeunes porteurs de Trouble du Spectre Autistique (TSA) ou d'autres handicaps psychiques. Ainsi, 80 jeunes âgés de 6 à 20 ans sont accompagnés par différents services :

- La Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé (SEES) accueille les enfants de 6 à 14 ans ;
- La Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) accueille les adolescents de 15 à 20 ans (avec possibilité d'internat 5 jours sur 7) ;
- Une section d'accueil pour 7 jeunes présentant des TSA.

Les enfants et adolescents ont accès à la scolarisation. En effet, des Unités d'Enseignements sont situées au sein de l'IME, mais les jeunes peuvent aussi accéder à des unités externalisées en école élémentaire et au collège. Ainsi, leur scolarisation dépend de leurs capacités, de leurs besoins et de leur projet personnalisé.

Diverses activités éducatives sont proposées au sein de chaque service pour développer la socialisation, la communication, la sécurité, les capacités motrices... La SIPFP propose aussi des ateliers préprofessionnels comme un atelier de « travail du bois », un atelier « lingerie » ou un atelier « espace vert ». Les adolescents peuvent également faire des stages en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), en vue de leur future insertion professionnelle au sein d'un établissement de ce type. Certains d'entre eux sont également amenés à passer un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), selon leurs capacités et projets.

Des outils adaptés, comme les pictogrammes, le séquençage ou les tablettes de communications, sont utilisés pour répondre aux besoins de chacun. Un accompagnement thérapeutique adapté à chaque jeune est également défini pour leur donner accès aux soins et rééducations qui leur sont nécessaires.

Les jeunes de l'IME mangent au self-service, au sein duquel ils peuvent constituer leurs plateaux. Ils restent cependant accompagnés d'éducateurs durant le temps de repas. Les enfants de la SEES mangent lors d'un premier service ; les adolescents et les jeunes

---

<sup>7</sup> « Les troubles neurodéveloppementaux sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. » (American Psychiatric Association, 2015, p.33).

présentant un TSA sur un second. Le self est composé d'une grande salle de repas ainsi que de plusieurs petites salles, permettant isolement et calme pour ceux en ayant besoin.

Pour poursuivre leur parcours après la SIPFP, les jeunes de l'IME peuvent être orientés au sein d'un foyer de vie ou d'un foyer d'hébergement. Ils peuvent parfois travailler en ESAT.

### 3. Le Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD)

Le SESSAD intervient au domicile ou sur les autres lieux de vies du jeune (école, crèche, domicile...). L'agrément du SESSAD est de 35 places destinées à l'accompagnement précoce d'enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Le SESSAD peut ainsi suivre jusqu'à 4 jeunes polyhandicapés, 6 jeunes TSA, 22 jeunes avec un trouble du développement intellectuel et 3 enfants sortants de l'Unité d'Enseignement Maternelle Autisme (UEMA).

Le SESSAD a pour mission de conseiller l'entourage des enfants et adolescents, tout en affinant le diagnostic et en guidant le développement psychomoteur de l'enfant. Une des missions du SESSAD est également de soutenir la scolarisation et la préprofessionnalisation des jeunes. Pour cela, des activités éducatives, du soutien psychologique, de l'aide à la scolarité et des activités de soins et de rééducation sont proposées.

### 4. L'Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA)

L'UEMA s'inscrit dans une démarche inclusive relative au troisième plan autisme 2013-2017. Sept enfants TSA de 3 à 6 ans sont accueillis dans cette classe spécialisée. Un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) et un Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) sont mis en place pour répondre au mieux aux besoins des enfants. Ils bénéficient de temps d'inclusion dans une classe de référence, selon leurs besoins et capacités. Ils partagent aussi des temps avec les enfants des autres classes lors du repas et de la récréation.

Ainsi, les enfants bénéficient d'un accompagnement scolaire spécialisé mais aussi d'un soutien dans les tâches de la vie quotidienne, de la communication sociale et du développement psychomoteur. L'UEMA permet, par son caractère inclusif, de favoriser la socialisation de ces enfants grâce aux équipes éducatives, à l'enseignante spécialisée, à

la psychologue et aux professionnels paramédicaux (psychomotricien, infirmier, orthophoniste) qui interviennent sur place.

Maintenant que l'institution et son fonctionnement ont été décrits, je vais pouvoir aborder le contexte dans lequel se trouve le groupe de médiation équine.

## II. Le groupe de médiation équine

### 1. Le contexte

La médiation équine est proposée un jeudi après-midi sur deux, dans un centre équestre de proximité. Celui-ci possède un label Equi Handi Club et un label Tourisme et Handicap. Il propose notamment des activités de médiation par l'animal avec les chevaux, les poneys et les shetlands (poneys de taille inférieure à 1 mètre 07). Cette médiation est proposée aux jeunes du Pôle Enfance depuis plus de 20 ans, en partenariat avec ce centre équestre.

Un groupe de quatre enfants âgés de 7 à 9 ans participe à cette médiation. Parmi eux, trois enfants sont à l'IME, formant une classe de la SEES. Le dernier, Elliott, dont nous étudierons la situation ultérieurement (cf. B.III), possède une notification de la MDPH à la SAPH mais bénéficie de temps d'inclusion à la SEES, le jeudi après-midi en faisant partie. Les enfants sont atteints par différents troubles. Le groupe se compose notamment d'un enfant porteur de trisomie 21, un enfant non-voyant (Elliott), un enfant déficient auditif et un enfant porteur d'une pathologie génétique rare. Ils présentent tous un trouble du développement intellectuel et un retard global de développement psychomoteur. Des difficultés pratiques et de motricité fine ont été repérées chez chaque membre du groupe. De plus, un retard dans l'acquisition et la compréhension des repères spatio-temporels et corporels a été observé. La proprioception est également déficitaire. Nous pouvons aussi remarquer que ces enfants n'adoptent pas toujours un comportement adapté, ils peuvent être dans l'opposition ou chercher un contact corporel excessif.

La médiation équine a été proposée dans un premier temps dans un but éducatif. En effet, comme l'animal peut, chez l'Homme, être source de motivation, l'objectif principal de cette médiation est de stimuler les compétences motrices et relationnelles des enfants du groupe en leur offrant un cadre motivant et différent de celui rencontré à l'IME.

Les enfants présentant tous un retard dans la construction de leur schéma corporel, l'objectif psychomoteur de la médiation équine est d'en accompagner l'intégration. Le but est donc d'améliorer leur somatognosie et de prendre conscience de leur corps dans

l'espace, via la sensorialité et les différentes activités proposées. Cela leur permettra notamment de développer leur autonomie en favorisant leur aisance globale dans l'espace.

Nous sommes trois à quatre accompagnantes pour encadrer ce groupe : l'enseignante, deux Accompagnants Educatif et Social de l'équipe éducative, et moi, apprentie psychomotricienne. Sur place, nous retrouvons la monitrice d'équitation, diplômée d'Etat en 1996. Elle a été formée à la médiation animale par l'IFZ et est certifiée depuis 2017 en équitation sociale. Dans ce centre équestre, de nombreux accueils et accompagnements de personnes handicapées s'ajoutent aux cours d'équitation.

C'est la monitrice d'équitation qui sélectionne les shetlands pour notre groupe. Nous utilisons des shetlands car leur petite taille permet de ne pas intimider les enfants. Cela favorise également le maintien d'un cadre sécuritaire, puisqu'ils sont plus facilement maniables que des poneys et des chevaux, qui ont généralement plus de force. Les shetlands choisis peuvent changer d'une séance à l'autre. Le centre équestre en compte une dizaine. Seuls les plus dociles d'entre eux sont utilisés pour le groupe. Ils ne sont pas formés mais sont habitués aux enfants car ils appartiennent à une branche du centre équestre appelée « poney-club itinérant », qui consiste à se rendre dans les écoles pour proposer aux élèves une découverte de l'équitation. Ainsi, les shetlands choisis sont habitués aux exercices proposés, aux bruits, aux cris potentiels des enfants, aux gestes brusques...Ils ne sont pas craintifs et sont respectueux des Hommes.

Je travaille en collaboration avec la monitrice d'équitation lors de ces séances. Cela me permet de proposer un contenu adapté aux enfants tout en apportant mon regard psychomoteur aux activités et aux comportements des enfants. Je vais désormais expliquer le déroulement des séances de médiation équine.

## 2. Le déroulement des séances de médiation équine

**L'arrivée au centre équestre :** Nous arrivons à 14 heure au centre équestre, après 30 minutes de transport. La médiation équine est la première activité de l'après-midi, précédant un petit temps de classe. Le matin, des activités éducatives sont proposées aux enfants. Nous restons 1 heure 10 sur place ; nous repartons donc à 15h10. Ainsi, nous rentrons au Pôle Enfance à 15h40. Les enfants s'assoupissent souvent dans la voiture, le trajet étant à l'heure de leur temps de repos habituel.

Lorsque nous arrivons au centre équestre, les quatre enfants vont s'équiper. Ils mettent alors leurs bottes et leur bombe (casque). Afin de gagner du temps, ils ne vont pas

chercher les poneys au pré. Ce sont quatre shetlands qui sont choisis pour la médiation, différents à chaque séance. Tous sont dociles, habitués aux enfants et ne sont pas méfiants.

**Préparation du poney :** Les enfants participent au pansage durant environ 10 minutes. Ils brossent et caressent les poneys, ce qui développe le tonus distal, les coordinations et la sensorialité. Je profite de ce moment pour proposer des petits exercices travaillant la somatognosie : brosser le dos du cheval, puis me montrer où est son propre dos, puis où est mon dos.

Par la suite, nous allons récupérer la selle, le tapis et la sangle. Les enfants participent pour porter les affaires ainsi que pour sangler. Cela les responsabilise, les rend actifs et développe les compétences de motricité globale et fine. Ensuite, les enfants tiennent leur shetland par la longe pour se rendre au manège. La tenue du poney demande un recrutement tonique important, notamment au niveau des membres supérieurs. En effet, c'est par l'implication tonique de l'enfant que l'animal s'impliquera à son tour (dialogue tonique).

**Travail à poney :** Au manège, les adultes tiennent les shetlands par le biais de la longe. Les enfants montent en utilisant un tabouret, ce qui met en jeu les capacités de planification et la coordination de différents mouvements. Les poneys marchent sur la piste (chemin sur lequel marchent les poneys pour faire le tour du manège), tenus en longe. Pendant ce temps, les enfants réalisent des mouvements d'échauffement. Cela leur permet de mobiliser leur corps dans l'espace (tourner la tête de droite à gauche, faire des ronds avec ses bras, aller toucher les oreilles et la queue du poney, faire passer un anneau à l'enfant qui est sur le poney de devant en se penchant vers l'avant...). La nomination des parties du corps est utilisée pour développer la somatognosie. Je fournis un exemple de l'action à réaliser pour que les enfants puissent prendre appui sur l'imitation et je montre l'exercice à Eliott par des mobilisations passives qu'il reproduit ensuite de façon active.

Nous installons ensuite diverses activités pour réaliser un parcours. Celles-ci impliquent la mobilisation des enfants dans les trois plans de l'espace. Le parcours se faisant plusieurs fois, les compétences mnésiques sont mobilisées. Les exercices types que je vais maintenant décrire peuvent être proposés lors des séances. Pour Eliott, un indigage sonore et tactile est utilisé pour l'accompagner dans la réalisation des exercices.

L'exercice des tasses consiste à disposer des bâtons de part et d'autre de la piste, une tasse retournée se trouvant sur l'un d'eux. L'enfant doit la saisir et la placer sur le bâton du côté opposé. Cet exercice permet de travailler l'équilibre et les coordinations car le cavalier doit se pencher sur le côté pour saisir et poser la tasse. Ces déséquilibres sont sources de sensations vestibulaires et proprioceptives puisqu'elles entraînent un

changement de position dans l'espace. Cela améliore les compétences d'équilibre, notamment chez Eliott, chez qui il s'élabore uniquement grâce aux sens vestibulaire et proprioceptif. De plus, l'adulte fait bouger la tasse sur le bâton pour lui fournir un indice sonore. Eliott entraîne ainsi ses coordinations auditivo-manuelles. Selon la consigne, cet exercice peut renforcer les coordinations bimanuelles ou bien entraîner l'enfant à croiser l'axe en passant la tasse d'un côté à l'autre.

Des exercices de visée peuvent être proposés : lancer des petites et des grosses balles dans un cerceau, un panier de basket ou dans un seau. Cela favorise le développement des coordinations auditivo-manuelles d'Eliott et oculo-manuelles du reste du groupe.

Un autre exercice consiste à faire passer un drapeau et son mât au-dessus de l'encolure du cheval pour le poser de l'autre côté. Cela permet notamment de renforcer les coordinations bimanuelles par la réalisation d'une action conjuguée des deux mains pour remonter le drapeau. Les enfants sont aussi amenés à croiser l'axe corporel, ce qui leur permet de prendre conscience des parties droite et gauche de leur corps. Enfin, cet exercice implique la prise de conscience du corps de l'autre : l'enfant doit adapter son geste pour ne pas blesser le cheval avec le mât.

A poney, les enfants sont aussi amenés à poser une petite balle sur un cône. Cet exercice entraîne des déséquilibres car le cône est plus bas qu'eux. Il permet aussi aux enfants de ralentir leur rythme car ils doivent inhiber leur geste pour parvenir à poser la balle sans qu'elle ne tombe.

Des ateliers avec des cerceaux sont également réalisés. Les enfants doivent attraper des cerceaux de couleur sur un tabouret, les tenir à une ou deux mains ou les poser sur une partie de leur corps selon une consigne, puis les déposer sur un piquet de la même couleur. Pour Eliott, des plaques sensorielles ont été accrochées sur les cerceaux et sur les piquets afin qu'il puisse faire correspondre l'un et l'autre en s'appuyant sur le sens tactile. Un grand piquet agrémenté d'une cloche est parfois utilisé, ce qui permet à Eliott de le chercher par le son. Pour y déposer le cerceau, les enfants doivent se redresser, se mettre en équilibre en s'appuyant sur les étriers (pièces reliées à la selle soutenant les pieds du cavalier) et lever un bras. Cela nécessite un recrutement tonique important des membres inférieurs et de l'axe. Les enfants doivent en effet mobiliser l'ensemble de leur corps et coordonner leurs membres supérieurs et inférieurs. Enfin, je propose parfois aux enfants de se transmettre un petit cerceau, alors que les poneys sont arrêtés en file indienne. Cela implique un déséquilibre postérieur pour attraper l'objet et antérieur pour le donner à leur camarade. Les enfants découvrent ainsi l'espace avant et l'espace arrière.

Des exercices de proprioception peuvent être proposés. Pour cela, je place leurs membres dans une certaine position, comme si je modelais une statue. Puis, je les replace dans une position neutre. Ils doivent alors reprendre la posture que je leur ai donnée au départ. Cet exercice est d'abord réalisé à l'arrêt, puis au pas, ce qui oblige les enfants à recruter leur tonus pour faire face aux déséquilibres induits par la marche, surtout lorsqu'ils ne peuvent pas se tenir avec les mains car celles-ci sont dans une posture particulière.

Comme lors de parcours psychomoteurs, un exercice durant lequel les enfants doivent passer sous une barre est mis en place, ce qui les oblige à se pencher sur l'encolure du poney (espace antérieur) alors que celui-ci est au pas. Le contact du corps de l'enfant avec celui du poney lui permet de ressentir les limites de son corps. De plus, dans cette position, le système vestibulaire est très stimulé car la tête de l'enfant repose directement sur l'encolure, ce qui implique de nombreux mouvements et bercements. Cette nouvelle position demandant un recrutement tonique important pour contrer les déséquilibres.

Au total, les enfants passent environ 30 minutes à poney, puis ils descendent pour travailler à pied. La descente en autonomie entraîne les coordinations générales et les dissociations. En effet, il faut non seulement se pencher en avant mais également lever une seule jambe pour pouvoir enjamber le poney. Cette action complexe nécessite une planification motrice préalable car elle représente une succession d'enchaînements moteurs. La répétition permet de renforcer la mémoire proprioceptive puisque l'enfant doit enregistrer une suite de postures permettant de réaliser l'action.

**Travail à pied :** Pendant environ 10 minutes, les enfants font marcher les shetlands en les tenant par la longe. Ils doivent se déplacer entre des barres, s'arrêter, faire avancer le poney, marcher sur des briques tout en guidant le poney, etc. Cela leur permet de travailler en double tâche : ils doivent réaliser l'exercice demandé en guidant l'animal et en prêtant attention à leur position dans l'espace.

**Fin de la séance :** Les enfants guident leurs poneys jusqu'à l'attache et participent pour le desseller. Comme au début de l'activité, ils rangent une partie du matériel. Je leur propose ensuite de caresser le poney et de le remercier, ce qui offre des sensations tactiles et du réconfort aux enfants. Durant ce temps de caresses, je remarque l'importance du dialogue tonique avec les animaux. Leur nature et caractère calme permet d'apaiser les enfants qui sont parfois excités à cause du mouvement engendré par la fin de séance. Ce temps calme entraîne une diminution de la tonicité, du rythme et du niveau d'excitation des enfants (moins d'agitation, de bruit et de gestes brusques). Ils peuvent par la suite aller poser leur bombe, ce qui marque la fin de la séance.

### III. Etude de cas

#### 1. Anamnèse

Eliott a 7 ans. Il vit avec sa mère et sa petite sœur de 1 an 1/2. Ses parents sont séparés. Il voit rarement son père mais garde toutefois un contact téléphonique avec lui.

Il est né à terme, sans complications durant la grossesse. A 2 mois, ses parents observent une absence de fixation oculaire chez Eliott ainsi que des mouvements de saccades et une grande sensibilité auditive. De plus, leur fils ne dormait pas et perdait du poids. Il a donc été hospitalisé et nourrit par sonde naso-gastrique. A 6 mois, des malformations cérébrales sont observées, amenant ensuite au diagnostic de dysplasie septo-optique<sup>8</sup> sans identification de gène. Le bulbe olfactif d'Eliott est également touché par les malformations cérébrales, ayant pour conséquence une absence d'odorat.

La dysplasie septo-optique implique notamment une cécité bilatérale. Eliott conserve cependant la capacité de percevoir légèrement la lumière. Il peut par exemple dire si la lumière est allumée ou non. En effet, il oriente régulièrement son regard vers les néons, lorsque ceux-ci sont allumés.

Un tracé épileptique est mis en évidence lors d'un Electro-Encéphalogramme en octobre 2022. L'épilepsie se manifeste sous forme d'absences.

Eliott est actuellement sous traitements médicamenteux. Il prend des hormones de croissance (Saizen par injections sous-cutanée) et a une alimentation enrichie (via Dextrine maltose) pour lui permettre d'avoir une croissance normale. Il est aussi sous neuroleptiques (Tercian trois fois par jours) pour cause d'angoisses manifestées par des cris et de l'auto-agressivité. Depuis 2022, il est sous traitement antiépileptique (prise quotidienne de Zarontin). Un protocole Buccolam a également été mis en place en cas de crise. Depuis la mise en place du Zarontin, il présente des reflux gastriques, traités par prise de Gaviscon.

Lorsqu'il était petit, Eliott se déplaçait sur le dos en poussant sur ses pieds. Il ne se retournait pas, ne rampait pas et ne s'est pas déplacé à quatre pattes, ce qu'il peut désormais faire. Il n'appréciait pas le décubitus ventral. En décubitus dorsal, Eliott explorait les objets avec les pieds. A 13 mois, il tenait assis. Il a acquis la marche à 5 ans.

---

<sup>8</sup> « Malformation de la partie frontale du cerveau qui apparaît vers la fin du premier mois de grossesse et comprend une hypoplasie du nerf optique, une absence du septum pellucidum (la membrane qui sépare la partie frontale des 2 ventricules latéraux) et une hypoplasie hypophysaire et un hypopituitarisme. » (Falchek, 2023, « Dysplasie septo-optique »).

Actuellement, il apprend à se déplacer seul avec la canne blanche, après l'introduction d'une pré-canne en 2022.

Eliott a besoin de l'adulte pour les activités de la vie quotidienne. Il est capable de manger seul mais conserve une alimentation mixée car il ne supporte pas les morceaux. La propreté est en cours d'acquisition, faisant office d'un travail éducatif cette année.

Du point de vue relationnel, Eliott va rarement au contact de ses pairs mais il interagit plus facilement avec les adultes, avec qui il peut communiquer verbalement par des mots ou des phrases simples.

En 2017, une évaluation psychomotrice réalisée au Centre d'Action Médico-Social Précoce révèle un retard global du développement psychomoteur d'Eliott. Il est alors suivi en orthophonie (pour un retard de langage) et en psychomotricité à partir de 2018.

Une proposition d'orientation vers un SESSAD permet de poursuivre le suivi en orthophonie et en psychomotricité d'octobre 2019 à janvier 2021. Les prises en charge sont hebdomadaires. En parallèle, un suivi éducatif est mis en place 2 fois par semaine. Durant cette période, Eliott est scolarisé en petite puis moyenne section de maternelle avec l'aide d'un AESH (Accompagnant d'Elèves en Situation de Handicap).

En janvier 2021, Eliott arrive à la SAPH. Il est dans le groupe des enfants, avec trois autres jeunes polyhandicapés. Il est tout d'abord accueilli à temps partiel et ne vient que quatre matinées par semaine. Il repart après le repas. En janvier 2022, il est accueilli quatre jours par semaine. Depuis septembre 2022, il se rend à la SAPH cinq jours par semaine et bénéficie de temps d'inclusion à l'IME (puisqu'il présente un TDI). Ceux-ci ont augmenté depuis l'année passée, il rejoint actuellement un groupe de la SEES trois demi-journées par semaine pour des temps de classe. Avec cette classe, il participe au groupe de médiation équine depuis septembre 2023 et à des séances de psychomotricité en groupe. Une augmentation du temps à la SEES est actuellement envisagée pour donner suite à ses nombreux progrès.

Un accompagnement pluridisciplinaire est offert à Eliott à la SAPH, dont un suivi en psychomotricité deux fois par semaine. Suite à la passation d'un Profil Sensoriel de W. Dunn révélant une hypersensibilité tactile et auditive, les séances ont eu dans un premier temps pour objectif principal la désensibilisation tactile. Aujourd'hui, une séance individuelle de psychomotricité à la SAPH lui est proposée en supplément du groupe psychomoteur auquel il participe avec son groupe d'inclusion à la SEES.

Après une demande des parents appuyée par l'avis de l'équipe de la SAPH, un ergothérapeute formé sur les troubles de l'oralité intervient une fois par semaine durant des temps de repas pour travailler l'acceptation de l'alimentation en morceaux.

Eliott est aussi suivi par le CRDV (Centre de Rééducation pour Déficients Visuels). Il est ainsi accompagné par une éducatrice, une institutrice et ponctuellement par un instructeur en locomotion, au sein de la SAPH. Il apprend donc à utiliser le braille, la canne blanche mais aussi à développer son autonomie grâce aux conseils de ces professionnels spécialisés dans l'accompagnement d'enfants déficients visuels.

## 2. Bilan psychomoteur

Les observations psychomotrices suivantes ont été réalisées en milieu écologique et lors de séances de psychomotricité, entre septembre et novembre 2023. Eliott avait alors 7 ans. Je le rencontre avec la psychomotricienne du service car nous réalisons les séances individuelles ensemble.

Des tests standardisés comme certains items du MABC-2 de J. Marquet-Doléac, R. Soppelsa, J-M. Albaret (3-6 ans) ou la somatognosie de J. Bergès et I. Lézine ont été utilisés comme supports d'observations.

**Tonus** : Eliott a un tonus faible. Assis, on note rapidement un effondrement de la posture. Debout, il cherche à s'appuyer sur un mur ou contre l'adulte si ce dernier est à proximité. Lors des séances, il ne peut pas maintenir une position donnée, comme lever les bras au-dessus de sa tête. En outre, nous observons une fatigabilité importante. Par exemple, lors de l'utilisation de la canne, Eliott peine à maintenir un mouvement de balayage dans la durée. Si nous lui rappelons, il reprend le balayage avec sa canne mais son exécution devient imprécise. Son tonus d'action est fluctuant. Par exemple, lorsqu'il a peur, qu'il est frustré ou excité, il peut avoir un recrutement tonique important. En revanche, lors des manipulations, le tonus de ses doigts est faible : il ne peut pas appuyer sur une pince. Eliott est détendu lors des mobilisations passives, il ne présente pas de paratonies.

**Motricité globale** : Eliott parvient à coordonner ses membres supérieurs et inférieurs pour se déplacer à 4 pattes et pour réaliser la marche de l'ours. Il a plus de difficultés pour ramper, en effet, ses jambes participent peu au mouvement ; il se hisse avec ses bras. De plus, lors de la marche, nous pouvons remarquer l'absence de ballant des bras. Ses pieds se décollent peu du sol et ses pas sont de faible amplitude. Son polygone de sustentation est d'une largeur supérieure à ses hanches et ses pieds sont en abduction (exogyrisme). Eliott peut courir quelques mètres en étant tenu par la main. Il monte et

descend les escaliers en alternant le pas et commence à utiliser la canne dans ceux-ci. Il est également capable de monter sur l'escalier.

Eliott peut maintenir un équilibre statique bipodal. En revanche, l'équilibre statique unipodal est échoué. Il est capable de sauter en décollant ses deux pieds simultanément. Ses bras ne participent pas au mouvement et ses pieds ne sont pas joints. Il n'est pas encore possible pour lui de sauter vers l'avant, ni de sauter sur un pied. Il a besoin d'un contact avec l'adulte pour marcher sur une poutre large. Lorsqu'il doit marcher sur une ligne et que son polygone de sustentation diminue, il prend d'avantage appui sur l'adulte.

Lorsqu'une consigne de mouvement est donnée, Eliott la réalise parfois de façon brusque. J'observe un recrutement tonique important, un geste rapide et peu délié. De plus, il fronce les sourcils et verbalise qu'il n'y arrive pas. Certains mouvements, notamment lorsqu'il les exécute rarement, lui demandent une concentration importante, ce qui peut expliquer ses difficultés à les réaliser.

**Motricité fine** : Lors de l'item de coordinations uni-manuelles du MABC-2, Eliott utilise une pince tri-digitale pour attraper les pièces (pouce, index, majeur). Puis, pour les mettre dans la tirelire, il les manipule entre son pouce et son majeur en utilisant son index pour appuyer sur le haut de la pièce. Pour l'item des coordinations bimanuelles, Eliott parvient à enfiler les perles sur le fil sans difficulté. Il peut également coordonner ses deux mains pour réaliser un serpentín en pâte à modeler et pour visser et dévisser des vis de tailles variées. Nous observons des difficultés de déliement digital lors de l'opposition du pouce aux autres doigts. Eliott peine à mobiliser un doigt indépendamment des autres.

Lors des épreuves de motricité fine, nous pouvons observer des syncinésies oro-chirales (tire la langue). Il répète également qu'il n'y arrive pas, alors qu'en continuant l'exercice, il réussit seul.

Eliott peut contrôler les muscles de son visage et réaliser diverses mimiques comme des sourires ou froncer les sourcils de façon spontanée.

**Représentations du corps** : En utilisant le test des somatognosies de J.Bergès et I. Lézine, nous observons qu'Eliott connaît le nom des parties du corps de base. Lorsque je touche ses segments corporels, il peut me nommer la majorité des parties du corps dont la connaissance est attendue à 5 ans (cf. annexe E). Il a besoin d'indices pour certaines articulations. Sur consigne, il peut me montrer ces mêmes parties sur lui, comme sur moi. Il a plus de mal à trouver les articulations distales (chevilles, poignets).

Eliott n'a pas accès à la représentation graphique de son corps. Il ne parvient pas non plus à réaliser un bonhomme en pâte à modeler.

Il évite les obstacles (murs tables, chaises) lorsqu'il se déplace dans un lieu connu. En revanche, lors des parcours avec des obstacles nouveaux, il est plus en difficulté pour adapter la position de son corps.

En utilisant le sens musculaire de G.B. Soubiran, nous remarquons qu'Eliott ne peut pas reproduire la posture dans laquelle nous l'avons positionné. Sa proprioception est imprécise. La guidance verbale n'est pas suffisante pour l'aider à reprendre la posture, il faut le guider physiquement. Il rencontre également des difficultés à réaliser une posture en orientant les parties de son corps selon une consigne verbale, comme lors de la prise de postures de yoga.

Eliott participe pour s'habiller et il est capable d'enfiler ses chaussures seul, bien qu'il inverse parfois le pied droit et le pied gauche. Pour mettre sa veste, il a du mal à trouver ses manches et il a besoin d'être aidé pour la tenir. Il a besoin d'aide pour en enclencher la fermeture éclair. Nous observons toutefois un début d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne qui se met en place.

**Espace** : Eliott connaît les notions spatiales attendues à 4 ans (cf. annexe G). Il a aussi intégré les positions droite et gauche sur lui. Ces notions sont beaucoup utilisées afin de le guider lors de ses déplacements.

Eliott occupe peu l'espace de façon autonome. Cependant, il est capable de se repérer dans les lieux connus et peut réaliser certains trajets sans l'aide de l'adulte, lorsqu'il les réalise fréquemment. Il est par exemple capable de se rendre en salle de psychomotricité depuis la SAPH sans indications.

**Temps** : Eliott se repère via un emploi du temps tactile, qu'il établit tous les matins avec l'équipe éducative de son groupe. Il connaît le vocabulaire temporel de base, ses connaissances le situant à un âge de développement de 3 ans ½ (cf. annexe F). Il associe un repère tactile à un jour de la semaine sur son emploi du temps mais ne sait pas spontanément quel jour on est. Il n'est pas non plus capable de se repérer dans la temporalité de la journée. Il associe les activités aux personnes qui les réalise avec lui. Eliott a un rythme lent dans ses actions, ses déplacements et sa parole.

**Latéralité** : Au niveau de la latéralité usuelle, une préférence manuelle à droite semble se mettre en place. Eliott shoote dans un ballon avec le pied gauche.

**Graphomotricité** : Eliott saisit l'outil scripteur avec une prise palmaire. Néanmoins, il peut maintenir la prise tri-digitale s'il est guidé pour prendre cette position. Il applique une pression adaptée sur la feuille et réalise des va-et-vient avec le crayon, entre deux morceaux de carton, ce qui lui offre des repères pour arrêter son tracé.

**Sensorialité** : Eliott ne présente plus d'hypersensibilité tactile. Il conserve cependant une sensibilité orale accrue et mange uniquement des aliments mixés car il ne supporte pas les morceaux. Du fait de sa cécité, il se repère par le toucher et l'ouïe. Eliott se balance souvent d'un pied sur l'autre. Il découvre encore des objets par la bouche.

**Comportement** : Eliott est toujours enthousiaste à l'idée d'aller en séance. Quand il est frustré, il peut crier et se faire craquer les mains et les chevilles. Il teste les limites du cadre quand il rencontre une nouvelle personne, par exemple, il peut donner des coups dans les jambes d'autrui avec sa canne

**Cognition** : Eliott a besoin de guidance verbale et gestuelle pour réaliser ses actions. Ses ressources attentionnelles sont limitées mais il peut tout de même maintenir son attention sur les activités proposées pendant plusieurs minutes. Il mémorise aisément le prénom des personnes qu'il croise en les associant à leur voix.

### 3. Conclusion et projet thérapeutique

Un retard global dans les acquisitions psychomotrices d'Eliott est observé (motricité, espace, temps, somatognosies). Il se repère dans son environnement grâce aux sens tactile et auditif. Il a une durée d'attention limitée. Le retard psychomoteur d'Eliott et son manque de tonicité peuvent être consécutifs à sa cécité. Son tonus faible peut entraîner une fatigabilité importante lors des tâches motrices, expliquant ainsi son rythme lent. Nous pouvons ajouter à cela que sa cécité le ralentit car il doit prendre le temps de se repérer via d'autres sens.

J'émet l'hypothèse que l'absence d'informations visuelles entraîne chez Eliott un manque de conscience de son corps dans l'espace. En effet, le schéma corporel se construit dans un premier temps grâce aux informations visuelles puis en grandissant, grâce à la proprioception. La fragilité de la proprioception d'Eliott pourrait expliquer ses difficultés à adapter sa position à de nouveaux obstacles ou à reproduire une position prise au préalable. Sa cécité entraîne également un manque de représentations spatiales, ce qui peut le freiner dans ses explorations. Cela peut aussi entraîner un retard dans les connaissances topologiques puisqu'il doit comprendre les termes spatiaux en utilisant ses autres sens, notamment le toucher et l'audition.

A l'issue du bilan, un suivi en psychomotricité en individuel et un suivi groupal ont été proposés à Eliott de façon hebdomadaire. Dans un premier temps, l'objectif est qu'Eliott apprenne les repères topologiques corporels et spatiaux attendus à son âge. Une fois cet objectif atteint, l'orientation spatiale du corps sera travaillée afin qu'il puisse se déplacer

avec la canne en suivant les indications spatiales données (aller à droite, faire demi-tour, etc.). Enfin, le développement de l'autonomie est attendu pour qu'Eliott se déplace avec la canne dans un environnement plus ou moins connu, sans être guidé.

Suite à l'évolution positive des compétences d'Eliott durant l'année scolaire 2022-2023, sa participation à des séances de médiation équine en septembre 2023 a été discutée en équipe pluridisciplinaire. Ces séances ont été réfléchies pour développer les acquisitions socio-communicatives d'Eliott et pour soutenir les objectifs psychomoteurs définis au préalable. Ainsi, la médiation équine a été l'activité qui a permis la combinaison de tous ces objectifs.

---

### **Vignette clinique : présentation des séances individuelles et groupales**

Les séances individuelles durent 45 minutes. Je les réalise avec la psychomotricienne de la SAPH.

Nous passons par les escaliers pour nous rendre en séance, afin qu'Eliott y travaille l'utilisation de la canne. Nous nous rendons ensuite en salle de psychomotricité, ou dans la cour, où plusieurs exercices sont proposés. Par exemple, nous passons une balle sur l'ensemble de son corps et il doit en nommer les parties. Il doit ensuite positionner la balle selon la consigne donnée (« sur ton genou gauche », « derrière toi », « sous ton pied droit » ...). Ensuite, nous installons des tapis au sol, en les espaçant légèrement, de sorte à former un couloir. Au bout de ce couloir, nous installons un objet à droite, et un à gauche. Eliott doit alors marcher dans le couloir en tapant les tapis avec sa canne. Au bout de celui-ci, nous lui indiquons une direction : droite ou gauche, ainsi que l'objet y étant associé. Il doit alors tourner et aller toucher l'objet. Nous réitérons ce parcours plusieurs fois. Une autre activité est proposée : Eliott est assis au centre de la pièce, je reste à ses côtés. La psychomotricienne va alors jouer d'un instrument de musique quelque part dans la pièce. Eliott doit d'abord montrer puis nommer d'où vient le son (devant lui, derrière lui, à sa droite ou à sa gauche). Nous accompagnons ensuite Eliott sur son groupe, toujours en privilégiant les déplacements avec la canne.

Les séances de groupe durent 1 heure. Le groupe est composé des mêmes enfants que le groupe de médiation équine. Je propose les séances avec la psychomotricienne de la SEES.

Nous allons chercher Eliott sur son groupe, à la SAPH. Il se déplace avec la canne jusqu'en salle de psychomotricité. Nous y retrouvons le groupe, soit la classe avec laquelle il est scolarisé. Dans un premier temps, des petits ateliers moteurs sont proposés (ramper,

marcher sur une planche à bascule, monter à l'espalier, sauter, viser, etc). Ensuite, ces mêmes ateliers sont proposés sous la forme d'un parcours psychomoteur. Chaque enfant passe une fois sur le parcours, accompagné d'un adulte. Le début et la fin du parcours sont représentés par des plaques au sol qu'Eliott repère avec ses pieds. Ensuite, un deuxième temps moteur est proposé : une activité est choisie, comme la danse, la reproduction de postures de yoga ou la marche des animaux. La séance se termine par un temps calme : mobilisations passives, instruments de musique, massages avec des balles à piquots... Les enfants vont ensuite remettre leurs chaussures et leurs manteaux puis l'ensemble du groupe se rend en classe.

Des séances de motricité fine sont proposées ponctuellement avec le groupe. Les activités proposées sont alors réutilisées par l'enseignante durant les temps de classe.

#### 4. Observations détaillées d'Eliott lors de séances de médiation équine

##### *a. Première séance*

Eliott s'est assoupi dans la voiture durant le trajet. Il s'est laissé glisser sur son siège. Le réveil est difficile, Eliott pleure. A l'arrivée, il ne parvient pas à s'organiser pour sortir seul du véhicule. Durant cette première séance, il y a beaucoup de vent. A la sortie de la voiture, Eliott est effrayé par le bruit provoqué par le vent. Je le rassure par un contact physique et des explications sur la source sonore. Je lui explique qu'il peut me dire s'il a peur mais qu'il faut éviter de crier, afin de ne pas apeurer les poneys.

Eliott découvre les lieux en étant guidé par un adulte. Il accepte le port de la bombe. L'activité pansage commence ensuite. Eliott touche pour la première fois un poney. Il n'a pas peur, il sourit. Il caresse le poney, ses crins, ses poils, touche les parties de sa tête... Je nomme chacune des parties touchées, pour l'aider à se représenter le corps de l'animal. Eliott ne localise pas encore les parties du corps du shetland ; il ne me répond pas lorsque je lui demande de me montrer telle ou telle partie. Lors de cette séance, il a besoin d'aide pour manipuler la brosse à cause d'un manque de tonicité distale. Seul, il effleure le poney. Il ne parvient pas non plus à réaliser le mouvement avec ses deux mains sur la brosse, témoignant d'un manque de coordinations bimanuelles.

Eliott participe ensuite à la mise de la selle et du tapis. Il porte le tapis pour l'amener jusqu'au shetland. Il peine à s'organiser pour se déplacer avec cet objet dans les mains. Lors du sanglage, je serre la sangle et Eliott cherche le trou dans lequel mettre l'attache avec son doigt, ce qui permet de développer l'attention sensorielle, la dextérité manuelle

mais aussi de le rendre actif et de l'ancrer dans le présent. Il a besoin d'être guidé car il ne parvient pas à repérer le trou et manipuler l'attache simultanément.

Lorsque nous emmenons les poneys au manège, il peine à maintenir la longe dans ses mains, il la lâche à plusieurs reprises, par manque de tonicité distale. Il se laisse guider par le shetland et l'adulte à ses côtés, sans qui Eliott s'arrête et lâche la longe. Sa présence le rassure, il n'est pas encore autonome dans les déplacements.

Eliott ne parvient pas à monter seul sur le poney, une guidance physique est nécessaire. En selle, il sourit et répond qu'il n'a pas peur lorsque je le lui demande. Je lui règle ses étriers. Eliott ne parvient pas à les mettre seul car il n'arrive pas à adapter sa position à ce qu'il perçoit tactilement des étriers. C'est une posture qu'il ne connaît pas encore, je le guide donc pour les mettre. Eliott présente une cyphose dorsale importante à l'arrêt, qui diminue après une dizaine de minutes au pas. Les premières minutes, un contact physique (au niveau du dos) est nécessaire pour qu'Eliott apprivoise la position et les déséquilibres entraînés par le pas. Sans ce contact, il bascule d'un côté à l'autre du poney à cause d'une faible tonicité. Nous remarquons par la suite un redressement via un recrutement tonique axial plus important qu'en début de séance.

J'observe qu'Eliott ne crie pas quand des bruits surviennent lorsqu'il est au centre équestre. Il semble être moins facilement effrayé dans cette atmosphère. Il paraît plus confiant et plus calme.

Pendant l'échauffement, il a besoin d'une guidance gestuelle pour mobiliser ses articulations. Des exercices types parmi ceux décrit précédemment sont ensuite proposés. A chacun d'entre eux, Eliott dit qu'il n'y arrive pas. Il ne prête pas attention aux indices sonores et à la guidance verbale que les adultes lui proposent pour repérer les objets. Durant cette séance, il se mobilise peu et gémit pour signifier qu'il n'apprécie pas les déséquilibres latéraux ou antérieurs entraînés par les exercices. L'ensemble de ces mouvements et sensations sont nouveaux pour lui. Il ne parvient pas à reprendre une posture donnée précédemment, même lorsque celle-ci n'implique qu'un seul membre.

Eliott demande de l'aide pour descendre. La guidance physique est utilisée. Nous travaillons ensuite à pied, Eliott lâche à nouveau la longe. Je remarque qu'à l'arrêt, il ne se balance pas d'un pied sur l'autre. Je suppose que le temps à poney a satisfait sa recherche de sensations vestibulaires. Eliott suit le rythme de marche du poney, qui est légèrement plus rapide que le sien ; il est à l'écoute du rythme de l'animal. Il parvient à marcher sur des briques sans lâcher le poney, néanmoins, il a besoin d'un contact physique avec l'adulte pour garder l'équilibre et se rassurer. Sans ce dernier, il gémit et s'inquiète.

A la fin de la séance, après avoir participé pour ranger les affaires du poney, Eliott lui fait un câlin. Il sourit et dit qu'il a beaucoup aimé lorsque je le lui demande. Sur le trajet, Eliott s'endort à nouveau. L'activité l'a fatigué. Lors de cette première séance, il ne communique pas avec les autres enfants du groupe, n'interpelle pas l'adulte mais répond à ses questions.

### *b. Cinquième séance*

Eliott a bien retenu le nom du poney qu'il préfère : Rudy. Il demande plusieurs fois durant le trajet si Rudy sera là aujourd'hui. Néanmoins, il n'a pas toujours le même poney, ce qu'il accepte facilement. Eliott reste éveillé durant l'intégralité du trajet. Pour sortir du véhicule, il a besoin d'être guidé verbalement pour trouver une poignée à laquelle se tenir et la marche pour descendre.

Eliott a conscience des rituels de la séance. Il sait que nous commençons par mettre la bombe, puis que nous allons brosser le poney. Il se déplace davantage en autonomie pour se diriger vers les poneys en utilisant les indices sonores fournis par l'adulte (taper dans les mains, appel vocal). Eliott peut désormais utiliser une tonicité adaptée pour brosser le poney et réaliser un mouvement coordonné avec ses mains. Il recherche des sensations en brossant dans le sens inverse du poil. Il prend le temps de toucher les crins et les poils du poney. Lorsque je lui demande de me montrer certaines parties du corps du poney, Eliott est capable de me répondre. Il cherche tactilement ces parties, comme le nez ou les oreilles. Il peut ensuite me montrer ces mêmes parties sur lui. Eliott est impatient de monter à poney et souhaite arrêter le pansage rapidement. Il peut faire durer cette activité grâce aux encouragements de l'adulte.

Il est encore difficile pour Eliott de porter le tapis, qui l'encombre à la marche. Néanmoins, pour mettre la sangle, il peut désormais enfiler l'aiguille seul dans le trou. J'observe de meilleures capacités de déliement digital. Ensuite, lorsque nous allons au manège, il ne lâche plus la longe. Je remarque un recrutement tonique distal efficace lors du pansage et de la tenue de la longe. Eliott se laisse encore guider par le poney pour marcher, toutefois, il n'a plus besoin de contact avec l'adulte. Il fait confiance au poney pour se déplacer. Au manège, il est plus autonome pour monter sur le poney et utilise un tabouret. Sur celui-ci, il a besoin de l'adulte pour maintenir son équilibre. La guidance verbale est ensuite nécessaire pour l'aider à organiser son mouvement (quelle jambe passe au-dessus de la selle par exemple).

A poney, Eliott recrute immédiatement son tonus axial. Cela entraîne un changement de posture (redressement de l'axe) qui amène des modifications

proprioceptives en étirant plus ou moins ses propriocepteurs. Eliott prend conscience du changement de la position relative de ses membres. Il peut ressentir ce qu'implique corporellement le redressement.

Lors des échauffements, Eliott peut montrer quelle partie du corps il doit mobiliser mais il est encore nécessaire de lui faire sentir le mouvement via une guidance physique. Pendant les exercices, il se mobilise dans les trois plans de l'espace pour attraper les objets. Eliott maîtrise les déséquilibres quand le poney est à l'arrêt. Il coordonne ses mouvements pour se pencher à droite et à gauche et recrute le tonus nécessaire pour se redresser. Au pas, il n'est pas encore possible pour lui de gérer les déséquilibres latéraux, en revanche il peut maintenir le déséquilibre antérieur pour passer en dessous d'une barre. Eliott ne parvient pas à garder une posture en équilibre sur ses étriers. Il soulève ses fesses de la selle et s'y rassoit instantanément par manque de tonus.

Eliott devient de plus en plus précis pour localiser les objets grâce aux indices sonores. Il oriente son geste dans l'espace selon ses perceptions. Pour certains exercices, comme les épreuves de visée, il a encore besoin de sentir le panier avec ses mains pour lâcher la balle à l'intérieur. Pour l'exercice du drapeau, il prend bien en compte le corps de l'animal et y adapte son mouvement.

Pour descendre du poney, la guidance physique n'est plus nécessaire, il est toutefois guidé verbalement. Le travail à pied reste compliqué pour lui. J'observe des difficultés à tenir le poney en réalisant les exercices. En revanche, lorsque je lui demande de poser un objet sur une partie du corps du poney, il y arrive directement. Eliott montre plus de difficultés sur le plan moteur que sur ses capacités de représentation du poney lors du travail à pied. Il peine à marcher dans le manège (sol recouvert de sable). En effet, comme il lève peu les pieds durant la marche, le frottement de ses pas au sol est couteux en énergie. Je remarque néanmoins que le recrutement tonique axial entraîné par la monte perdure durant l'ensemble des activités proposées à pied. Eliott semble fatigué par la séance, il prête moins attention aux consignes pendant le travail à pied que lors des exercices à poney. Il somnole durant le trajet du retour.

Après cinq séances, Eliott est davantage attentif aux comportements de ses pairs. Il ne les interpelle pas mais répond à leurs sollicitations. Il réagit à leurs comportements en riant. Eliott ne prend pas l'initiative des interactions avec ses pairs ou avec l'adulte.

### *c. Dixième séance*

Durant les trois dernières séances, Eliott n'a pas dormi pendant les trajets. Il est moins fatigable. Il s'organise seul pour monter et descendre du véhicule. Bien qu'il conserve un rythme lent, il trouve la poignée et la marche sans être guidé.

Lors du pansage, Eliott n'a plus besoin de l'adulte pour faire durer son action dans le temps. Il brosse le poney avec un tonus adapté et est attentif à celui-ci. Il rigole quand l'animal éternue ou bouge et raconte à l'adulte ce qu'il s'est passé. Ensuite, Eliott se déplace sans crainte aux côtés du poney en tenant la longe. Il n'est toujours pas devant le poney et se laisse guider par celui-ci. Il a néanmoins gagné en autonomie et n'a plus besoin de la présence permanente de l'adulte pour se rassurer.

Pour monter, il garde son équilibre sur le tabouret en s'appuyant contre le poney. Il enjambe le shetland en attrapant la selle à deux mains en autonomie. Il est capable de mettre ses étriers seul et semble avoir intégré comment ajuster sa posture pour les mettre. Cela montre qu'Eliott a une meilleure conscience de la position de son corps. Il est également capable de reprendre une position donnée lorsque celle-ci concerne uniquement les membres supérieurs.

Eliott montre une meilleure intégration de son schéma corporel. Il peut orienter son corps et ses mouvements pour répondre à un indice sonore. Lors de cette séance, Eliott parvient à viser dans un panier proche grâce à un indice sonore, sans avoir besoin de le toucher. Il a développé ses coordinations auditivo-manuelles. En outre, Eliott parvient à rester en équilibre sur ses étriers quelques secondes grâce à une guidance verbale, alors que le poney est à l'arrêt. Ce mouvement est toutefois coûteux pour lui, j'observe des syncinésies oro-chirales. Durant cette séance, il est aussi capable de gérer les déséquilibres latéraux au pas : il se penche pour toucher son pied sur consigne.

Eliott est encore guidé verbalement pour descendre du poney. Il lui est compliqué de planifier son action seul. Lors du travail à pied, il peut réaliser certains exercices en double tâche, comme marcher sur des briques en tenant le poney. Il n'est en revanche pas encore capable de diriger l'animal, même lorsque nous lui fournissons des indices sonores pour lui indiquer une direction de déplacement. Le manège reste un lieu trop inconnu pour qu'il s'y repère seul. Je remarque toutefois qu'il parvient à recruter le tonus nécessaire pour arrêter le poney.

Eliott parvient à porter le tapis de selle et à se déplacer en le portant. Il peut porter des objets plus encombrants dans la vie quotidienne, comme son siège automobile lorsqu'il rentre au Pôle Enfance. En fin de séance, son rythme de marche est plus lent qu'au début,

ce qui témoigne de sa fatigue. Il garde cependant un recrutement tonique axial important. Pendant le trajet, j'observe notamment qu'Eliott ne se laisse pas glisser sur son siège.

Au niveau socio-communicatif, Eliott a aujourd'hui des interactions plus nombreuses avec l'adulte. Il peut l'interpeller pour effectuer une demande. Toutefois, il ne prend toujours pas l'initiative d'échanger avec les autres enfants, bien qu'il reste attentif à leurs comportements et puisse répondre à leurs sollicitations.

## 5. Conclusion sur l'évolution d'Eliott

Après dix séances de médiation équine, Eliott montre de nombreux progrès, aussi bien au centre équestre que dans la vie quotidienne. Les tableaux en annexes présentent une comparaison de ses compétences entre septembre 2023 (au début de la prise en charge en médiation équine) et aujourd'hui (cf. annexes H et I). Eliott est moins dépendant de l'adulte. En effet, lors des premières séances, il avait besoin de sa proximité permanente pour rester calme et ne pas témoigner de réaction de peur, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. La diminution de ces réactions de peur se retrouve également dans sa vie quotidienne.

Après une séance de médiation équine, Eliott cesse les balancements d'un pied sur l'autre jusqu'à ce que nous rentrions à la SAPH, grâce aux sensations vestibulaires offertes par le pas du shetland.

A poney, Eliott recrute plus facilement son tonus axial. Il est également moins fatigable. En effet, alors que durant les premières séances il présentait une accentuation de la cyphose thoracique les dix premières minutes de monte, il peut désormais recruter son tonus axial la totalité de la séance. Quand il descend du poney, l'activité musculaire axiale perdure pendant plusieurs minutes. Lors du pansage, j'observe également qu'Eliott parvient à employer une tonicité adaptée. Il appuie sur la brosse, comme je lui ai expliqué, alors que la première fois, il effleurait le cheval. La répétition des actions à chaque séance lui a permis de ressentir et d'intégrer le recrutement tonique impliqué par la monte, les activités et le pansage.

Eliott parvient désormais à reproduire une posture lorsqu'elle concerne uniquement les membres supérieurs. Il mobilise aisément son corps dans les 3 plans de l'espace lors des activités à poney. Il semble avoir pris conscience de ses capacités. Par exemple, au début, il montrait de l'appréhension et refusait de provoquer un déséquilibre latéral pour attraper un objet ou toucher son pied lorsqu'il montait à poney, alors qu'il se mobilise désormais vers l'avant, l'arrière, à droite et à gauche sans avoir peur. Il peut attraper des

objets se situant plus bas que ses pieds et recrute le tonus nécessaire pour se remettre en selle. Eliott a intégré ces déséquilibres latéraux et peut les reproduire lorsqu'on lui cite un exercice. Il montre une meilleure adaptation de sa position aux activités proposées lors de ces exercices impliquant de nombreuses modifications proprioceptives.

Eliott a pu, par la médiation équine, découvrir le corps de l'autre, notamment le corps d'un animal. Au début, il peinait à faire le parallèle entre les parties de son corps et celles du poney. Il sait maintenant où sont les jambes, le ventre et le dos, le nez, et le reste du corps de l'animal. Il parvient mieux à mobiliser les parties du corps que je nomme lors des échauffements. Il a effectivement développé sa somatognosie. Il connaît désormais l'ensemble des repères corporels attendus à 6 ans et peut les trouver sur lui et sur quelqu'un d'autre. Il a encore besoin d'être guidé pour nommer certaines parties du corps dont la connaissance est attendue à 7 ans, notamment les hanches et les pommettes. En revanche il peut montrer l'ensemble de ces parties sur lui comme sur autrui. Il est aussi capable de nommer et montrer de façon précise les parties du corps d'une poupée (cf. annexe E).

En somme, Eliott se montre plus autonome en médiation équine et dans la vie quotidienne. Il présente une meilleure conscience de son corps et de son orientation dans l'espace. Je remarque en effet une amélioration de la proprioception. Eliott prend aussi conscience du corps de l'autre. Il oriente son corps par rapport à celui de l'animal pour monter et descendre. Aujourd'hui, il se saisit des adaptations sensorielles qui lui sont données pour réaliser les activités en autonomie.

Grâce à la médiation équine, il a développé des compétences pour orienter son corps et ses mouvements dans l'espace en se saisissant des informations sensorielles extéroceptives et proprioceptives disponibles. Il montre ainsi une meilleure intégration de son schéma corporel par la capacité qu'il a désormais à orienter ses mouvements pour agir sur son environnement selon ce qu'il en perçoit. Il est moins dépendant de l'adulte et s'appuie spontanément sur les indices sensoriels qui lui sont donnés pour se repérer. Il est plus à l'écoute des informations que peut lui fournir l'adulte, ce qui lui permet par exemple de se laisser guider dans l'établissement sans contact physique, de gagner en autonomie lors de l'habillage et des activités de la vie quotidienne (comme les repas). Lorsqu'il est confronté à un obstacle (escaliers, obstacles des parcours psychomoteurs, porte), il cherche désormais des informations sensorielles pour se repérer (rampe, murs, touche les barres à enjamber avec les mains, cherche la poignée de porte) alors qu'auparavant, Eliott avait tendance à attendre les indications de l'adulte pour se mobiliser.

C'est en liant les données théoriques à mes observations cliniques que je vais maintenant répondre à la problématique de ce mémoire.

## C. Discussion

### I. L'accompagnement psychomoteur de l'enfant aveugle en médiation équine

#### 1. La médiation équine chez l'enfant avec un handicap visuel

Selon J. Piaget (1936), la sensori-motricité représente le pilier du développement de l'enfant. C'est seulement après différentes expérimentations que la représentation sera possible. L'expérimentation et la représentation sont deux concepts supports du développement psychomoteur.

La médiation équine permet d'offrir une multitude d'expériences sensori-motrices qui stimulent le développement psychomoteur de l'enfant. En effet, j'ai pu prêter attention à la richesse des stimulations sensorielles : les bruits des animaux, du vent, des membres du groupe ; l'odeur de la paille, des chevaux ou de la poussière ; la douceur du pelage des poneys, l'aspect rêche de leurs crins, la chaleur apportée par leur souffle sur mes mains ou celles des enfants ; les stimulations vestibulaires et proprioceptives entraînées par la monte, etc. Les expériences motrices sont tout aussi nombreuses. Les différents ateliers (pansage, monte, tenue du cheval) impliquent un recrutement tonique et une activité musculaire importante. Ils mettent également l'enfant dans des situations lui permettant d'exercer ses coordinations. D'une part, les coordinations bimanuelles peuvent par exemple être impliquées lors du passage d'un objet d'une main à l'autre ou pour broser en utilisant ses deux mains. D'autre part, les coordinations dynamiques générales sont exercées lors de la monte, par exemple pour ne pas chuter en se positionnant en équilibre sur ses étriers.

I. Berthonneau, zoothérapeute et éthologue pratiquant auprès de personnes déficientes visuelles, partage des bienfaits de l'animal sur ce public. Selon elle, le toucher est le sens qui permet la rencontre entre l'animal et le sujet déficient visuel. Le contact entre les deux protagonistes permet à chacun de se représenter l'autre (Guérin, 2023). La communication avec le cheval passant majoritairement par le dialogue tonique, il est nécessaire d'ajuster sa force et son tonus lors des activités équestres (Beiger, 2014). Le tonus de l'enfant handicapé visuel peut être trop faible ou trop élevé (Ballouard, 2018). La réponse comportementale du cheval à son toucher lui fera prendre conscience des ajustements nécessaires. Par exemple, un toucher trop léger ne sera pas perçu par le cheval, l'intervenant pourra expliquer à l'enfant qu'il doit utiliser un toucher plus franc (Beiger, 2014). De plus, la monte entraîne une suite de changements posturaux, stimulant inévitablement la musculature. Les déséquilibres créés par le mouvement du cheval

impliquent un recrutement tonique obligatoire qui permettra d'éviter la chute (Moraes et al., 2021). C'est ainsi naturellement que l'enfant déficient visuel pourra moduler son tonus lors des activités à cheval.

Les effets de la médiation équine sont, dans la situation d'Eliott, plus facilement observables lorsqu'il monte que lors des activités à pied. Il reste nécessaire de l'inciter à être plus tonique et utiliser plus de force quand il brosse car il ne le fait pas encore spontanément. Néanmoins, je peux observer qu'Eliott recrute plus facilement son tonus axial lorsqu'il est en selle. Les déséquilibres entraînés par les mouvements du pas engendrent une activité musculaire réflexe qui lui permet de se redresser. Ces capacités de redressement sont d'ailleurs observables dans d'autres ateliers proposés à Eliott. Lors des séances de psychomotricité en groupe qui lui sont proposées, il échouait à un exercice en début d'année scolaire, consistant à maintenir un sac lesté en équilibre sur sa tête durant la marche. Alors qu'avant, il faisait tomber le sac sans même avancer, il parvient désormais à faire plusieurs pas sans le faire tomber, car il mobilise son tonus axial pour conserver une posture redressée.

I. Berthonneau définit le plaisir comme l'objectif principal de la prise en charge (Guérin, 2023). Le cheval peut être source de ce sentiment. Le développement moteur des enfants aveugles est impacté par l'absence de vision, entraînant un manque de motivation pour se déplacer, utiliser les objets ou se redresser. Comme l'animal est source de motivation, il encourage ces enfants à se mobiliser pour le toucher.

En effet, Eliott est toujours très heureux d'aller au centre équestre, il demande plusieurs fois dans la semaine s'il va bientôt au poney. En septembre 2023, les professionnels disaient qu'il ne se mobilisait plus autant qu'avant les vacances d'été. Il refusait parfois de réaliser certaines activités, notamment lors des parcours moteurs. Ce comportement n'a jamais été observé en médiation équine. Eliott participe avec le sourire aux lèvres. Il lui arrive de moins vouloir se mobiliser, comme lors du pansage où il signifie rapidement qu'il a terminé. Néanmoins, son action peut perdurer dans le temps si l'un des professionnels l'y encourage.

La médiation équine permet également la découverte d'un nouvel espace, riche en stimulations sensorielles (Perez Miguel, 2013). En effet, le centre équestre se découpe en une multitude d'espaces différents comme la sellerie, le pré, le manège ou les écuries. C'est par des expérimentations que l'enfant non-voyant appréhendera ce nouvel espace. Les déplacements sur et aux côtés de l'équidé lui permet de découvrir l'environnement et de s'organiser dans celui-ci (Beiger, 2014). Bien qu'il ne puisse pas encore se repérer seul au centre équestre, Eliott a pu, grâce à la répétition, prendre conscience de ces différents

espaces, de leurs ambiances lumineuses, leurs températures... A poney, il investit l'espace postérieur, antérieur et latéral en réalisant les activités proposées. Il découvre également l'espace au-dessus de lui, en cherchant à attraper des objets en hauteur. La monte et les déplacements du poney lui permettent d'occuper l'espace, ce qu'il ne fait pas spontanément lorsqu'il est au sol. Lorsqu'il tient son poney par la longe, Eliott le laisse le guider. Cela lui permet de découvrir un environnement non familier sans être au contact de l'adulte, lui offrant ainsi une certaine autonomie. Notons que le cheval, comme le chien, peut-être formé pour guider les personnes aveugles, comme le propose l'association Quintette (Quintette Association, 2017).

Nous observons également un retard de préhension chez l'enfant aveugle qui pourra dans certains cas entraîner une sensibilité tactile élevée par manque d'investissement de ce sens durant le développement (Caffier & Panien, 2017). Le contact chaud et doux du cheval peut, par les caresses et le pansage, offrir un sentiment de sécurité et permettre de réapprendre le sens tactile (Mermet, 2012).

La désensibilisation tactile d'Eliott s'est achevée en 2023. Il n'avait alors plus d'appréhension à toucher diverses matières et objets. Il apprécie le contact du shetland ; à chaque séance, il le caresse en posant sa main ou sa tête contre lui. Le travail en médiation équine a permis d'offrir une continuité à celui de la désensibilisation tactile. Eliott a été amené à toucher diverses matières, formes, objets de différentes températures. Il a accepté de découvrir les objets en prenant le temps de les manipuler. Cela lui a fait découvrir de nouvelles sensations tactiles qui s'ajoutent alors au répertoire de celles déjà connues et apprivoisées. L'ensemble de ces sensations lui a permis d'enrichir la conscience de son corps, étape fondamentale dans l'intégration du schéma corporel. Ainsi, la médiation équine permet de développer la sensori-motricité.

## 2. L'accompagnement de l'intégration du schéma corporel de l'enfant non-voyant en médiation équine

La vue est le moyen le plus utilisé par les individus voyants pour percevoir leur corps. Cela explique pourquoi la connaissance et la conscience du corps peuvent être lourdement impactées chez les sujets aveugles congénitaux, qui n'ont jamais pu découvrir leur corps par l'expérience visuelle (Bernard et al., 2015).

Le schéma corporel est caractérisé par la conscience de son corps, de ses limites, de sa posture, de ses mouvements, de son expression (mimiques, attitude, communication non verbale) et par la somatognosie (Lacombe, 2012). Cette dernière peut être développée

en médiation équine par le biais de petits jeux, d'échauffements et par l'ensemble des exercices entraînant une mobilisation du corps, source de sensations.

Le schéma corporel s'établit sur une représentation mentale du corps, élaborée sur l'ensemble de nos perceptions. Cette représentation se fonde tout d'abord sur l'exploration du corps, lorsque le bébé découvre ses mains, les attrape, joue avec ses pieds, ses cheveux, palpe son ventre, etc. (Lacombe, 2012).

C'est également par le principe de différenciation que l'enfant construit son schéma corporel. Vers 6 mois, l'enfant se différencie et s'individualise peu à peu, prenant ainsi conscience de lui. Dans un premier temps, il se reconnaît comme différent des objets en les manipulant. Puis il comprend qu'il est un être distinct de ses figures d'attachement et des autres êtres humains avec qui il interagit (Lacombe, 2012).

Je remarque qu'en septembre 2023, Eliott a constamment besoin de maintenir un contact corporel avec l'adulte pour se rassurer. Toutefois, cela implique qu'il ne se mobilise pas de façon autonome et qu'il n'explore pas son environnement en tant qu'individu différent de l'autre. Le travail fourni en médiation équine lui a permis de s'individualiser. En effet, le contact corps à corps avec le cheval permet de ressentir ses limites corporelles et ainsi de prendre conscience de soi. Peu à peu, Eliott a pu transposer ce sentiment de différenciation au contact d'un autre être humain. C'est donc en acceptant de réaliser des activités sans l'adulte mais en maintenant un contact avec l'équidé qui, par son caractère porteur, rappelle la sécurité ressentie lorsqu'il était bébé (*holding*), qu'il a pu par la suite s'individualiser et se distancier des autres individus.

Le schéma corporel s'élabore également grâce à l'imitation des gestes d'autrui (boucle perception/action) et par l'expérience du miroir, qui offre une « représentation visuelle de son propre corps » (Lacombe, 2012, p. 127), support de la prise de conscience de celui-ci. Avec le développement du langage, l'enfant va enfin apprendre à reconnaître les parties de son corps en utilisant un vocabulaire adapté (Lacombe, 2012). Or, l'enfant non-voyant n'a pas accès aux informations visuelles qui permettent aux autres de percevoir leur corps et de se mouvoir dans l'espace. Il se mobilise peu et présente souvent un « "retard " global d'acquisition » (Ballouard, 2018, p. 496). Ainsi, il explore moins son corps et son environnement, retardant alors la différenciation et la prise de conscience du corps (Beylier-Im, 2003). En outre, l'absence d'informations visuelles impacte la perception du corps de l'autre en mouvement, rendant l'imitation difficile. Ainsi, il paraît évident que l'élaboration du schéma corporel du sujet non-voyant est impactée.

Les éléments anamnestiques recueillis pour le bilan psychomoteur d'Eliott montrent qu'il s'est en effet mobilisé tardivement. Eliott présente un léger retard de somatognosie

mais de grandes difficultés proprioceptives qui impactent sa posture et ses coordinations. Selon B. Lissonde (1984), c'est à partir de 7 ans que les vicariants sensoriels, notamment proprioceptifs, posturaux, kinesthésiques et tactiles compenseraient la déficience visuelle, offrant alors aux enfants déficients visuels une représentation mentale de leur corps (Moulin, 2014). A 7 ans, il est donc compréhensible et normal, dans le cadre de sa cécité, qu'Eliott présente des difficultés à intégrer son schéma corporel.

L'accompagnement en médiation équine a permis à Eliott de varier son répertoire moteur, d'expérimenter et de prendre conscience de son corps en mouvement. Il a par exemple découvert de nouvelles postures, stimulant alors ses récepteurs proprioceptifs. Ces informations sensorielles permettent à Eliott de construire une représentation mentale de son corps et donc de construire son schéma corporel. Comme dit précédemment, j'observe qu'Eliott recrute plus aisément son tonus axial à la suite du travail en médiation équine. Ainsi, il a perçu de façon consciente ou inconsciente (proprioception) son état de contraction et la position de son corps lorsqu'il recrute d'avantage son tonus axial.

La richesse des sensations offertes par la médiation équine est support de la conscience de soi. Bien qu'il ne puisse pas se représenter son corps visuellement, le contact du cheval a permis à Eliott d'expérimenter la continuité du corps de l'autre et de faire un parallèle avec le sien. Cela favorise le développement de la somatognosie. En effet, Eliott peut toucher les parties du corps de l'animal et en chercher la correspondance sur son propre corps. Il apprivoise peu à peu le nom et la position de ses articulations. L'ensemble des sensations vicariantes (tactiles, vestibulaires, proprioceptives, olfactives et auditives) à cheval font ressentir à l'enfant ses muscles, ses os et ses articulations et leur façon de se coordonner dans un mouvement global. Le contact de la peau de l'enfant avec celle du cheval permet à l'enfant aveugle de prendre conscience de son propre corps et d'en favoriser la connaissance. A. Auve-Debacque explique que « la réalité biologique de la peau donne à voir *l'unicité* de la personne ce qui constitue une des bases sur laquelle se met en place le processus psychique d'individuation » (2011, p. 36).

Enfin, nous remarquons au fil des séances qu'Eliott se saisit d'avantage des informations sensorielles qui lui sont fournies pour adapter son corps à l'environnement. Ses gestes sont plus adaptés à ce qu'il perçoit. Par exemple, lorsqu'il entendait un indice sonore lors des premières séances, il cherchait l'objet en balayant l'espace autour de lui avec ses membres supérieurs. Désormais, il dirige immédiatement son action vers la source sonore.

Cette capacité à orienter son corps dans l'espace selon ce que l'on perçoit de son environnement renvoie à la définition du schéma corporel. Ainsi, bien que le suivi d'Eliott

ne soit pas terminé et qu'il puisse encore progresser, je remarque que l'accompagnement psychomoteur en médiation équine lui a permis d'avancer dans le processus d'intégration de son schéma corporel.

Je vais désormais aborder quels ont été les points clés de l'accompagnement psychomoteur d'Eliott en médiation équine.

## II. L'organisation de l'accompagnement psychomoteur en médiation équine

### 1. Le cadre thérapeutique

Lors des séances de psychomotricité, il est nécessaire de maintenir un cadre thérapeutique afin de garantir la sécurité des participants par l'établissement de règles. Cela permet aussi de préciser le cadre spatio-temporel au sein duquel s'inscrivent les séances (Potel, 2010). Les séances de médiation équine que je propose prenant place dans un centre équestre de proximité, le cadre spatial mais également réglementaire a été différent de celui que les enfants rencontrent habituellement.

La pratique de la médiation équine doit se faire dans le respect du cheval et de son lieu de vie. Le centre équestre présente un règlement intérieur, ainsi le respect des règles est obligatoire, d'autant plus quand l'infraction commise met en cause la sécurité des individus et des chevaux (Perez Miguel, 2013). Par exemple, dans le règlement intérieur du centre équestre au sein duquel nous nous rendons, figure le port du casque obligatoire. D'autres règles de sécurité sont mises en avant à l'oral, comme l'interdiction de s'asseoir au sol à côté du poney, car si celui-ci bouge, il peut potentiellement nous faire mal ou nous marcher dessus sans que nous ayons le temps de réagir.

Il est nécessaire et normal de devoir répéter les informations et les règles aux enfants, surtout lorsqu'ils présentent un Trouble du Développement Intellectuel (TDI). En effet, pour pouvoir intégrer une information, ils ont besoin de plus de répétitions qu'un enfant neurotypique (Perez Miguel, 2013).

Lors de la première séance de médiation équine avec Eliott, je craignais qu'il soit apeuré par les bruits du centre équestre et qu'il se mette à crier. Lorsque nous sommes arrivés, je lui ai annoncé qu'il allait entendre des nouveaux sons, que je lui en expliquerai la source pour qu'il puisse les identifier et qu'il pourrait me dire si quelque chose l'effraie. Je lui ai ensuite expliqué que les animaux auraient peur, eux aussi, s'il crie.

Malgré les bourrasques qui l'effrayaient le matin même dans la cour du Pôle Enfance, Eliott n'a pas crié quand il a été à proximité des poneys. Il a réussi à adapter ses comportements au règlement grâce à la sécurité apportée par la présence de l'animal et l'aspect enveloppant de la médiation équine. Il a bien sûr fallu répéter certaines consignes plusieurs fois, néanmoins, j'ai pu observer que son attitude était différente de celle qu'il présentait à l'IME ou à la SAPH. Eliott m'a paru plus serein, respectueux et à l'écoute lorsque nous étions au centre équestre.

Le cadre de la médiation équine permet donc de maintenir les animaux, les pratiquants et les bénéficiaires en sécurité. C'est notamment dans cette optique de garantir la sécurité et la confiance que le choix d'un cheval ou d'un poney adapté est nécessaire.

## 2. Le choix du cheval

En médiation équine, le cheval doit avoir un tempérament adapté mais il faut aussi qu'il reçoive des soins et que ses besoins soient respectés. Ce point sera abordé ultérieurement dans ce mémoire (cf. C.III. 1). Par la suite il pourra être entraîné en tant que médiateur pour être habitué aux gestes brusques, à côtoyer tous types d'objets, à entendre des cris, à être touché, etc. Cela permettra d'éviter les réactions de peur (Vidament & Caillarec, 2018). Rappelons que la présence de l'animal comporte toujours des risques. L'équidé reste un animal, un être vivant, de ce fait, il est imprévisible. L'habituation et la désensibilisation de l'animal médiateur est nécessaire pour réduire cette imprévisibilité.

Les shetlands qui servent de partenaires aux enfants en médiation équine sont en effet habitués aux enfants, aux cris et aux gestes que le groupe est susceptible de produire. Ils ne sont pas peureux et font confiance à l'Homme et à ses tentatives de le rassurer en cas de besoin. Les animaux utilisés peuvent donc se sentir en sécurité. Cependant, les enfants doivent également être en confiance pour qu'une alliance puisse être mise en place.

Certains enfants peuvent présenter de l'appréhension à l'idée de monter à poney. La présence de l'adulte est nécessaire pour garantir la sécurité de l'enfant et lui permettre de ne plus avoir peur (Perez Miguel, 2013). L'avantage du poney ou du shetland c'est qu'il est petit, ce qui peut être plus adapté aux enfants. Il peut aussi être rassurant grâce à son pelage doux et épais qui ressemble à celui d'une peluche (Beiger, 2014).

La taille des shetlands a en effet permis aux enfants de les apprivoiser facilement. Ils se sont rapidement amusés avec leurs crins, leurs poils et les ont caressés. De plus, la présence d'un nombre conséquent d'adultes a favorisé le développement du sentiment de sécurité, car chaque enfant a pu prendre contact avec un shetland en étant accompagné

d'un adulte. Ainsi, en cas de peur, il pouvait aller se ressourcer et se sécuriser auprès de celui-ci.

Un autre point clé de la réussite de la prise en charge en médiation équine a été la mise en place de rituels.

### 3. La mise en place de rituels

Les rituels permettent aux enfants de se repérer dans le temps. C'est pourquoi, les séances de médiation équine prennent toujours place le même jour, à la même heure. Il est ensuite possible d'intégrer des rituels à la pratique pour structurer l'organisation des séances. Les exercices peuvent varier, cependant un ordre d'activité est à respecter (Perez Miguel, 2013).

En effet, les séances de médiation équine proposées à Eliott et aux autres enfants du groupe sont ritualisées. Dans un premier temps, les enfants vont s'équiper (bombes, bottes) puis ils brossent les shetlands. Ils participent pour seller et amènent ensuite le poney au manège, en le tenant par une longe. Les activités à cheval se déroulent avant que les enfants ramènent les poneys à l'attache, les dessellent, et aillent ranger leur bombe.

Selon moi, les rituels permettent aux enfants de partager un moment privilégié avec le poney, de prendre soin de l'animal, de communiquer avec lui et le caresser. Durant les séances, les rituels ont aidé les enfants à se repérer dans le temps et à anticiper le déroulé des activités. Eliott s'est organisé grâce à eux. Il a régulièrement demandé quand il pourrait monter sur le shetland. C'est le rappel des rituels qui lui a permis d'attendre le moment voulu sans montrer d'impatience. A force de répétitions de ces différentes étapes, Eliott a fini par les intégrer. Il lui arrive parfois d'oublier certains rituels mais il a, par exemple, conscience qu'on ne monte pas directement à poney. Les rituels permettent en effet aux enfants de comprendre la succession de différentes activités et la structuration temporelle (Bataille, 2011).

Grâce à la répétition des actions et à leur prévisibilité, les rituels ont permis de sécuriser les enfants. Cela leur a aussi donné l'occasion d'appivoiser l'animal en étant à ses côtés, avant de monter dessus. En effet, le travail à cheval n'est pas obligatoire en médiation équine. C'est une façon de pratiquer, comme l'est le pansage, le travail à pied ou l'observation. Comme les enfants étaient amenés à monter à poney lors des séances de médiation équine, nous allons aborder les différentes façons de monter et de pratiquer le travail à cheval.

#### 4. Le travail à cheval

Le travail à cheval doit être adapté aux capacités et au sentiment de sécurité du sujet. La monte peut être pratiquée sellée ou à cru (sans selle), les postures et l'équilibre seront alors nettement différents. Là où la selle offre des appuis grâce aux étriers et à des points d'accroche comme le pommeau, la monte à cru demande au sujet une écoute constante du corps de l'autre, qui est en contact avec le sien, pour maintenir son équilibre (Perez Miguel, 2013).

La selle, par son côté enveloppant et sécurisant, peut permettre d'augmenter la confiance du sujet. Cependant, la monte à cru offre des sensations directes et des massages par le corps à corps avec l'animal. Ces sensations permettent de créer une enveloppe contenant autour du sujet (Perez Miguel, 2013).

Pour offrir un sentiment de confiance au bénéficiaire, il est tout à fait possible de commencer le travail à cheval à l'arrêt, pour qu'il puisse apprivoiser la posture, le gabarit du cheval, la hauteur et le contact avec l'animal. En effet, si l'individu craint la hauteur ou l'animal et que la monte provoque trop de peurs ou de déséquilibres, il est nécessaire d'adapter les exercices. Placer le bénéficiaire dans une position inconfortable lui provoquant de la peur est contre-productif pour la construction d'une alliance thérapeutique (Perez Miguel, 2013).

Eliott n'a jamais craint d'être à côté du shetland, il a au contraire apprécié sa petite taille, pouvant ainsi toucher son dos, ses membres, sa tête, etc. En revanche, il a présenté quelques réactions de peur lorsqu'il est monté pour la première fois (crispation du visage et respiration forte). Pour le rassurer, il a été suffisant de lui montrer ma présence en lui parlant et en lui offrant un contact physique. Après avoir passé quelques minutes en selle, le contact n'était plus nécessaire et Eliott se montrait plus confiant, il a pu réaliser les activités proposées.

L'intérêt de l'accompagnement psychomoteur en médiation équine est l'accompagnement global de l'individu. En accompagnant le groupe de médiation équine, j'ai pu amener la psychomotricité durant les séances.

#### 5. Ma place d'alternante

L'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP) propose un cursus en apprentissage dès la deuxième année d'études. L'alternant en psychomotricité peut être

accompagné par un psychomotricien travaillant au sein de la même structure que lui, ou par un tuteur externe (psychomotricien exerçant dans un autre établissement ou en libéral).

Afin de me plonger dans le monde du travail, j'ai décidé d'intégrer ce cursus pour ma troisième année, étant stagiaire durant l'intégralité de ma deuxième année d'études. J'ai eu la chance d'être tutorée par plusieurs psychomotriciens au sein de ma structure. J'ai ainsi pu découvrir de nouvelles pratiques en réalisant de nombreuses séances avec eux, mais j'ai aussi pu entreprendre mes propres suivis en psychomotricité pour compléter la demande de l'établissement. Le cursus en apprentissage m'a permis de découvrir et de m'exercer sur l'intégralité du métier de psychomotricien, comme l'insertion dans une dynamique d'équipe, la réalisation d'écrits (comptes rendus de bilan, projets personnalisés) et la mise en place de suivis individuels et groupaux en psychomotricité. Cela m'a permis de me professionnaliser et de prendre confiance en moi en me confrontant à la réalité du travail en structure médico-sociale.

Au début de mon contrat d'apprentissage, les psychomotriciens de l'établissement m'ont demandé si je souhaitais accompagner le groupe de médiation équine durant l'année scolaire. C'est cette opportunité qui a donné naissance à ce mémoire. Lors des séances, j'ai été l'unique représentante de la psychomotricité. J'ai donc pu réfléchir aux objectifs psychomoteurs et aux axes de travail de cette médiation en collaboration avec l'équipe éducative et la monitrice d'équitation. J'ai pu apporter un regard différent et nouveau à ce groupe, tout en découvrant et m'enrichissant des points de vue des autres professionnels présents. Les recherches réalisées pour écrire ce mémoire m'ont également permis d'affiner mes observations lors de cette médiation.

J'ai cependant rencontré des freins et certaines difficultés pour réaliser ce mémoire. En outre, j'ai découvert les limites de la médiation équine. L'ensemble de ces difficultés vont être abordées dans la partie suivante.

### III. Les freins rencontrés et les limites de la médiation équine

#### 1. Respecter et évaluer le bien-être animal...

L'équidé est un être vivant qui peut avoir une santé fragile. En médiation animale, il est indispensable de respecter le bien-être et la sécurité de l'animal. Selon l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, le bien-être animal correspond à « l'état mental et physique positif lié à la satisfaction de ses besoins physiologiques et comportementaux, ainsi que de ses attentes. » (Anses, 2018,

paragr. 5). Le non-respect du bien-être de l'animal médiateur entraîne des risques pour sa santé, sa sécurité et pour la sécurité des pratiquants et bénéficiaires. En effet, différentes pathologies ou blessures peuvent apparaître (obésité, ulcères, coliques...). L'équidé peut également développer des stéréotypies, une hyperréactivité ou hyperactivité si ses besoins ne sont pas satisfaits (Vidament, 2022). Le concept des 3 F (*forage, friends, freedom* en anglais) résume les besoins fondamentaux des équidés (*Happy Athlete : L'étude sur le bien-être des chevaux de sport révèle ses premiers résultats | Fédération Française d'Équitation—FFE, 2023*).

Tout d'abord, fournir une alimentation adaptée à l'animal est nécessaire pour éviter le risque d'apparition de pathologies (*forage*). Les quantités recommandées sont de 1.5% à 2% du poids du cheval pour une alimentation basée sur les fourrages (foin, herbe) (Vidament, 2022). Les équidés de médiation sont régulièrement des poneys. Ceux-ci sont plus facilement sujets à l'obésité. Des études témoignent que la moitié des chevaux et poneys de médiation et d'instruction présentent un état d'engraissement trop élevé (Vidament et al., 2021). Cela est dû à une diminution de leur activité physique consécutive à l'appivoisement du cheval par l'Homme. A l'état naturel, les équidés parcourent environ 18 kilomètres par jour. Aujourd'hui sédentarisés (7,5 kilomètres par jour pour les chevaux vivant au pré et 200 mètres pour ceux vivant au box), les risques d'obésité ont donc augmenté (Briant, 2016).

De plus, il est primordial pour le bien-être de l'équidé d'offrir des temps de mise en liberté (*freedom*), durant lesquels il peut se reposer, se déplacer librement et être en contact avec ses pairs (*friends*) (Vidament, 2022). L'absence de temps en liberté avec ses congénères entraîne des conséquences directes sur la personnalité et la santé de l'équidé. L. Lansade affirme que seul, le cheval « devient particulièrement vulnérable » (2023, p. 31). En ayant étudié deux groupes de poulains soumis à des conditions de vie différentes (un groupe ayant des temps en liberté seul et l'autre ayant des temps en liberté avec ses pairs), elle observe dans un premier temps que les poulains restant seuls sont plus sensibles, émotifs et recherchent moins le contact humain que les poulains ayant des temps partagés avec d'autres équidés. Dans un second temps, elle analyse que le premier groupe (poulains au box avec des temps seuls au pré) montre une augmentation de l'apoptose (mort) cellulaire (Lansade et al, 2014). Ainsi, pour le bien-être des équidés, il est important de veiller à son environnement et de se rappeler qu'il est avant tout un être social, qui a besoin de partager des temps avec ses congénères.

Le travail à cheval implique des contraintes physiques pour celui-ci. En général, il est estimé qu'aucune douleur ni contrainte physique n'est entraînée si le poids porté par le

cheval est inférieur ou égal à 16% de son propre poids. Il devient dangereux et douloureux pour lui de dépasser une charge supérieure à 25% de son poids. Cela implique notamment une modification des allures. Pour conserver la santé de l'animal malgré le port de charges, des exercices de renforcement musculaire du dos et des abdominaux peuvent lui être proposés. En outre, l'utilisation d'un matériel adapté à sa morphologie offrira un confort supérieur au cheval et réduira les risques de blessures. Pour leur santé, il faut aussi veiller à leur vieillissement et aux pathologies qui risquent de se développer. Par exemple, des suivis dentaires et vétérinaires réguliers sont préconisés, tout comme l'entretien des pieds via le parage pour prévenir les douleurs articulaires (Vidament, 2022).

Le centre équestre au sein duquel nous nous rendons possède le label "Bien-être animal" délivré par la Fédération Française d'Équitation. Les chevaux, poneys et shetlands bénéficient en effet d'un suivi vétérinaire et dentaire. Si besoin, de l'ostéopathie équine et du shiatsu peuvent également être proposés par des prestataires externes. Ces thérapies manuelles sont intéressantes pour la prévention et le traitement des troubles fonctionnels des équidés (Haussler, 2018). Par exemple, ces professionnels interviennent au centre équestre dans le cadre de boiteries, d'atteintes articulaires ou lorsqu'un cheval montre une perte de mobilité causée par des douleurs ou des contractions musculaires importantes.

De plus, les shetlands qui participent aux séances de médiation équine sont régulièrement parés par un maréchal ferrant. Le parage consiste à couper la corne des pieds des équidés, qui pousse en continu, comme un ongle. Aujourd'hui, la sédentarité des chevaux et poneys entraîne une diminution de l'usure naturelle de la corne. Ainsi, le maréchal ferrant coupe la corne pour garantir le bon fonctionnement des articulations podales et pour favoriser l'équilibre du pied (Leveillard, 2013).

Les shetlands vivent au pré, cependant lorsqu'ils présentent un embonpoint, ils passent plusieurs heures de la journée en stabulations afin que leur quantité de nourriture disponible soit limitée. Lorsque l'herbe est insuffisante au pré pour satisfaire leurs besoins (comme en hiver), ils sont nourris avec du foin. Ils sont rarement seuls, partageant le pré avec les autres équidés, et sont en général au minimum deux en stabulation. Ils vivent donc en groupe pour répondre à leur besoin fondamental. Des box sont tout de même disponibles en cas de blessure, maladie ou lors des poulinages (mise bas des juments).

Afin de prévenir les blessures dorsales liées à la torsion vertébrale entraînée par la mise à cheval, des tabourets sont utilisés pour monter. Un lève-cavalier a aussi été installé pour mettre à cheval les sujets handicapés moteurs.

En parallèle du bien-être physique des équidés, il faut également veiller à leur bien-être mental. Les chevaux de médiation sont confrontés à des situations pouvant être source

de stress. Néanmoins, des études montrent que les séances de médiation ne soumettent pas les équidés à un stress supérieur aux cours d'équitation (McKinney et al., 2015). Un travail d'habituation à ces situations peut tout de même être proposé. Durant celui-ci, il est conseillé de renforcer l'animal pour qu'il trouve un bénéfice à l'absence ou présence de certains de ses comportements (conditionnement opérant). Le renforcement positif se fera notamment par la nourriture et le renforcement négatif consistera à cesser « un stimulus désagréable dès que le cheval répond » (Vidament, 2022, « Comportement des chevaux entre eux et leurs relations avec l'homme : Apprentissage & entraînement »). La santé mentale des équidés de médiation fait l'objet de différentes recherches. Certaines exposent un taux de cortisol (hormone du stress), donc un niveau de stress des chevaux et poneys égal lors d'une séance de médiation ou durant un cours classique. La mesure des taux d'ocytocine (qui permet de diminuer le taux de cortisol) montre que le niveau de bien-être ne varie pas non plus (Malinowski et al., 2018). Toutefois, une autre étude basée sur l'observation des comportements équin relèvent un niveau de stress supérieur lorsque le public accueilli concerne des enfants à problématiques sociales (placement, contexte socio-économique difficile, famille mono-parentale...). Lors de l'accueil d'enfants handicapés mentaux ou physiques, les comportements des poneys n'ont pas traduit un stress plus important qu'avec des enfants sans handicap et neurotypiques (Kaiser et al., 2006). Les résultats de ces études montrent ainsi que, chez la majorité des équidés de médiation, cette pratique n'expose pas le cheval à des situations significativement plus stressantes que l'équitation sportive.

Pour respecter le bien-être de l'animal, il est important de l'évaluer. L. Lansade nous indique dans son livre « Dans la tête d'un cheval » (2023) comment repérer les émotions de l'équidé. Tout d'abord, il s'agit d'observer l'état d'excitation de l'animal en faisant un état des lieux de ses tensions musculaires. Pour cela, l'autrice fournit des exemples d'observations à réaliser, comme la hauteur de l'encolure (partie du corps entre les épaules, le poitrail et la tête de l'équidé) qui indique si l'animal est détendu (encolure basse) ou au contraire, excité (encolure haute). Pour évaluer l'état d'excitation de l'animal, elle explique aussi qu'il est possible de le toucher et de chercher la présence de tremblements, indicateurs d'une excitation élevée. Mais l'excitation peut être positive, comme lors d'une situation de jeu ou de plaisir intense ; ou négative, comme le sont les sentiments de peur ou de colère. Pour identifier la valence des émotions ressenties par l'animal (identifier si elles sont positives ou négatives), il faut l'observer finement : position de l'encolure, des oreilles, ouverture des yeux, tension musculaire, rythme cardiaque, etc. En effet, L. Lansade rappelle aux lecteurs que l'équidé possède un répertoire d'expressions corporelles et faciales variées auxquelles il faut prêter attention, car elles permettent de nous avertir

des ressentis de l'animal. Par exemple, l'inconfort est en général marqué par une attitude très brève caractérisée par une crispation des lèvres, des yeux grands ouverts et une encolure relevée (Lansade, 2023).

Des protocoles d'évaluation de la douleur chez l'équidé ont été développés grâce à une analyse des expressions faciales de celui-ci. « En cas de douleur, on a l'impression que tous les traits sont contractés et tirés vers l'arrière » (Lansade, 2023, p. 98). L. Lansade précise qu'il ne faut pas que l'animal dorme, mange ou ai conscience de nos observations car cela risquerait d'entraîner une modification volontaire de ses expressions. En effet, à l'état naturel, le cheval étant une proie, il est capable de cacher ses faiblesses, comme la douleur. Celle-ci est suspectée chez le cheval si deux grimaces caractéristiques sur six sont observées. Ces grimaces comprennent la position des oreilles, la tension des muscles supra-oculaires, la fermeture des paupières et donc l'ouverture de l'œil, la contraction des muscles masticateurs, la tension de la bouche et la forme des naseaux (dilatation et tension). Aujourd'hui, l'Institut Français du Cheval et de l'Équitation (IFCE) propose également « un protocole d'évaluation du bien-être des chevaux en groupe » (Vidament, 2022, « Evaluation du bien-être ») ainsi qu'une application mobile pour évaluer celui-ci, tous deux nommés « Cheval Bien-Etre » (Vidament, 2022, « Evaluation du bien-être »).

Pour prendre compte les émotions et les douleurs de l'équidé lorsque le cavalier est à cheval, il doit observer vingt-quatre critères (Dyson et al., 2018). Un inconfort est supposé si six comportements sur vingt-quatre sont observés. Parmi ces critères figurent par exemple une allure trop lente ou irrégulière, des changements fréquents de position de tête, une queue plaquée, des coups de pied en arrière, etc (Lansade, 2023).

En somme, une des règles d'or de la médiation équine est le respect des besoins et du bien-être physique et mental de l'équidé par les humains. Selon moi, une autre règle fondamentale consiste à respecter les émotions et ressentis de l'équidé et du bénéficiaire en adaptant la prise en charge à ceux-ci.

## 2. ...et respecter les émotions des bénéficiaires

La présence du cheval donne naissance à de nombreuses émotions. Parmi elles, la peur. Certains bénéficiaires peuvent en effet ressentir de la crainte lorsqu'ils sont à proximité de l'animal. Parfois, cette peur ne survient que quand ils montent à cheval ou à poney. Si cette peur n'est pas apprivoisée, elle peut constituer un frein dans la pratique de la médiation équine. Il est nécessaire de respecter le rythme des bénéficiaires pour qu'ils fassent confiance à l'intervenant en médiation animale. En effet, cela va permettre au sujet

de se sentir écouté et respecté, ce qui sera source d'une bonne alliance entre les deux individus.

Un enfant du groupe a montré de la crainte lorsqu'il a vu ces animaux pour la première fois. C'est en effet un animal de grande envergure, qui a suffisamment de force pour, par exemple, nous pousser. C'est un être imprévisible qui peut bouger à tout moment. J'ai ainsi pris le temps nécessaire pour accompagner l'enfant qui éprouvait de la peur, je l'ai rassuré et guidé dans sa découverte des animaux pour permettre le maintien du sentiment de sécurité. Il était à la fois intrigué par l'animal et souhaitait s'en approcher, mais aussi apeuré par ses mouvements. Dans un premier temps, nous avons simplement regardé le shetland. Puis, je me suis approchée de l'animal, je l'ai caressé et brossé. L'enfant me regardait toujours. Je l'ai ensuite accompagné pour toucher le shetland, en conservant un contact avec l'enfant. Nous avons pris le temps d'appivoiser l'animal par du travail à pied et des moments de soins. Lorsqu'il a accepté de monter sur le shetland, je l'ai sécurisé par un contact physique et le maintien d'une proximité corporelle.

Le psychomotricien prend en compte les émotions du bénéficiaire durant sa prise en charge. L'émotion constitue en effet un des points de départ de l'accompagnement psychomoteur. Elle favorise l'échange entre le patient et le thérapeute, qui communiquent via un dialogue tonico-émotionnel. Il est donc nécessaire pour le psychomotricien d'être à l'écoute des émotions du patient et de leurs répercussions corporelles pour adapter sa prise en charge et établir une relation de confiance (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

Le respect du sentiment de sécurité des bénéficiaires et des équidés est primordial pour pratiquer la médiation équine. Le psychomotricien utilisant cette médiation doit veiller au bien être des individus et des animaux. Dans le cadre de ce mémoire, l'ensemble de ces conditions étaient respectées. Néanmoins, j'ai été confrontée à d'autres difficultés lors de son élaboration.

### 3. Une seule étude de cas

J'aurais aimé pouvoir étudier le sujet de ce mémoire plus en profondeur en utilisant diverses études de cas. J'ai acquis de nombreuses connaissances sur la déficience visuelle et je pense qu'il aurait été intéressant de voir l'évolution en médiation équine d'un autre enfant en situation de cécité ou de déficience visuelle. Cela m'aurait permis de confronter deux situations, d'observer comment chacun interagit avec l'animal et quels seraient les effets de cette médiation chez un autre sujet. Comme chaque individu est unique et évolue à son rythme, j'imagine que les progrès auraient été différents. C'est pourquoi, je pense

que la richesse d'une deuxième étude de situation clinique aurait été bénéfique et m'aurait permis d'explorer différentes facettes de la médiation équine. Cela m'aurait aussi permis d'adapter ma pratique à un autre enfant également atteint de cécité, ne présentant pas forcément les mêmes limites et compétences.

Il serait par ailleurs intéressant pour ma pratique future de réaliser des entretiens avec d'autres psychomotriciens intervenant en médiation équine auprès d'enfants malvoyants et non-voyant. Cela me permettrait de récolter des avis supplémentaires sur l'intérêt de la psychomotricité en médiation équine pour l'accompagnement de l'intégration du schéma corporel des enfants déficients visuels. L'utilisation de la méthodologie IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultats, And Discussion) permettrait d'établir un protocole de recherche complet qui pourrait, par l'analyse des résultats, enrichir la profession de psychomotricien (Bossali et al., 2015).

#### 4. Un suivi discontinu

Un autre obstacle à mon étude de cas a été la discontinuité du suivi en médiation équine, causé par des vacances et des absences des différents professionnels et enfants. N'étant proposée qu'une semaine sur deux, l'annulation d'une séance menait à un intervalle d'environ un mois entre deux séances consécutives.

Pour ma part, l'alternance et les études ont parfois été une limite à ma participation au groupe de médiation équine. En effet, les examens, les stages complémentaires, les journées exceptionnelles de formation et les congés ont été responsables de quelques absences. La médiation équine avait tout de même lieu en mon absence, mais cela m'empêchait d'avoir un suivi et une observation régulière des enfants. Pour citer un exemple, entre novembre 2023 et janvier 2024, je n'ai participé qu'à seulement deux séances de médiation équine, à cause d'annulations exceptionnelles, de congés ou d'absences dues à ma formation.

Une régularité plus importante m'aurait permis d'accompagner chaque séance de médiation équine. J'aurais aussi plus aisément défini ma place au sein du groupe. De plus, les manquements de séances de ma part ou les annulations ont mis à mal les rituels. Les séances n'étaient plus « un jeudi après-midi toutes les deux semaines ». La période de latence entre chaque séance a aussi pu être un obstacle aux progrès des enfants. En effet, avec des séances plus régulières, les avancées de ceux-ci auraient pu être plus rapides.

## 5. Le groupe et ses limites

Pour J.-M. Albaret et J. Corraze (1996), le groupe a la vertu d'entraîner les individus aux habiletés sociales. Le groupe thérapeutique est généralement composé de 4 à 6 patients et de 2 accompagnants (thérapeutes ou éducateurs par exemple). Les patients sont situés dans une même fourchette d'âge, mais ils présentent également le même niveau, notamment sur le plan des habiletés sociales (Grabot, 2002).

Eliott a conscience de l'ensemble des membres de son groupe, pour autant il n'interagit pas particulièrement avec eux. J'ai remarqué que le groupe pouvait permettre aux enfants de se tirer vers le haut, mais aussi vers le bas. A poney, Eliott a servi d'exemple pour certains exercices. Etant celui qui présente le retard le moins important au niveau de la somatognosie, ses camarades pouvaient recopier ses actions lorsque je leur demandais de toucher une partie de leur corps, ce qui a permis à l'adulte de ne pas intervenir. C'est également en regardant Eliott se coucher sur le shetland pour toucher ses oreilles que les autres ont voulu le faire et se sont donc mobilisés dans l'espace antérieur. Mais quand un enfant s'opposait au cadre, cela menait parfois à un comportement d'imitation d'un autre, qui se trouvait alors également dans l'opposition.

La place de tous les individus est importante au sein d'un groupe. Lorsque chaque membre a trouvé sa place, il peut alors s'exprimer et échanger avec les autres. Les comportements, difficultés et compétences des uns vont entraîner une réponse aussi bien des thérapeutes que des autres membres du groupe (Potel, 2010). Selon C. Potel (2010), c'est la réponse des autres qui donne au groupe son caractère thérapeutique. Il offre aux patients un espace où ils se confrontent à l'altérité.

J'observe en effet que lorsqu'un enfant émet un comportement qui fait émerger une réaction positive (rires ou félicitations) de l'adulte ou de ses camarades, il a tendance à le reproduire. A contrario, un comportement n'entraînant aucune réaction particulière ne dure pas dans le temps.

Après plusieurs séances en groupe, Eliott interagit de façon spontanée avec l'adulte, auprès duquel il effectue des demandes. Il ne donne toujours pas naissance à une interaction avec un camarade, néanmoins, il est plus attentif aux sollicitations et comportements de ceux-ci. Il est capable de dire ce qu'un de ses camarades a fait s'il l'entend, il réagit par des rires adaptés aux comportements des jeunes et des adultes et il peut également répondre à un autre enfant si celui-ci l'interpelle.

Toutefois, le groupe présente des limites. Il est demandeur de beaucoup de ressources attentionnelles. Je remarque qu'Eliott se concentre parfois d'avantage sur les

comportements de ses camarades ou des accompagnateurs plutôt que sur l'exercice demandé. Le groupe demande aussi beaucoup d'attention à l'intervenant en médiation équine. En effet, dans ce contexte de groupe, je me devais d'accompagner chaque enfant et de prêter attention aux réactions et besoins de chacun. L'augmentation du nombre de participants diminue le contrôle du cadre thérapeutique (Bénavidès, 2015). La présence d'autres professionnels m'a toutefois aidée à maintenir un cadre thérapeutique et à adapter l'accompagnement de chaque enfant à leurs besoins.

## 6. La complémentarité des prises en charge

Nous ne devons pas oublier que, comme Eliott bénéficie d'un suivi pluridisciplinaire, ses progrès sont le résultat de l'ensemble de ces accompagnements. J'ai l'opportunité de suivre Eliott durant l'ensemble de ses séances de psychomotricité, à savoir les séances individuelles, les séances de groupe et les séances de médiation équine. J'ai pu remarquer que les travaux réalisés lors de ces suivis avaient la qualité d'être complémentaires. En effet, chaque suivi en psychomotricité a ses objectifs propres, le suivi individuel cherchant à développer les connaissances spatiales et l'orientation dans l'espace, le suivi de groupe permettant à Eliott d'améliorer ses coordinations et son aisance motrice ; et le suivi en médiation équine étant axé sur l'intégration du schéma corporel. Néanmoins, l'objectif principal de ces trois prises en charge reste de favoriser l'autonomie d'Eliott dans la vie quotidienne, grâce à l'ensemble des repères, connaissances et expérimentations acquises en séances.

De plus, comme abordé au sein de la partie théorique de ce mémoire, la motricité globale, le schéma corporel et l'espace sont trois fonctions psychomotrices indissociables. En effet, le schéma corporel représente la conscience du corps statique ou dynamique dans l'espace, élaborée sur un ensemble de sensations. Ainsi, les trois suivis en psychomotricité ont permis de travailler avec Eliott de façon complémentaire, chacun étant support des acquisitions de l'autre. Par exemple, les exercices de dissociations et coordinations proposés lors des séances de groupes ont pu être repris en médiation équine. J'ai également pu guider Eliott pour qu'il attrape un objet ou se déplace en utilisant des indices spatiaux ; la somatognosie a été retravaillée en groupe et en individuel par l'utilisation de différents supports ; les obstacles présentés lors des parcours moteurs ont permis à Eliott de se mobiliser dans les trois plans de l'espace pour adapter sa posture à l'environnement ; les postures de yoga réalisées en groupe ont renforcé sa proprioception, etc.

La présence d'autres professionnels appuie également cet aspect complémentaire de l'accompagnement d'Eliott et des autres enfants. L'assistance de divers professionnels

de formations différentes a permis une observation et une intervention croisée lors des séances de médiation équine. La pluridisciplinarité permet effectivement d'offrir la prise en charge la plus complète et adaptée possible aux besoins du patient (*Réunion de concertation pluridisciplinaire*, 2017). Par exemple, l'équipe éducative, connaissant bien mieux les enfants que la monitrice ou moi, sait comment intéresser et faire participer un enfant qui se referme sur lui-même ou qui s'oppose aux activités. Le rôle et l'intérêt de cette équipe a été de juxtaposer diverses disciplines pour favoriser la réalisation des objectifs apparaissant dans le projet de chaque enfant (Antoine, 2016).

#### IV. Pour aller plus loin...

Afin de finir cette discussion, je souhaite apporter un questionnement qui est né des recherches que j'ai effectuées cette année sur la déficience sensorielle. Après avoir étudié le cas de la déficience visuelle, je me questionne sur les effets de la médiation équine auprès de sujets atteints par une autre déficience sensorielle, principalement la surdité associée à l'aréflexie vestibulaire.

La surdité porte directement atteinte aux capacités de communication verbale. L'enfant sourd doit utiliser le langage corporel (mimiques, gestes, dialogue tonique) pour communiquer, c'est pourquoi le psychomotricien est amené à intervenir auprès de lui. En effet, ce dernier privilégie les approches corporelles, permettant ainsi la mise en sens des gestes et l'utilisation du corps comme moyen d'expression (Lecervoisière, 2015).

Un enfant sourd sur deux présente une atteinte du système vestibulaire. Aujourd'hui, de nombreux progrès scientifiques permettent l'appareillage des enfants sourds, qui ont alors accès à des informations auditives ainsi qu'au langage oral. Néanmoins, les atteintes vestibulaires perdurent. L'atteinte vestibulaire engendre diverses conséquences, notamment des difficultés d'équilibration (Lecervoisière, 2015).

L'enfant sourd présentant une atteinte vestibulaire partage des caractéristiques communes avec l'enfant aveugle congénital. En effet, ils peuvent tous deux montrer une hypotonie axiale ou une hypertonie qui retarde leurs acquisitions posturales et motrices. L'aréflexie vestibulaire (déficit total des informations vestibulaires) provoque des difficultés de repérage spatial, phénomène également observé chez les enfants non-voyants (Lecervoisière, 2015). Des difficultés d'intégration du schéma corporel sont aussi observées, avec une imprécision dans la localisation des articulations. Un retard de somatognosie est généralement relevé. Ces difficultés peuvent être consécutives à la pauvreté des expériences sensori-motrices, causant une méconnaissance du corps par manque d'exploration de celui-ci (Lecervoisière, 2010).

L'accompagnement en psychomotricité de l'enfant en situation d'aréflexie vestibulaire s'oriente notamment autour du travail d'équilibration. Selon S. Lecervoisière (2012), ce sont les informations visuelles, vestibulaires et proprioceptives qui nous permettent de maintenir notre équilibre. Ainsi, le psychomotricien va structurer l'espace et travailler les coordinations oculo-manuelles pour permettre à ces enfants de se saisir efficacement des informations visuelles pour s'équilibrer. Afin de renforcer l'entrée et le traitement des informations proprioceptives, le psychomotricien va « veiller à l'installation de l'enfant » (Lecervoisière, 2015, p. 117) pour lui permettre d'investir l'ensemble de son énergie dans les tâches demandées. Il cherchera à fournir à l'enfant des informations tactiles variées pour permettre à l'enfant d'explorer ses appuis (Lecervoisière, 2015).

La médiation équine peut être utilisée auprès de publics variés. Elle permet d'offrir de nombreuses stimulations sensorielles qui pourraient favoriser le développement des sens disponibles de l'enfant sourd présentant une aréflexie vestibulaire, afin de compenser le ou les sens absents. De plus, cette médiation permet de développer la communication verbale et non verbale, capacités qui peuvent être directement altérées chez les sujets sourds. Ainsi, il serait intéressant de poursuivre l'étude des bienfaits de l'accompagnement psychomoteur par la médiation équine auprès des enfants sourds qui présentent une aréflexie vestibulaire.

## Conclusion

Au sein de ce mémoire, nous avons pu découvrir que l'absence d'informations visuelles peut entraîner un retard de développement psychomoteur chez l'enfant. Des difficultés de construction du schéma corporel sont relevées, constituant un des principaux motifs de consultation en psychomotricité. En effet, le schéma corporel est en lien direct avec la vue, puisque c'est notamment la voie visuelle dorsale (occipito-pariétale) qui permet à l'Homme d'identifier comment orienter son corps pour agir sur son environnement.

L'enfant en situation de cécité congénitale se mobilise moins, car l'inexistence d'informations visuelles entraîne un manque de motivation. Ainsi, la représentation de son corps en mouvement est ralentie. De plus, n'ayant pas accès à l'imitation, il ne peut pas apprendre par le biais des neurones miroirs. L'absence de perception directe du corps de l'autre en mouvement nuit à la capacité de percevoir et de mobiliser son propre corps. En outre, l'enfant non-voyant n'a pas eu d'expérience visuelle de son corps, il peut donc rencontrer des difficultés pour s'en construire une représentation unifiée. La connaissance et la conscience du corps sont ainsi impactées par la cécité. Rappelons que le schéma corporel s'élabore sur la base de différentes sensations, et non uniquement sur la vision. Il est donc important d'offrir d'autres sensations à ces enfants pour les accompagner dans la construction d'une représentation du corps et du monde stable.

La médiation équine est un support intéressant dans l'accompagnement des individus en situation de cécité. D'abord source de plaisir, elle permet l'élaboration d'une relation triadique entre le sujet, l'équidé et l'intervenant. La motivation engendrée par la présence de l'animal favorise l'engagement du sujet. Chez l'enfant non-voyant, cela implique une participation motrice qui lui permet d'expérimenter son corps en mouvement. La médiation équine est également source de nombreuses stimulations sensorielles, extéroceptives et proprioceptives. Cette richesse permet à l'enfant de se représenter plus fidèlement son environnement par les sensations extéroceptives. Les sensations proprioceptives lui permettent quant à elles de se représenter son corps. Le tout favorise ses capacités d'action sur son environnement.

A la suite de ce mémoire, d'autres questionnements apparaissent alors. Nous avons en effet exploré le cadre de la cécité congénitale, mais qu'en est-il de la cécité acquise ? Ce handicap acquis peut impacter la représentation fonctionnelle et émotionnelle du corps, son investissement et ses capacités. La connaissance des bienfaits de la médiation équine entraîne ainsi chez moi une nouvelle réflexion. A l'avenir, il me semble intéressant d'étudier comment l'accompagnement psychomoteur en médiation équine permet aux personnes présentant une cécité acquise de se réapproprier leur corps.

## Bibliographie

- Adelson, E., & Fraiberg, S. (1974). Gross motor development in infants blind from birth. *Child Development*, 45(1), 114–126. <https://doi.org/10.2307/1127757>
- Albaret, J.-M., Giromini, F., & Scialom, P. (Dirs.). (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 4 : Sémiologie et nosographies psychomotrices*. De Boeck Supérieur.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Anim'EnVie (2023). *La médiation animale | Anim'EnVie*. Consulté 31 décembre 2023, à l'adresse <https://www.animenvie.com/la-mediation-animale.html>
- Anses (2018, avril 25) *L'Anses propose une définition du bien-être animal et définit le socle de ses travaux de recherche et d'expertises*. <https://www.anses.fr/fr/content/l%E2%80%99anses-propose-une-d%C3%A9finition-du-bien-%C3%AAtre-animal-et-d%C3%A9finit-le-socle-de-ses-travaux-de>
- Antoine, J. (2016). La pluridisciplinarité mise au travail au sein d'une institution. Interview de Tony Leblond, chef de service. *Forum*, 148(2), 66-70. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0066>
- APHP (2008). *Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent*. <https://www.aphp.fr/contenu/guide-du-handicap-visuel-de-lenfant-et-de-ladolescent>
- ARAMAV. (2015, 16 juin). *Unité de psychomotricité | Institut A.R.A.M.A.V.* Institut A.R.A.M.A.V. Consulté 2 décembre 2023, à l'adresse <https://aramav.fr/la-clinique-aramav/unite-psychomotricite/>
- Assaiante, C. (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. In *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 41-60). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2015.01.0041>
- Association des thérapeutes en psychomotricité. (s. d.). *Qu'est-ce que la psychomotricité*. Consulté le 31 mars 2024, à l'adresse <https://www.psychomotricite-suisse.ch/psychomotricite>
- Association nationale des parents d'enfants aveugles et malvoyants, avec ou sans troubles associés [ANPEA]. (2019). *PATATI ET PAS à PAS annexes 2019*. Dans ANPEA. ANPEA. Consulté le 3 janvier 2024, à l'adresse [https://anpea.asso.fr/site/wp-content/uploads/2019/07/Guide\\_PatatietPasaPas\\_ANPEA.pdf](https://anpea.asso.fr/site/wp-content/uploads/2019/07/Guide_PatatietPasaPas_ANPEA.pdf)
- Auve-Debacque, A. (2011). L'impact de la thérapie avec le cheval sur les enveloppes corporelles. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 167, 32-47.
- Ballouard, A.-C. (2018). Chapitre 8 : Manifestations psychomotrices dans les troubles visuels. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4 - Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 479-514). De Boeck Supérieur.
- Baltenneck, N. (2010). *Se mouvoir sans voir. Incidences de l'environnement urbain sur la perception, la représentation mentale et le stress lors du déplacement de la personne*

aveugle [Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2]. HAL Thèses.  
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00593859/>

- Barre, L. V. (2024, 21 mars). Une nouvelle formation à l'hôpital La Musse : le DU « Rééducation assistée par le cheval ». *La Renaissance Sanitaire*.  
<https://www.larenaissancesanitaire.fr/actualite/creation-du-du-reeducation-assistee-par-le-cheval-sur-le-site-la-musse.html>
- Bataille, A. (2011). 7. Activités et structuration temporelle. In *Pour les enfants polyhandicapés* (p. 163-227). Érès. <https://www.cairn.info/pour-les-enfants-polyhandicapes--9782749214795-p-163.htm>
- Beiger, F. (2014). *Eduquer avec les animaux - La zoothérapie au service des jeunes en difficulté* (2<sup>e</sup> éd.). Dunod.
- Beiger, F. (2021). *L'enfant et la médiation animale - Une nouvelle approche par la zoothérapie* (3<sup>e</sup> éd.). Dunod. (Œuvre originale publiée en 2008)
- Beley, G., Buisson, G., Bursztyn, J., Dupont, A.-C., Dureau, P., Foucault, C., Kerambrun-Mineo, D., Le Corre, I., Lefeuvre, B., Paclot, C., Ridoux, N., Ruault, G., Urcun, J.-M., & Wilmet, A. (2009). *Dépistage des troubles visuels chez l'enfant*. Dans *santé.gouv.fr*. Ministère de la santé. Consulté le 31 mars 2024, à l'adresse [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage\\_des\\_troubles\\_visuels\\_chez\\_l\\_enfant.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf)
- Belin, B. (2000). *Animaux au secours du handicap*. L'Harmattan.
- Bénavidès, T. (2015). Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes - 3. Modalités de prise en charge. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité : Tome 2 - Méthodes et techniques* (p. 9-13). De Boeck Supérieur.
- Bernard, A., I, Buissard, & Gay-Brown, C. (2015). Chapitre 10 : La déficience visuelle. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 3 - Clinique et thérapeutiques* (pp. 123-137). De Boeck Supérieur.
- Beylier-Im, R. (2003) L'enfant déficient visuel. In J. Rivière (Ed.), *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant* (pp. 105-130). Marseille : Solal.
- Bienvenue | Institut Français de Zoothérapie*. (s. d.). Consulté 3 février 2024, à l'adresse <https://www.institutfrançaisdezootheapie.com/>
- Bonnier, P. (1902). Le sens des attitudes. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, vol. 15*, 146-183.
- Borlon, A., Genicot, R., & Vincken, A. (2001) Psychomotricité de l'enfant mal voyant. *Bulletin de la Société belge d'ophtalmologie, vol.279*, pp.97-100.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy, 49(4)*, 78-88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Bossali, F., Ndziessi, G., Paraiso Moussilao, N., Ouendo, E. M., Napo Koura, F., Houinato, D., Kapo-Chichi, J., Makoutodé, M., Matongo, H. A., Ibara, J. R., & Assori-Itoua-Ngaporo. (2015). Le protocole de recherche : Étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats. *Hegel, 1(1)*, 23-28.  
<https://doi.org/10.3917/heg.051.0023>

- Boulier, D. (2023). *Développement psychomot. De l'enfant déficient visuel—Pr PORTALIER-CAMSP Villeurbanne*. France Prévention la suite, 13e année. Consulté 17 octobre 2023, à l'adresse <https://www.associationfranceprevention.org/Developpement-psychomot-de-l-enfant-deficient-visuel-Pr.html>
- Boutinaud, J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 145-166. <https://doi.org/10.3917/psyse.601.0145>
- Briant, C. (2016). *L'exercice quotidien : Nécessaire et bienfaiteur*. Consulté 23 mars 2024, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/sante-et-bien-etre-animal/bien-etre-et-comportement-animal/comportement-du-cheval/l-exercice-quotidien-necessaire-et-bienfaiteur>
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 1 - Un parcours de recherche*. Érès.
- Busschaert, B., Vandewalle, B., Meurin, B., Giromini, F., Reinalter Ponsin, Matta Abi-Zeid, C., Pireyre, E., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). Chapitre 6 : Le corps et ses représentations. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 - Concepts fondamentaux* (pp. 201-246). De Boeck Supérieur.
- Caffier, N., & Panien, C. (2017). *Le développement de l'enfant aveugle de 0 à 3 ans : Des apports théoriques à la pratique*. Les Doigts Qui Rêvent.
- CFRP Valentin Haüy. (2023, 15 mai). *Accueil - CFRP Valentin Haüy*. <https://www.cfrp-avh.fr/>
- Cherchons pour voir. (2020, 22 avril). *La déficience visuelle - Cherchons pour voir*. Cherchons Pour Voir. Consulté 17 avril 2024, à l'adresse <https://cherchonspourvoir.org/la-deficience-visuelle0/la-deficience-visuelle/>
- Claude, I. (2007, 11 avril). *Le cheval, miroir de nos émotions*.
- Corbetta, D., Guan, Y., & Williams, J. L. (2012). Le rôle de la vision dans le développement de la préhension chez le bébé : Une réévaluation. *Enfance*, 1(1), 49-60. <https://doi.org/10.3917/enf1.121.0049>
- Corraze, J., & Albaret, J. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Expansion Scientifique Française.
- Corraze, J. (2009). Schémas corporels et images du corps : de l'unité à la diversité. Dans *La psychomotricité : un itinéraire* (p. 169-182). Solal.
- De Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. PUF.
- Denis, D., & Wary, P. (2017). Chapitre 1 : La déficience visuelle chez l'enfant : un enjeu à l'échelon mondial. Dans D. Denis & E. Bui Quoc & A. Aziz-Alessi (dirs), *Ophtalmologie pédiatrique*. Elsevier Masson. [https://www.em-consulte.com/em/SFO/2017/file\\_10001.html](https://www.em-consulte.com/em/SFO/2017/file_10001.html)
- Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine*. (s. d.). Consulté 23 décembre 2023, à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil.

- Draussin, J. (2018). *Les cahiers de la fondation Adrienne et Pierre Sommer - Cahier n°1 Personnes âgées et médiation animale*. Dans Fondation A et P Sommer (Éd.), Fondation Adrienne et Pierre Sommer. Fondation A et P Sommer. <https://j7p3q8a2.rocketcdn.me/wp-content/uploads/2018/01/Fondation-Adrienne-et-Pierre-Sommer-Cahier-num%C3%A9ro-1-Personnes-%C3%A2q%C3%A9es.pdf>
- Draussin, J. (2018). *Les cahiers de la fondation Adrienne et Pierre Sommer - Cahier n°2 Médiation animale et handicaps*. Dans Fondation Adrienne et Pierre Sommer (Éd.), Fondation Adrienne et Pierre Sommer. Fondation Adrienne et Pierre Sommer. [https://www.google.com/search?q=cahier+2+ap+sommer+date&rlz=1C1UEAD\\_frFR1002FR1002&oq=cahier+&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUqBggAEEUYOzIGCAAQRRg7MggIARBFGCcYOzIIcAIQRRgnGDsyBggDEEUYOzIGCAQRRhAMgYIBRBFdwyBggGEEUYPDIGCAcQRRg80gEIMjM4M2owajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=cahier+2+ap+sommer+date&rlz=1C1UEAD_frFR1002FR1002&oq=cahier+&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqBggAEEUYOzIGCAAQRRg7MggIARBFGCcYOzIIcAIQRRgnGDsyBggDEEUYOzIGCAQRRhAMgYIBRBFdwyBggGEEUYPDIGCAcQRRg80gEIMjM4M2owajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- Dubuc, B. (s. d.). *Le cerveau à tous les niveaux !*. Consulté 29 décembre 2023, à l'adresse [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d\\_02/d\\_02\\_cr/d\\_02\\_cr\\_vis/d\\_02\\_cr\\_vis.html](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_02/d_02_cr/d_02_cr_vis/d_02_cr_vis.html)
- Dyson, S., Berger, J., Ellis, A. D., & Mullard, J. (2018). Development of an ethogram for a pain scoring system in ridden horses and its application to determine the presence of musculoskeletal pain. *Journal Of Veterinary Behavior*, 23, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.jveb.2017.10.008>
- Falchek, S. J. (2023, juillet). *Dysplasie septo-optique*. Édition Professionnelle du Manuel MSD. Consulté 10 février 2024, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/anomalies-neurologiques-cong%C3%A9nitales/dysplasie-septo-optique>
- Fédération des aveugles et amblyopes de France. (s. d.). *La cécité, qu'est-ce que c'est ?* Consulté 29 décembre 2023, à l'adresse <https://aveuglesdefrance.org/la-cecite-quest-ce-que-cest/>
- Fédération des aveugles et amblyopes de France. (s. d.). *Quelques chiffres sur la déficience visuelle*. Consulté 29 décembre 2023, à l'adresse <https://aveuglesdefrance.org/quelques-chiffres-sur-la-deficience-visuelle/>
- Fédération Française d'Équitation (Réalisateur). (2024, 25 janvier). *MÉDIATEUR ÉQUIN - ME - Les métiers de l'équitation*. Les Métiers de L'équitation. <https://metiers.ffe.com/mediateur-equin/>
- Fontan, A. (2017). *La construction du schéma corporel dans un cerveau en développement* [Thèse de doctorat, Aix-Marseille]. Theses.fr. <https://www.theses.fr/2017AIXM0162>
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from The Blind*. Souvenir Press Ltd.
- Génicot, R. (1980). *Handicap visuel et vie sociale*. Liège : Les Centres Pouplin.
- Gibson, J. J. (1966). *The Senses Considered as Perceptual Systems* (p. 37). George Allen & Unwind LTD.
- Gibson, J. J. (1979). Eight : The theory of affordances. Dans *The Ecological Approach to Visual Perception* (p. 127-137). Houghton Mifflin. [https://monoskop.org/images/c/c6/Gibson\\_James\\_J\\_1977\\_1979\\_The\\_Theory\\_of\\_Affordances.pdf](https://monoskop.org/images/c/c6/Gibson_James_J_1977_1979_The_Theory_of_Affordances.pdf)

- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76(4), 51-60. <https://doi.org/10.3917/ep.076.0051>
- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., Vachez-Gatecel, A. (2022). *La psychomotricité. Que sais-je?*.
- Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29(1-2), 129-138. <https://doi.org/10.3917/cont.028.0129>
- Goodale, M. A., & Milner, A. D. (1992). Separate visual pathways for perception and action. *Trends in Neurosciences*, 15(1), 20-25. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(92\)90344-8](https://doi.org/10.1016/0166-2236(92)90344-8)
- Grabot, D. (2002). Le psychomotricien et les groupes. *Enfances & Psy*, 19(3), 109-115. <https://doi.org/10.3917/ep.019.0109>
- Groupe de travail HandiConnect « déficience visuelle ». (2020). *INJA - Dépistage de la déficience visuelle chez l'enfant*. Consulté 2 janvier 2024, à l'adresse <http://www.inja.fr/Default/depistage-de-la-deficience-visuelle-chez-lenfant.aspx>
- Guérin, D. (2023, mars 7). *Dossier médiation animale et handicap visuel*. <https://www.cteb.fr/dossier-mediation-animale-et-handicap-visuel/>
- GuideVue2024 (s .d. ). *La vision—Fonctionnement du phénomène de la vision*. Consulté 29 décembre 2023, à l'adresse <https://www.guide-vue.fr/la-sante-de-vos-yeux/la-vision>
- GuideVue2024 (s .d. ). *Enfant malvoyant—La malvoyance chez l'enfant*. Consulté 13 décembre 2023, à l'adresse <https://www.guide-vue.fr/la-malvoyance/malvoyance-chez-l-enfant>
- GuideVue2024 (s .d. ). *Centres spécialisés pour enfants déficients visuels*. Consulté 13 décembre 2023, à l'adresse <https://www.guide-vue.fr/la-malvoyance/malvoyance-chez-l-enfant/structures-specialisees-pour-enfants-deficients-visuels>
- « Happy Athlete » : *L'étude sur le bien-être des chevaux de sport révèle ses premiers résultats | Fédération Française d'Équitation—FFE*. (2023, décembre 14). <https://www.ffe.com/actualites/happy-athlete-l-etude-sur-le-bien-etre-des-chevaux-de-sport-revele-ses-premiers-resultats>
- Hatwell, Y. (2003). Le développement perceptivo-moteur de l'enfant aveugle. *Enfance*, 55(1), 88-94. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0088>
- Hatwell, Y. (2006). Appréhender l'espace pour un enfant aveugle. *Enfances & Psy*, 33(4), 69-79. <https://doi.org/10.3917/ep.033.0069>
- Haussler, K. K. (2018). Equine Manual Therapies in Sport Horse Practice. *Veterinary Clinics of North America: Equine Practice*, 34(2), 375-389. <https://doi.org/10.1016/j.cveq.2018.04.005>
- Head, H. (1920). *Studies in neurology*. Frowde, Hoder and Stoughton.

- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. (s. d.). Consulté 17 avril 2024, à l'adresse <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#30317704>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2002). *Déficits visuels – Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant*. Dans iPubli-Inserm. <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/163/?sequence=18>
- Institut médico-professionnel*. (2016, septembre 1). Association Valentin Haüy. Consulté le 31 mars 2024, à l'adresse <https://www.avh.asso.fr/fr/vos-besoins-nos-activites/se-former-et-travailler/institut-medicoprofessionnel>
- Institut Bordelaise de la Vision. (2022). *Institut Bordelais de la Vision, centre ophtalmologique bordeaux*. Consulté 7 novembre 2023, à l'adresse [https://www.ibvision.fr/systeme\\_visuel](https://www.ibvision.fr/systeme_visuel)
- Institut Supérieur De Rééducation Psychomotrice. (2022, 20 septembre). *Le métier de psychomotricien - Se former avec l'ISRP*. ISRP, Institut de Formation En Psychomotricité À Paris, Marseille, Vichy et Metz. Consulté 28 novembre 2023, à l'adresse <https://www.isrp.fr/metier-psychomotricien/>
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185-194. <https://doi.org/10.1684/nrp.2010.0095>
- Jigan, L. (2019). *Un regard, un toucher, des liens se tissent... Complexité relationnelle : Posture du psychomotricien dans la relation triangulaire avec la personne âgée, au cours de séances de médiation animale* [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178234/document>.
- Kaiser, L., Heleski, C. R., Siegford, J., & Smith, K. A. (2006). Stress-related behaviors among horses used in a therapeutic riding program. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 228(1), 39-45. <https://doi.org/10.2460/javma.228.1.39>
- Lacombe, J. (2012). G. Schéma corporel et image du corps. Dans J. Lacombe, *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans : Approche théorique et activités corporelles* (p. 123-136). De Boeck Supérieur.
- Lafon, M. (2023, 21 juin). *Médiation animale : un grand succès mais un vrai besoin d'encadrement*. La Dépêche Vétérinaire. Consulté le 31 mars 2024, à l'adresse [https://www.depecheveterinaire.com/mediation-animale-un-grand-succes-mais-un-vrai-besoin-d-encadrement\\_679A50833768A566.html](https://www.depecheveterinaire.com/mediation-animale-un-grand-succes-mais-un-vrai-besoin-d-encadrement_679A50833768A566.html)
- Lama, H (2020, 4 mai). *Champ visuel—Humphrey et Goldman—Explication et RdV*. Institut Daviel Ophtalmologie - SOS Œil Paris 17. Consulté 3 décembre 2023, à l'adresse <https://centreophta.com/champ-visuel/>
- La médiation animale, c'est quoi ? (s. d.). *Fondation Adrienne et Pierre Sommer*. Consulté 31 mars 2024, à l'adresse <https://fondation-apsommer.org/la-meditation-animale-cest-quoi/>
- L'anatomie de l'oeil par Centre d'Ophtalmologie OPH78—Yvelines. Le Port Marly*. (s. d.). OPH 78. Consulté 7 novembre 2023, à l'adresse <https://www.oph78.fr/ophtalmologie/anatomie-oeil/>
- Lansade, L. (2023). *Dans la tête d'un cheval*. Humensciences.

- Lansade, L., Valenchon, M., Foury, A., Neveux, C., Cole, S. W., Layé, S., Cardinaud, B., Lévy, F., & Moisan, M. (2014). Behavioral and Transcriptomic Fingerprints of an Enriched Environment in Horses (*Equus caballus*). *PLOS ONE*, 9(12), e114384. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114384>
- Lecervoisière, S. (2010). L'aréflexie vestibulaire chez l'enfant sourd : répercussions possibles sur le développement psychomoteur et à plus long terme sur les apprentissages. *Connaissances Surdités*, 31, 20-25. Consulté le 25 février 2024 sur [https://www.acfos.org/wp-content/uploads/base\\_doc/surdite\\_motricite/CS31\\_areflexie\\_lecervoisiere.pdf](https://www.acfos.org/wp-content/uploads/base_doc/surdite_motricite/CS31_areflexie_lecervoisiere.pdf)
- Lecervoisière S., & Wiener-Vacher, S. (2012). *Les troubles de l'équilibre chez l'enfant*. Paris : ACFOS. Consulté le 25 février 2024 sur [https://www.cnrlaplane.fr/wp-content/uploads/sites/19/2020/07/LIVRET\\_ACFOS\\_VESTIBULE\\_juin12.pdf](https://www.cnrlaplane.fr/wp-content/uploads/sites/19/2020/07/LIVRET_ACFOS_VESTIBULE_juin12.pdf)
- Lecervoisière, S. (2015). Chapitre 9 : L'enfant sourd en psychomotricité : éducation précoce et prise en charge des troubles associés. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 3 - Clinique et thérapeutiques* (pp. 107-123). De Boeck Supérieur.
- Le champ visuel, grand oublié de la déficience visuelle*. (2021, mars 29). Association Valentin Haüy. <https://www.avh.asso.fr/fr/lassociation/nos-engagements/le-champ-visuel-grand-oublie-de-la-deficience-visuelle>
- Lederman, S., Klatzky, R., & Barper, P. (1985). Spatial and movement-based heuristics for encoding pattern information through touch. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 114(1), 33-49.
- Le Métayer, M. (1993). *Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation thérapeutique*. Elsevier Masson.
- Les pré-requis : Orthophonie-déficience visuelle*. (2016, juillet 8). <https://orthophonie-deficiencevisuelle.webnode.fr/consequence-developpement/>
- Leveillard, D. (2013, 1 juillet). *Le parage physiologique - Pratique Vétérinaire Equine n° 179 du 01/07/2013*. Le Point Vétérinaire.fr. Consulté le 16 mars 2024, à l'adresse <https://www.lepointveterinaire.fr/publications/pratique-veterinaire-equine/article/n-179/le-parage-physiologique.html>
- Lippmann-Martin, B. (2010). La thérapie avec le cheval. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 161, 50-58.
- Lissonde, B. (1984). *Rôle de la vision dans la construction du schéma corporel*. [Thèse de doctorat en psychologie, Université de Nancy].
- Malinowski, K., Yee, C., Tevlin, J. M., Birks, E. K., Durando, M. M., Pournajafi-Nazarloo, H., Cavaïola, A. A., & McKeever, K. H. (2018). The Effects of Equine Assisted Therapy on Plasma Cortisol and Oxytocin Concentrations and Heart Rate Variability in Horses and Measures of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans. *Journal of Equine Veterinary Science*, 64, 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2018.01.011>
- Marendaz, C. (2009). *Du regard à l'émotion : La vision, le cerveau, l'affectif*. Le Pommier.

- Martinez, F. (1977). Les informations auditives permettent-elles d'établir des rapports spatiaux ? — Données expérimentales et cliniques chez l'aveugle congénital. *L'Année psychologique*, 77(1), 179-204. <https://doi.org/10.3406/psy.1977.28188>
- McKinney, C., Mueller, M. K., & Frank, N. (2015). Effects of Therapeutic Riding on Measures of Stress in Horses. *Journal of Equine Veterinary Science*, 35(11), 922-928. <https://doi.org/10.1016/j.jevs.2015.08.015>
- Mermet, L. (2012). Équithérapie. Du corps vécu au corps relationnel. *Le Journal des psychologues*, 303(10), 68-71. <https://doi.org/10.3917/jdp.303.0068>
- Millar, S. (1988). Models of sensory deprivation : the Nature/Nurture dichotomy and spatial representation in the blind. *International Journal of Behavioral Development*, 11(1), 69-87. <https://doi.org/10.1177/016502548801100105>
- Montagner, H. (2002). *Enfant et l'Animal (L') : Les émotions qui libèrent l'intelligence*. Odile Jacob.
- Moraes, A. G., Neri, S. G. R., Motl, R. W., Tauil, C. B., von Glehn, F., Corrêa, É. C., & de David, A. C. (2021). Effects of hippotherapy on postural balance, functional mobility, self-perceived fatigue, and quality of life in people with relapsing-remitting multiple sclerosis : Secondary results of an exploratory clinical trial. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 52, 102948. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.102948>
- Morin, C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : neurologie et psychanalyse*.
- Moulin, É. (2014). *Un regard pour exister, un corps pour s'exprimer, la psychomotricité pour tout allier : Mise en jeu de la corporéité dans la relation des aveugles congénitaux*. [Mémoire, Université Paris VI]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068852v1/document>
- Munoz, S. (2021, 25 mars). *Les trois cerveaux - Médecine Intégrée*. Médecine Intégrée. Consulté le 31 mars 2024, à l'adresse <https://medecine-integree.com/les-trois-cerveaux/>
- Parsons, L. M. (1987). Imagined spatial transformation of one's body. *Journal of Experimental Psychology*, 116, 172-191.
- Perez Miguel, R. (2013). *L'équithérapie dans l'accompagnement de l'enfant handicapé mental : Cheval, guide-moi !* Editions Dangles.
- Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
- Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>
- Portalier, S. (2014). Le triptyque de la déficience visuelle : Affordance, vicariance et résilience. *Enfance*, 1(1), 5-17. <https://doi.org/10.3917/enf1.141.0005>
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.
- Quintette Association. (2017). *Education de mini-chevaux, guides d'aveugles et assistants de vie pour enfants autistes ou sourdaveugles – Quintette Association*. Consulté 2 janvier

2024, à l'adresse <https://quintette.fr/education-de-mini-chevaux-guides-daveugles-et-assistants-de-vie/>

*Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées—Volet Ehpad.* (2016). Haute Autorité de Santé. Consulté 29 décembre 2023, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2833796/fr/reperage-des-deficiences-sensorielles-et-accompagnement-des-personnes-qui-en-sont-atteintes-dans-les-etablissements-pour-personnes-agees-volet-ehpad](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833796/fr/reperage-des-deficiences-sensorielles-et-accompagnement-des-personnes-qui-en-sont-atteintes-dans-les-etablissements-pour-personnes-agees-volet-ehpad)

*Réunion de concertation pluridisciplinaire.* (2017). Haute Autorité de Santé. Consulté 23 février 2024, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire)

Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2016). Chapitre 5 : Le tonus et la tonicité. J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 - Concepts fondamentaux* (pp. 161-199). De Boeck Supérieur.

Saint-Cast, A., Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Evolutions Psychomotrices*, 24(95).  
[https://www.researchgate.net/publication/323280120\\_Glossaire\\_International\\_de\\_Psychomotricite\\_Psychomotor\\_International\\_Glossary\\_Glosario\\_Internacional\\_de\\_Psicomotricidad](https://www.researchgate.net/publication/323280120_Glossaire_International_de_Psychomotricite_Psychomotor_International_Glossary_Glosario_Internacional_de_Psicomotricidad)

*SCHEMA CORPOREL-R - Épreuve de Schéma Corporel—Révisée.* (s. d.). Pearson Clinical & Talent Assessment. Consulté 20 mars 2024, à l'adresse <https://www.pearsonclinical.fr/schema-corporel-epreuve-de-schema-corporel-revisee-1>

Schilder, P. (1999). *The image and appearance of the human body.*

Schneider, G. E. (1969). Brain mechanisms for localization and discrimination are dissociated by tectal and cortical lesions. *Science*, 163, 895-902.

Sherrington, C. S. (1906). *The integrative action of the nervous system.*

Soppelsa, R. (2018). Développement précoce de la perception du corps. Dans J.-M. Albaret, F. Giromini & P. Scialom (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4 - Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 63-70). De Boeck Supérieur.

*Sous-Paragraphe 1 : Etablissements et services accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques (Articles D312-0-1 à D312-0-3)—Légifrance.* (s. d.). Consulté 24 janvier 2024, à l'adresse [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000034729984?init=true&page=1&query=Article+D312-0-3+5%C2%B0+du+CASF&searchField=ALL&tab\\_selection=all&anchor=LEGIARTI000034729990#LEGIARTI000034729990](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000034729984?init=true&page=1&query=Article+D312-0-3+5%C2%B0+du+CASF&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000034729990#LEGIARTI000034729990)

Staes, L., & De Lièvre, B. (2000). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte -Notions et applications pédagogiques* (3<sup>e</sup> éd.). De Boeck et Belin.

Streri, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher.* Paris : Presses Universitaires de France.

- Streri, A. (2000). Les coordinations intermodales chez le bébé : Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle. Dans Y. Hatwell, A. Streri, & E. Gentaz, *Toucher pour connaître* (p. 193-209). PUF.
- Streri, A. (2002). La connaissance de soi chez le bébé. *Intellectica*, 34(1), 125-141. <https://doi.org/10.3406/intel.2002.1076>
- Stroobants, M. (2018, décembre 7). Muscles & Mouvement. *Coup d'oeil*. <https://coup-oeil.expert/muscles-mouvements/>
- Szczepanski, C. (2017). Au « corps » de la relation : Articulation des métiers d'éducateur et de psychomotricien. *Empan*, 106(2), 73-76. <https://doi.org/10.3917/empa.106.0073>
- Thomsen, C. (2015-2024). *Définition de « Proprioception »*. Dictionnaire médical. Consulté 29 décembre 2023, à l'adresse <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/714-proprioception/>
- Tröster, H., & Brambring, M. (1993). Early motor development in blind infants. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14(1), 83-106. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(93\)90025-q](https://doi.org/10.1016/0193-3973(93)90025-q)
- Vachez-Gatecel, A., et Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- Vidament, M., & Caillarec, C. (2018). La Médiation équine - Qu'en pensent les scientifiques ? IFCE Haras Nationaux.
- Vidament, M., Leonard, L., Guillot, F., Pasquier, B., & Dumond St Priest, B. (2021). Les chevaux de rééducation motrice sont-ils différents ? *IFCE*. [https://mediatheque.ifce.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=26074](https://mediatheque.ifce.fr/doc_num.php?explnum_id=26074)
- Vidament, M. (2021). *Médiation équine au sens large (soins, soutien, sport-loisir) : Quelles différences ?* Consulté 31 décembre 2023, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/mediation-equine-au-sens-large-soins-soutien-sport-loisir-queelles-differences>
- Vidament, M. (2022). *Bien-être des chevaux de médiation : Capacité de portage et préservation de leur dos*. Consulté 25 février 2024, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/bien-etre-des-chevaux-de-mediacion-capacite-de-portage-et-preservation-de-leur-dos>
- Vidament, M. (2022). *Que sait-on scientifiquement sur le bien-être des équidés de médiation, notamment pendant les séances ?* Consulté 25 février 2024, à l'adresse <https://equipedia.ifce.fr/autres-activites-equestres/mediation/que-sait-on-scientifiquement-sur-le-bien-etre-des-equides-de-mediacion-notamment-pendant-les-seances>
- Visiopôle du Beaujolais. (s. d.). *Neuro ophtalmologie | Visiopôle du Beaujolais | Villefranche-sur-Saône*. Consulté 11 février 2024, à l'adresse <https://www.visiopedubeaujolais.com/autres-pathologies-ophtalmologiques/neuro-ophtalmologie/>
- Vulpian, A. (1874). Note sur les effets de la faradisation directe des ventricules du cœur chez le chien. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, 6, 975-982.
- Wallon, H. (1943). *Les origines du caractère chez l'enfant*. PUF.

- Wallon, H. (1945). Les origines de la pensée chez l'enfant. Dans *Presses Universitaires de France eBooks* (Vol. 2, Numéro 1). <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA18680995>
- Wallon, H., & Lurçat, L. (1962). Espace postural et espace environnant (le schéma corporel). *Enfance*, 15(1), 1-33. <https://doi.org/10.3406/enfan.1962.2278>
- Watrigan, V., & Panien, C. (2020). *Particularités du bilan moteur chez le bébé et le jeune enfant déficient visuel*. Centre National de Ressources Handicaps Rares La Pépinière.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité - L'espace potentiel*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot.
- Witt, J. K. (2011). Action's effect on perception. *Current Directions in Psychological Science*, 20(3), 201-206.
- World Health Organization: WHO. (2023, août 10). *Cécité et déficience visuelle*. Consulté 7 octobre 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- Zadnikar, M., & Kastrin, A. (2011). Effects of hippotherapy and therapeutic horseback riding on postural control or balance in children with cerebral palsy : A meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53(8), 684-691. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.03951.x>
- Zoothérapie de A à Z | *Institut Français de Zoothérapie*. (s. d.). Consulté 31 décembre 2023, à l'adresse <https://www.institutfrançaisdezoothérapie.com/zoothérapie-de-a-a-z-1>
- Zwillinger, S. (2022, 6 avril). 3 Mouvements des yeux - DrZwillinger. Cop9. Consulté le 31 mars 2024, à l'adresse <https://www.ophtalmo-zwillinger.com/3-mouvements-des-yeux/>

## Annexes

### Annexe A : **Lexique** :

1 : Fixation oculaire : arrêt du regard sur un élément de l'environnement (*Zwillinger, 2022*).

2 : Poursuite oculaire : « Mouvement lent, conjugué, automatico-réflexe des deux globes oculaires d'un sujet qui suit le déplacement à vitesse modérée d'une cible ponctuelle, ayant pour but de maintenir et de stabiliser l'image de la cible sur la fovéa. » (*Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, s. d., « Poursuite oculaire »*).

3 : Vergence : « mouvements des deux yeux lorsque leurs axes visuels ne sont pas parallèles. » (*Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, s. d., « Vergence »*).

4 : Saccades oculaires : « Mouvement réflexe rapide des globes oculaires, discontinu, de type balistique, déclenché par la vision ou l'audition, abolissant brièvement la vision, ayant pour objet de replacer l'axe du regard, donc la *fovea*, sur un nouvel objet d'intérêt visuel. » (*Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, s. d., « Saccade oculaire »*).

5 : Flux sensoriels : « Apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par une surface sensible à cet agent : le capteur. » (*Bullinger, 2004, p. 81*).

Annexe B : Les aires visuelles (Dubuc, s. d.)

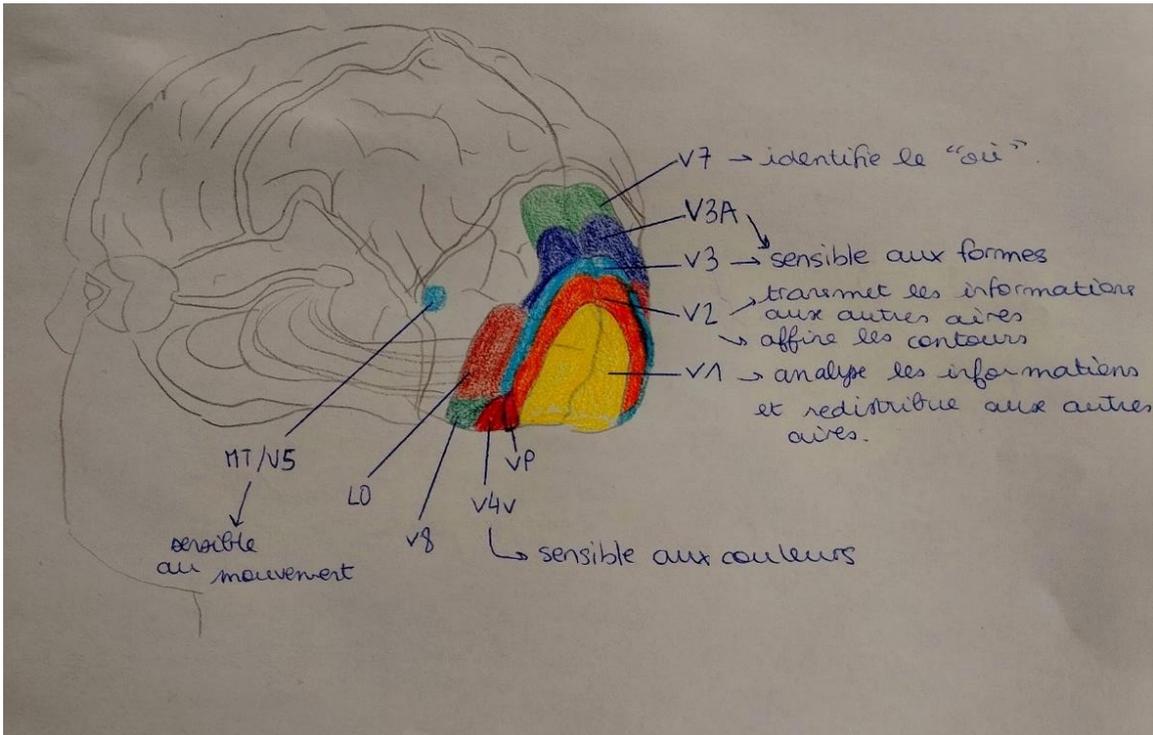


Figure 4 : Schéma des aires visuelles dessiné par mes soins et inspiré du site internet « Le cerveau à tous les niveaux » (Dubuc, s. d.)

Annexe C : **Dépistage des troubles visuels chez l'enfant** (Beley et al., 2009, pp. 11-15)

Âge	Signes d'appel	Suspecter
<b>Avant 4 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalie objective au niveau des paupières, des globes oculaires, des conjonctives, des pupilles, (leucocorie++)</li> <li>Strabisme</li> <li>Nystagmus</li> <li>Torticolis</li> <li>Une anomalie du comportement évoquant un trouble visuel : manque d'intérêt aux stimuli visuels, absence du réflexe de fixation après 1 mois, absence de réflexe de clignement à la menace après 3 mois, de poursuite oculaire après 4 mois ; retard d'acquisition de la préhension des objets</li> <li>Plafonnement ou errance du regard, enfant qui appuie sur ses yeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tout strabisme constant avant 4 mois est pathologique</li> <li>→ Tout signe d'appel doit motiver la réalisation d'un examen ophtalmologique</li> <li>→ Une anomalie de la cornée et/ou l'existence de leucocorie et/ou un nystagmus d'apparition récente imposent un examen ophtalmologique dans les jours qui suivent</li> </ul>
<b>De 6 mois à l'âge verbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem signes précédents</li> <li>Enfant qui se cogne, tombe souvent, butte sur les trottoirs, plisse des yeux, fait des grimaces, ferme un œil au soleil</li> <li>Comportement anormal comme une indifférence à l'entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Un strabisme même intermittent, est toujours pathologique après 4 mois</li> <li>→ Tout signe d'appel évoquant une amblyopie impose un bilan ophtalmologique</li> </ul>
<b>Entre 2 et 5 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem signes précédents</li> <li>Retard d'acquisition du langage</li> <li>Lenteur d'exécution</li> <li>Fatigabilité, dyspraxies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Toute difficulté à la réalisation des tâches nécessitant une attention visuelle doit faire rechercher un trouble visuel</li> </ul>
<b>Chez l'enfant plus grand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lecture trop rapprochée, gêne à la vision de loin</li> <li>Confusion de lettres, fatigue à la lecture, céphalées, clignements et plissements des paupières, rougeur et picotements oculaires</li> </ul>	

Âge	Examen
<b>A tout âge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Examen externe de l'œil :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen des paupières (<i>ptosis, épicanthus</i>)</li> <li>- Vérification de la taille et symétrie des globes oculaires (<i>buphtalmie, microphthalmie</i>),</li> <li>- Examen, à l'aide d'un point lumineux, de la conjonctive (<i>rougeur, larmoiement</i>), de la cornée (<i>opacité, trouble, grande cornée du glaucome</i>), de l'iris (<i>colobome</i>), des pupilles (<i>leucocorie</i>)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Dans les premières semaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Réflexe photomoteur :</b> recherche d'anomalie organique</li> <li><b>Lueur pupillaire :</b> recherche de trouble des milieux transparents (<i>cataracte, rétinoblastome</i>)</li> <li><b>Reflets cornéens :</b> recherche de strabisme</li> </ul>
<b>4 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Fixation :</b> monoculaire et binoculaire</li> <li><b>Poursuite oculaire :</b> recherche de nystagmus, amblyopie</li> </ul>
<b>9 mois à 15 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Occlusion alternée :</b> recherche de l'amblyopie</li> <li><b>Signe de la toupie :</b> recherche de l'amblyopie et examen de la motilité</li> <li><b>Tests stéréoscopiques :</b> recherche de l'amblyopie</li> </ul>
<b>Après 2 ans et demi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mesure de l'acuité visuelle de près et de loin :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lettres ou dessins en utilisant une méthode d'appariement des objets : recherche d'un trouble de la réfraction</li> </ul> </li> </ul>
<b>Vers 5 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Acuité visuelle :</b> tests directionnels, échelles de chiffres et de lettres</li> </ul>
<b>Vers 5-6 ans</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Test de vision des couleurs :</b> recherche de dyschromatopsie</li> </ul>

**Dans les premières semaines**

**Réflexe photomoteur :** en éclairant une pupille puis l'autre : un réflexe plus faible d'un côté fait soupçonner une anomalie organique.

**Lueur pupillaire : leucocorie**



à l'aide d'un ophtalmoscope ou à défaut d'un otoscope, (lumière et orifice coaxiaux, lumière non éblouissante et observation à distance de 30 à 50 cm) : une image normale est uniformément rouge (comme les reflets sur les photos prises au flash) : un trouble des milieux transparents (cataracte, rétinoblastome, etc.) entraîne une lueur non uniforme, ou non rouge ou un reflet blanc (leucocorie).

**Reflets cornéens : strabisme**



les reflets cornéens sont examinés à 50 cm par une lumière non éblouissante dont le reflet est centré. En cas de strabisme, un reflet est au centre d'une pupille et l'autre est décentré.

**De 2 à 4 mois**

**Fixation :** monoculaire et binoculaire : à l'aide d'une source lumineuse non éblouissante ou d'un objet fortement contrasté, placé à 50 cm : la fixation doit être centrée (reflet au centre de la pupille), stable (pas de nystagmus) et maintenue.

**Poursuite oculaire :** avant l'âge de 2 mois, les mouvements sont imparfaitement coordonnés ; à partir de 4 mois, l'enfant est capable de convergence et de poursuite sans bouger la tête ni le corps.

**Après 4 ans**

**Tests directionnels :** - E de Snellen  
- Stycar test

**Tests de chiffres et de lettres :**  
- Test lettres du Cadet  
- Echelle de Monoyer

**Examen de la vision des couleurs**  
- Babydaltton  
- Ischihara

**De 9 à 15 mois recherche de l'amblyopie**

**Occlusion alternée :** recherche d'une réaction de défense à l'occlusion d'un œil.  
L'occlusion alternée consiste à cacher alternativement les deux yeux. L'occlusion de l'œil amblyope est bien supportée, puisque cet œil a une mauvaise vision. En revanche, l'occlusion du "bon" œil est mal tolérée.

**Signe de la toupie :** on déplace un objet à droite et à gauche de l'enfant ; si l'œil gauche est amblyope, en mettant l'objet sur la gauche, l'enfant ne peut le regarder avec son œil gauche et tourne la tête, fait la toupie, pour continuer à le regarder avec son œil droit. Permet aussi de tester la motilité oculaire.

**Tests stéréoscopiques (Lang 1, Lang 2, mouche, autres) :** permettent d'éliminer une amblyopie chez le jeune enfant.

**Exemple : Test de Lang 1**

Le test de Lang 1 est une planche comportant un nuage de points apparemment disposés au hasard. Elle doit être placée à plat devant l'enfant. Elle laisse voir des dessins en relief en cas de vision stéréoscopique normale. Ce test permet le dépistage chez de jeunes enfants qui ne nomment pas les objets, mais qui essaient de les prendre ou dont le regard les "fixe".



**Après 2 ans et demi : mesure de l'acuité visuelle**

**Acuité visuelle de près (60 cm) :** selon le test, l'enfant désigne du doigt ou nomme l'objet qu'on lui montre sur une planche (le langage n'est pas nécessaire).

**Acuité visuelle de loin (à une distance de 5 m ou de 2,50 en divisant par deux l'AV obtenue) :** selon le test, l'enfant nomme l'objet qu'on lui montre ou le désigne par appariement sur une autre planche. La mesure de l'AV est plus facile de près que de loin, car l'enfant est plus en confiance à une distance restreinte et si l'on présente les dessins isolément que sur une ligne.

Le test est expliqué à l'enfant, l'AV doit être relevée rapidement en binoculaire, puis en monoculaire. L'occlusion de l'autre œil doit être parfaite (par un pansement) afin d'éviter que l'enfant ne "triche" en regardant de biais.

**Exemples de tests d'échelles d'acuité visuelle**

- Test de Pigassou  
- Test du Cadet  
- Test de Rossano Weiss



**Annexe D : Tableau 1 : Comparaison de l'âge moyen d'acquisition des items posturaux chez l'enfant non-voyant et voyant :**

	Enfant non-voyant	Enfant voyant
Tenir la tête	6-7 mois	3 mois
Ramper	18 mois	8.9 mois
Marcher avec assistance	15 mois	9.6 mois
Marcher seul	19.25 mois	12.1 mois
Courir	43 mois	18.1 mois

Tableau réalisé par mes soins, inspiré de divers travaux (Tröster & Branbring, 1993 ; Adelson & Fraiberg, 1974 dans Albaret et al., 2018) ; (*Les pré-requis: : Orthophonie-deficiencevisuelle*, 2016).

**Annexe E : Tableau 2 : Ages d'acquisition des repères corporels, selon Staes et De Lièvre (2000, pp. 323-324) :**

<b>2 à 3 ans :</b>	Mains, cheveux, ventre, pieds, bouche, bras, nez, oreilles, jambes, yeux, tête, dos
<b>4 ans :</b>	Dents, épaules, ongles, lèvres, coudes, joue, front, cou, talon, genoux, pouce, menton
<b>5 ans :</b>	Cils, sourcils, poignets, narine
<b>6 ans :</b>	Chevilles
<b>7 ans :</b>	Hanches, nuque, pommettes, nom des doigts
<b>8 ans :</b>	Mollets, paupières, avant-bras, paumes
<b>9-10 ans :</b>	Tempes

**Annexe F : Tableau 3 : Les repères chronologiques et le vocabulaire temporel selon De Lièvre et L. Staes (2000, pp. 323-324) :**

<b>18 mois/2 ans :</b>	Il commence à comprendre « maintenant, bientôt, tout de suite » et commence à repérer ce qui va être vite/doucement. Il peut évoquer un objet qui est absent. Il va comprendre la notion d'attendre, dans un moment
<b>3 ans :</b>	Il comprend « tout à l'heure, d'abord, avant/après, hier, demain. » Il peut évoquer des souvenirs qui datent d'un mois avant. Il peut évoquer un avenir un peu plus lointain (le lendemain).
<b>3 ans ½ :</b>	Il comprend « quand ? » et utilise « hier ». Il peut évoquer des souvenirs qui datent d'il y a un an.
<b>4 ans :</b>	Il connaît un jour privilégié de la semaine. Il peut se projeter à l'échelle de plusieurs mois.
<b>5 ans :</b>	Il utilise « matins/midi/soir » et connaît le nom des saisons. Comprend la notion de fêtes (les fêtes à venir, comme Noël)
<b>6 ans :</b>	Il connaît les jours de la semaine, et la notion d'âge.
<b>7 ans :</b>	Il connaît les mois de l'année, sa date d'anniversaire et comprend comment utiliser un calendrier.
<b>7-8 ans :</b>	Il connaît la date complète. Il commence à s'intéresser à son passé et au passé historique.
<b>8-9 ans :</b>	Il commence à lire l'heure. Il se projette dans l'avenir (métier, par exemple).
<b>10 ans :</b>	Il peut réaliser des fresques chronologiques. Il peut comprendre ce qu'est le temps historique, personnel, propre à chacun.

**Annexe G : Tableau 4 : Connaissance des repères spatiaux chez l'enfant selon De Lièvre et L. Staes (2000, pp. 323-324) :**

<b>De 2 à 3 ans :</b>	Devant/derrière, sur/sous, dessus/dessous, dedans/dehors, grand/petit, en haut/en bas
<b>4 ans :</b>	A côté, loin/près, autour, moyen, couché(horizontal)/debout(vertical), rond/carré, peu/beaucoup
<b>5 ans :</b>	Contre, partout, droit, entier, rectangle/triangle, entrer/sortir, tourner
<b>6 ans :</b>	Droite/gauche (sur lui), penché, au milieu, demi, gros/fin, monter/descendre, rouler, seul/ensemble
<b>7 ans :</b>	Droite/ gauche (sur autrui, placé dans le même sens), losange, plier/tendre, tirer/pousser En parallèle, il acquiert la notion de décentration.
<b>8 ans</b>	Droite/gauche sur autrui (placé en face à face), long/court, contre/près
<b>9 ans :</b>	Large/étroit, mince/épais, oblique

**Annexe H : Tableau 5 : Observations cliniques des acquisitions de la vie quotidienne avant et après dix séances de médiation équine en psychomotricité chez Eliott**

<b>Acquisitions de la vie quotidienne</b>	<b>Avant les séances</b>	<b>Après les séances</b>
<b>Ramper pour passer sous quelque chose</b>	Il soulève les barres avec ses pieds, sa tête et ses fesses et se hisse avec les bras.	Il reste bien au sol grâce à une guidance verbale, son corps ne soulève plus les barres.
<b>Ouvrir une porte</b>	Il tire une porte légère mais ne la contourne pas en la tirant.	Il peut ouvrir et contourner une porte, même lorsque celle-ci est lourde.
<b>Manger seul</b>	Il peut porter la cuillère à sa bouche en étant guidé par un adulte pour maîtriser le geste.	Il tient l'assiette et peut manger seul à la cuillère
<b>Accrocher ses affaires sur le porte manteau</b>	Il a besoin d'être guidé, réalise des mouvements brusques, dit qu'il n'y arrive pas.	Il peut saisir ses habits avec les deux mains pour les déposer sur le porte manteau, repéré tactilement au préalable.
<b>Enfiler ses vêtements (écharpe, blouson)</b>	Il a besoin d'aide pour trouver la manche de son blouson et mettre son écharpe.	Il enfiler son écharpe seul. Il peut mettre son manteau en le posant au sol, face à lui.
<b>S'asseoir de façon sécurisée en voiture</b>	Il glisse sur le siège, la ceinture étant ensuite collée à son cou.	Il maintient une position sécurisée sans glisser sur son siège.
<b>Se déplacer avec la canne</b>	Les sollicitations pour qu'il balaie avec sa canne sont nécessaires ; il conserve un contact avec le mur dans les couloirs.	Eliott effectue le balayage plus spontanément, les sollicitations pour qu'il perde sont moins fréquentes. Il peut désormais s'éloigner du mur et il évite les obstacles.
<b>S'organiser pour monter et descendre les escaliers</b>	Il monte et descend les escaliers sans la canne, en se tenant à la rampe. Avec la canne, il peine à s'organiser et ne sait pas où la mettre.	Il utilise la canne pour monter et descendre les escaliers. Il commence à les monter sans la rampe (avec la canne uniquement).
<b>Monter et descendre de la voiture</b>	Il demande de l'aide pour descendre la marche de la voiture et laisse glisser ses pieds sur celle-ci pour descendre.	Il monte et descend seul en attrapant une poignée pour s'aider et ne se laisse plus glisser pour descendre.

**Annexe I : Tableau 6 : Observations cliniques des acquisitions en médiation équine avant et après dix séances de médiation équine en psychomotricité chez Eliott**

<b>Acquisitions en médiation équine</b>	<b>Premières séances</b>	<b>Dernières séances</b>
<b>Passer dessous</b>	Plusieurs sollicitations sont nécessaires pour l'inciter à se coucher sur le poney.	Il se couche sur le poney lorsqu'on lui indique qu'il devra passer sous une barre.
<b>Toucher les oreilles et la queue du poney</b>	Il faut guider son mouvement et le solliciter de nombreuses fois.	Il a intégré les positions de ces parties du corps et se penche en avant et en arrière pour les toucher.
<b>Attraper et poser une tasse sur un bâton</b>	Il change de main pour poser la tasse. Eliott a des difficultés à attraper la tasse lorsque celle-ci est à une distance supérieure à la longueur de son bras.	Il cherche la tasse autour de lui. L'indiçage sonore est parfois nécessaire. Il maîtrise le déséquilibre de chaque côté et peut attraper la tasse même lorsqu'elle est loin.
<b>Se pencher pour attraper un objet sur le côté</b>	Des repères sonores ou tactiles (sur une partie de son corps) lui permettent de se pencher sur le côté. Il a du mal à se pencher suffisamment pour attraper les objets bas.	Il peut se pencher suffisamment pour saisir les objets bas. Leurs positions sont toujours indiquées par des repères sonores ou tactiles (sur son pied par exemple).
<b>Se mettre en équilibre sur les étriers</b>	Il ne tient pas en équilibre mais soulève ses fesses puis se rassoit sur la selle.	Il peut maintenir la posture quelques secondes. La guidance verbale est nécessaire pour l'aider à planifier son action.
<b>Brosser avec une force adaptée</b>	Il recrute peu de force et de tonus.	Il panse le poney avec une tonicité adaptée.
<b>Reprendre une posture donnée (proprioception)</b>	Eliott ne parvient pas à reprendre une posture donnée.	Il parvient à reproduire une position simple, n'impliquant que les membres supérieurs.
<b>Réalise le mouvement demandé pour l'échauffement</b>	La guidance physique et verbale est nécessaire pour qu'il exécute le mouvement.	Eliott identifie la partie du corps à échauffer. Il faut le guider pour qu'il comprenne le mouvement à réaliser.
<b>Monter et descendre du poney</b>	Eliott demande de l'aide pour monter et descendre.	Il monte et descend seul en étant parfois guidé verbalement.
<b>Tenir le poney par la longe et le guider</b>	Il tient la longe du bout des doigts, la lâche parfois et se laisse guider par le poney, sans avancer.	Eliott tient fermement la longe. Les difficultés pour guider le poney perdurent.

Annexe J : **Formulaire d'information et de non-opposition**

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION**

Madame, Monsieur

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « L'apport du cheval dans l'accompagnement psychomoteur de l'enfant déficient visuel », coordonnée par Eglantine MONDIERE, étudiante en psychomotricité à l'institut de formation en psychomotricité (ISRP) de Vichy.  
L'étudiant est responsable du traitement de données.

Cette étude, qui permettra d'améliorer les connaissances dans le domaine de la psychomotricité, est réalisée dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention d'un diplôme d'état.  
Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer et accorder le traitement de vos données ou celles de vos proches.

**Informations Générales**  
L'objectif de l'étude à laquelle nous vous proposons de participer, est de déterminer en quoi la médiation équine peut être un support intéressant pour accompagner l'intégration du schéma corporel de l'enfant déficient visuel. Ce mémoire sera composé d'une partie théorique, basée sur divers ouvrages ; d'une étude de cas et d'une discussion permettant de répondre à la problématique.

**Participation**  
Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer et d'accepter que vos données soient traitées ou celles de votre entourage sans encourir aucune responsabilité. Vous avez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

**Aspects légaux**  
Toutes les données seront anonymisées.  
Vos données seront stockées, sur un espace sécurisé avec accès restreint jusqu'à la publication des résultats (soutenance du mémoire puis, éventuellement, publication d'un article) puis elles seront alors détruites.  
Conformément aux dispositions de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles ainsi que le droit à l'effacement et à l'oubli de vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ce traitement automatisé de vos données de santé est conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous disposez d'un droit de réclamation auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS cedex 07 (01.53.73.22.22).

Nom de l'étudiant (mail et Tél de l'étudiant) : Mondière Eglantine – 0781513097 –  
eglantine.mondiere@psychomotricien.eu

Nom de l'institut de formation : ISRP de Vichy

Nom du directeur de l'institut de formation : .....

Nom du Responsable :  
Fait le : 18/01/2024  
Signature du responsable

Nom du participant : .....  
Fait le : 26/1/23  
Signature du participant

page 1/1

L'apport du cheval dans l'accompagnement psychomoteur de l'enfant en situation de cécité congénitale : La médiation équine, support de l'intégration du schéma corporel

*Sous la direction de Chloé NOBLE, psychomotricienne D.E.*

### **Résumé :**

Les personnes non-voyantes se représentent leur environnement et leur corps grâce à leurs sens disponibles. Les enfants en situation de cécité congénitale sont susceptibles de rencontrer des difficultés pour établir ces représentations, c'est pourquoi un accompagnement psychomoteur peut être proposé. C'est par le biais de différentes médiations que le psychomotricien soutient le développement des représentations de ces enfants. Au Pôle Enfance, c'est notamment la psychomotricité en médiation équine qui a été mise en place pour un enfant non-voyant, dans le but d'étayer l'intégration de son schéma corporel et ainsi de développer la construction d'une représentation de son corps stable. Mais alors, en quoi l'accompagnement psychomoteur en médiation équine soutient la construction du schéma corporel chez l'enfant en situation de cécité congénitale ? Après avoir défini la cécité et ses conséquences sur le développement psychomoteur, vous découvrirez l'intérêt de l'introduction du cheval médiateur dans la prise en charge psychomotrice de l'enfant en situation de cécité congénitale.

**Mots clés :** Psychomotricité ; Médiation équine ; Cécité congénitale ; Schéma corporel ; Enfants.

### **Abstract:**

Blind people represent their environment and their body using their available senses. Children suffering from congenital blindness are likely to have difficulty establishing these representations, which is why psychomotor support can be offered. It is through various means that the psychomotor therapist supports the development of these representations in these children. At the Children's Department, psychomotor support using equine mediation has been introduced for a blind child, with the aim of supporting the integration of his body schema and therefore developing a stable representation of his body. But then, how does psychomotor support through equine mediation support the construction of the body schema in a child suffering from congenital blindness? After defining blindness and its consequences on psychomotor development, you will discover the value of introducing horses as mediators in the psychomotor care of children with congenital blindness.

**Keywords:** Psychomotricity; Equine mediation; Congenital blindness; Body schema; Children.