MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

INTÉRÊTS DE L'ÉQUITHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE DES PARALYSIES CÉRÉBRALES.

Mémoire présenté par Mathilde Schwartz
étudiante en 3ème année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute.
2009/2010.

SOMMAIRE

Page

RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION 1

2. L'ENFANT INFIRME MOTEUR CÉRÉBRAL 1

2.1.Définition 1

2.2. Tableau clinique général 2

2.3. L'évolution de la pathologie 4

2.4. La prise en charge "classique" 4

3. L'ÉQUITHÉRAPIE

3.1. Définition 6

3.2. Historique 6

3.3. Pourquoi le cheval ? 7

3.4. Comment utiliser le cheval de thérapie ? 8

3.5. Les différents bienfaits thérapeutiques 8

3.5.1. La décontraction 8

3.5.2. L'ajustement tonique du tronc 9

3.5.3. Les similitudes entre les mouvements du bassin d'un cavalier au pas, et celui d'un piéton 13

3.5.4. Affinement de la sensibilité superficielle et profonde 15

3.5.5. Amélioration de la dissociation des gestes 16

3.5.6. Amélioration de la coordination gestuelle 17

3.5.7. Le développement de la structuration temporo-spatiale 18

3.5.8. Le travail à pied 20

3.5.9. Amélioration psychique 23

4. LA PLACE DU KINÉSITHERAPEUTE AU SEIN DE LA THÉRAPIE ÉQUESTRE 23

4.1. Le rôle de l'accompagnant 23

4.2. Le rôle du moniteur d'équitation 24

4.3. Le masseur-kinésithérapeute 25

4.3.1. Sa formation. 25

4.3.2. Son rôle 26

5. LES DIFFICULTÉS FACE AU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉQUITHÉRAPIE EN FRANCE 29

5.1. L`aspect législatif 29

5.2. L`aspect financier 30

6. CONCLUSION 30

BIBLIOGRAPHIE

ANNNEXES

Résumé :

La prise en charge des enfants paralysés cérébraux est vaste. Nous vous proposons de découvrir une nouvelle thérapie très développée chez nos confrères suédois et norvégiens : l'équithérapie.

Cette activité de soin est basée sur les mouvements que le cheval transmet à l'enfant, qui retranscrivent de manière quasi parfaite les déplacements du bassin d'un piéton.

Outre cette similitude, la monte à cheval favorise le relâchement musculaire, permet une mobilisation ostéo-articulaire, une stimulation du tonus postural, un travail en dissociation comme en coordination et une amélioration des repères temporo-spatiaux.

De plus, la relation que l'enfant crée avec l'animal à des vertus psychiques particulièrement intéressantes pour développer son attention, sa concentration et sa sociabilisation.

Le masso-kinésithérapeute a une place très importante à jouer au sein d'une équipe encadrant ce genre de thérapie. En effet ses compétences sont nécessaires dans le choix du poney, du montoir, des adaptations (selles, rênes) et des exercices ciblés en fonctions des déficiences et capacités fonctionnelles de chaque patient. Il saura déceler un atelier inadapté, une augmentation de spasticité comme une amélioration des performances de l'enfant.

En France, la thérapie équestre peine à s'affirmer, la profession n'étant pas réglementée, les actes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Mots clés : paralysie cérébrale, cheval, rééducation, équithérapie, masso-kinésithérapie.

1. INTRODUCTION

Malgré une surveillance plus stricte des grossesses et les progrès de la médecine en terme de prise en charge des prématurés, la paralysie cérébrale est toujours présente. Sur le plan international, sa prévalence est de l'ordre de 1,5 à 2 pour 1000 enfants nés vivants, ce chiffre est largement dépassé dans les pays pauvres où l'accès aux soins médicaux est compliqué (1).

Cette pathologie complexe, aux conséquences globales et variées, a déjà fait beaucoup parler d'elle en ce qui concerne sa prise en charge. En effet de nombreuses méthodes de rééducation ont déjà vu le jour : l'éducation thérapeutique de LE METAYER (2) ou le concept BOBATH (3), pour ne citer qu'elles.

A travers ce travail, nous proposons de découvrir une activité de soins encore peu connue : l'Équithérapie. Bien entendu il ne s'agit en aucun cas de faire de nos patients des cavaliers, mais plutôt de se servir des multiples possibilités qu'offre le cheval à ces jeunes patients (4).

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la paralysie cérébrale, ses déficiences, et sur les grandes lignes de la rééducation comme elle est pratiquée le plus régulièrement par les masseurs-kinésithérapeutes. Puis, dans une deuxième temps, nous aborderons la thérapie équestre et ses bienfaits thérapeutiques. Enfin nous clôturerons ce sujet en expliquant la place du masseur-kinésithérapeute au sein d'une équipe encadrant les séances d'équitation thérapeutique.

2. L'ENFANT INFIRME MOTEUR CEREBRAL

2.1. Définition

Selon le professeur Tardieu, l'infirmité motrice cérébrale (I.M.C.), aujourd'hui appelée Paralysie Cérébrale (P.C.) résulte de lésions encéphaliques précoces (entre la conception et la 2ème

année de vie), non évolutives, non héréditaires, responsables de troubles moteurs prédominants, sans déficit intellectuel, ni trouble premier de la personnalité (5). Cette définition exclut tous les enfants ayant un retard mental que nous regroupons sous le terme d' I.M.O.C.

Les étiologies de cette pathologie sont diverses et variées (1), retenons que les séquelles de prématurité occupent un pourcentage important.

Selon Phelps (2), il existe 3 grands types d'atteintes, différenciés suivant la nature des troubles du tonus et leurs topographies :

- Les atteintes spastiques, dues à une atteinte du faisceau pyramidal.
- Les atteintes extra-pyramidales, comprenant les formes athétosiques (absence de position fixe, mouvements lents involontaires surtout des membres supérieurs), et les formes dystoniques (contractions involontaires prolongées qui provoquent des postures anormales).
- Les atteintes cérébelleuses.

D'après Le Metayer et Tardieu, cette classification est des plus sommaire, et elle ne guide en aucune manière le rééducateur dans son approche clinique et dans sa pratique thérapeutique (2).
Nous retiendrons comme ils le suggèrent, que la P.C. est composée de nombreux troubles, inégalement répartis selon les cas.

2.2. Le tableau clinique général

La paralysie cérébrale touche les individus de façon plus ou moins sévère, en fonction de l'étendue et la localisation des lésions cérébrales.

Comme nous l'indique la définition de Guy TARDIEU (5), les troubles moteurs sont prédominants. Le plus souvent nous retrouvons :

- la spasticité. qui se définit comme une hyperactivité de l'arc réflexe entraînant une augmentation vitesse-dépendante du réflexe d'étirement (6). Les muscles spastiques voient leurs propriétés se modifier : viscosité et élasticité augmentent, et le nombre de sarcomères diminuer ce qui entraîne des rétractions musculaires. La spasticité et l'hypoextensiblité musculaire concourent aux déséquilibres agonistes/antagonistes.

- C'est à partir des déséquilibres musculaires qu'apparaissent les troubles orthopédiques. les plus fréquents étant : le varus-équin de cheville, le flexum de genou, le flexum-adductum de hanche, la luxation de hanche, le flexum de poignet... En effet les muscles spastiques sont souvent bien plus forts que leurs opposés, ce qui limite les possibilités de balayage articulaire, favorise le blocage articulaire, et le maintien prolongé de positions vicieuses. Notons aussi que les enfants ont un système ostéo-articulaire encore malléable, il y a donc un risque de déformations osseuses sous l'action de ces déséquilibres de forces musculaires.

- L'enfant P.C. est très souvent touché par une hypotonie axiale, qui favorise les déformations du rachis (scoliose).

- L'action motrice est également entravée, l'élaboration d'un geste peut se révéler perturbée par une difficulté à initier le mouvement, à l'organiser, à gérer l'amplitude et/ou l'intensité. C'est le défaut de la commande volontaire et de la sélectivité motrice (2).

A cette série de troubles touchant la motricité et la posture, d'autres grandes fonctions peuvent être atteintes, nous parlons des «troubles associés» (1) :

- les déficiences médicales (épilepsies, troubles vésico-sphinctériens),

- les déficiences psychiques (troubles du comportement),

- les déficiences sensorielles (agnosies auditives, visuelles),

- les troubles cognitifs : atteintes de la parole et du langage, du schéma corporel, les troubles praxiques (l'enfant P.C. souffre de dyspraxie, c'est la difficulté à coordonner ses mouvements pour atteindre un but. La plus fréquente étant la D.V.S. : dyspraxie-visuo-spatiale, elle associe la maladresse gestuelle, les troubles du regard et les troubles spatiaux).

2.3. L'évolution de la pathologie

Les lésions cérébrales initiales n'évoluent pas, cependant elles sont survenues sur un cerveau en maturation, ce qui va entraver le développement psycho-moteur normal de l'enfant (1).

L'enfant sain, dès son plus jeune âge, s'adapte automatiquement aux conditions physiques complexes auxquelles il est soumis (2). C'est à partir d'aptitudes motrices innées, non appelées à disparaître, que s'organise une motricité volontaire de plus en plus précise, plus rapide, et moins coûteuse en énergie (1).

Chez l'enfant P.C., ces automatismes innés sont toujours plus ou moins atteints (7), ce qui ne lui permet pas d'appréhender correctement le monde extérieur, d'acquérir des expériences motrices, et de développer des schémas moteurs normaux.

2.4. La prise en charge «classique»

La rééducation proposée au jeune enfant cérébro-lésé, appelée aussi éducation thérapeutique se doit d'être précoce et globale pour espérer développer au maximum les possibilités motrices fonctionnelles de chaque enfant (2).

L'objectif principal reste néanmoins l'accessibilité à un mode de déplacement, tout en limitant les problèmes orthopédiques liés à la spasticité, et en renforçant les muscles déficitaires (8).
La collaboration des parents ne doit pas être négligée, le but n'étant pas d'en faire des thérapeutes, mais de les associer aux actions éducatives et thérapeutiques, car «c'est le quotidien qui fera l'avenir de l'enfant» (1).

La première étape de cette rééducation est la recherche de la correction des postures pathologiques. L'enfant n'a pas conscience de ses postures anormales. À nous de les inhiber par des techniques de décontraction : manœuvres de décontraction automatique, massages, étirements, postures. Ensuite, il s'agit de guider les mouvements de l'enfant, afin de faciliter la stimulation des automatismes cérébro-moteurs innés. Par la répétition de gestes simples, l'enfant acquiert la conception du mouvement et le mémorise peu à peu (1). Dans le principe : l'enfant P.C. commence par accompagner le mouvement, l'anticipe, puis le fait seul. La stimulation de ces automatismes peut se faire à travers les Niveaux d'Evolution Moteurs (N.E.M.). Les N.E.M. sont une succession de situations où les aptitudes cérébro-motrices innées de l'enfant interviennent inconsciemment et lui permettent de contrôler une position, puis une autre, dans le but d'obtenir le niveau d'évolution moteur le plus élevé et si possible, la marche. Bien entendu, cela est possible par la seule condition que le cerveau ait la capacité de se modifier en créant de nouveaux circuits, c'est ce que nous appelons la neuroplasticité (9).

Nous veillerons toujours à corriger les postures avant de solliciter la motricité volontaire (2). Ces principes seront toujours présents dans le cadre de l'équithérapie.

Soulignons aussi l'importante participation de la toxine botulique qui permet, en association avec les étirements des muscles spastiques et la sollicitation musculaire des muscles antagonistes, d'améliorer la composante fonctionnelle et l'installation des patients (8).

Rappelons également que cette prise en charge est pluridisciplinaire, et que selon les déficiences, l'enfant se verra apporter l'aide d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'orthoptistes et de psychologues.

3. L'ÉQUITHÉRAPIE

3.1. Définition

D'un point de vue étymologique «équi» signifie le cheval et «thérapie» le traitement d'une maladie ou d'un handicap.

D'après la Société Française d'Équithérapie : «l'équithérapie est un soin psychique médiatisé par le cheval et dispensé à une personne dans ses dimensions psychiques et corporelles».
Il existe différentes terminologies (équithérapie, hippothérapie, thérapie avec le cheval, rééducation par l'équitation, thérapie équestre...). Tous ces termes sont souvent amalgamés quant à leurs significations.

3.2. Historique

Les vertus thérapeutiques liées au cheval sont connues depuis l'antiquité, en effet il était déjà remarqué que la pratique de l'équitation empêchait que les muscles ne perdent de leurs tonus.
Au Vème siècle avant J.C., selon XENOPHON «le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps, mais aussi pour l'esprit et le cœur» (25).

L'équithérapie débuta avec l'histoire de Lis HARTEL, cette jeune danoise atteinte de poliomyélite qui surmonta sa maladie par une pratique intensive d'équitation alors qu'elle était encore en fauteuil roulant. Cette volonté lui permit de décrocher une médaille d'argent en dressage aux jeux olympiques d'Helsinki en 1952. À partir de cet exploit sportif, une vraie prise de conscience va naître quant aux possibilités de se rééduquer par la pratique équestre (10).

En France, la rééducation par l'équitation fit son apparition en 1962 grâce à Hubert LALLERY, kinésithérapeute, qui fit des recherches sur l'utilisation du cheval comme outil thérapeutique.
Plus tard Hubert LALLERY s'associe à Renée de LEBERSAC, psychomotricienne, ils vont ensemble chercher à théoriser les bénéfices psychologiques et moteurs véhiculés par le contact du cheval.

Ils publieront ensemble un ouvrage princeps «la Rééducation par l'équitation» (11), ce livre marque l'arrivée en France d'une discipline thérapeutique nouvelle, pratiquée par les professionnels de santé dans l'intention spécifique de soigner.
Sept ans plus tard, en 1970 naît l'association HANDI-CHEVAL.

Ces dernières années, l'accent a été mis sur le développement de cette thérapie nouvelle et sur la qualité des formations.

3.3.Pourquoi le cheval ?

Le cheval apparaît ici comme un outil thérapeutique vivant. Il est considéré comme un partenaire soignant à part entière (12).

Le cheval est un être vivant doté d'une *vigilance sensorielle* très développée, c'est un animal sensible qui nous aidera à traduire le langage corporel, et les possibilités physiques et psychiques de l'enfant handicapé. Ce ressenti exceptionnel en fait un auxiliaire précieux de travail.

Monter à cheval apparaît comme une *activité attrayante* pour les patients qui ne voient pas cela comme une séance de rééducation, mais plutôt comme un loisir. Cela diffère de la rééducation classique longue et astreignante. À cheval, l'évolution est très vite visible, l'enfant constate au fil des jours que son cheval lui obéit mieux (5).

Le cheval *valorise :* de part sa position élevée à cheval, l'enfant surplombe et domine son entourage quotidien, une situation que la personne handicapée ne connaissait pas jusqu'alors. De plus, l'enfant sent qu'il fait quelque chose de «normal». A cheval cet enfant est comme les autres, il retrouve de la motivation et les contraintes s'estompent (13).

L'animal peut aussi permettre à l'enfant de se projeter et de s'identifier à un héros comme Zorro avec Tornado ou Lucky-Lucke avec Jolly Jumper.

À l'écurie l'enfant n'est plus en *situation de maternage*, en effet dans ce lieu c'est lui qui procure des soins : il panse, abreuve, nourrit, emmène son poney brouter en longe...

3.4. Comment utiliser le cheval de thérapie ? (5)

L'animal peut être utilisé de deux manières au cours de la rééducation équestre :

Comme un élément «passif» : par l'effet bénéfique que les mouvements du cheval transmettent à l'enfant. Dans cette situation, le patient ne prend pas les commandes de l'animal, il se laisse bercer par les mouvements rythmiques du pas. Une personne (accompagnant, kinésithérapeute, ou moniteur d'équitation) est alors chargée de diriger le quadrupède et d'assurer la sécurité de l'enfant.

Comme un élément «actif» : le cheval ne ment pas, c'est un juge impitoyable réagissant à chaque mouvement bon ou mauvais de son cavalier. Sa réponse sera correcte ou non, selon la justesse des sollicitations de l'enfant. Le sujet n'a plus besoin de miroir comme il en utilise en rééducation classique pour pallier à ses déficits, le cheval lui apporte ce feedback.

3.5. Les différents biens-faits thérapeutiques

3.5.1. La décontraction

La position à cheval va influencer la diminution de la spasticité au niveau du bassin et des membres inférieurs. En effet, la position à califourchon va placer les groupes musculaires généralement les plus spastiques chez les P.C. (adducteurs, rotateurs médiaux de hanche) en position d'étirement (5).

De plus, à cheval les membres inférieurs ne sont pas en appui, ce qui facilite la décontraction.

Notons que parfois les muscles sont tellement spastiques que la position est intenable. La thérapie pourra néanmoins commencer en plaçant les jambes de l'enfant au niveau de l'encolure, plus fine que le dos de l'animal (l'abduction est alors moins importante). Au fur et à mesure de la séance la spasticité diminue, cela se traduit par un relâchement et abaissement des membres inférieurs. Le bassin perd son attitude figée pour accompagner harmonieusement les pas de l'animal.

Le pas du cheval est un mouvement symétrique, régulier et monotone, son alternance de balancement est un excellent exercice de décontraction. Cela s'explique notamment par le fait que l'animal exécute 60 à 75 pas par minute, ce qui correspond au rythme cardiaque humain, or tout rythme se rapprochant d'un rythme physiologique est apaisant et relaxant (5). L'enfant se laisse donc bercer, ce ballotement de faible amplitude créant ainsi un bien-être et faisant naître une sorte de déconnection avec le monde extérieur pouvant aller jusqu'à l'endormissement ; portage qui rappelle à l'enfant les mouvements de bercement de sa mère (24).

La chaleur que dégage l'animal concourt également à la diminution de la spasticité. C'est pour cela qu'il est intéressant de faire monter ces jeunes à cru (sans selle) lorsque leurs possibilités le permettent.

3.5.2. L'ajustement tonique du tronc

Le pas du cheval est une allure marchée, symétrique, basculée, à 4 temps égaux, dans laquelle les membres sont successivement en appui (14).

Le pas se décompose donc en 4 temps (14) :

1 temps -> lever de l'antérieur droit.

2 temps -> lever du postérieur gauche, et poser de l'antérieur droit.

3 temps -> lever de l'antérieur gauche et repose le postérieur gauche.

4 temps -> lever du postérieur gauche et repose l'antérieur droit.

Au pas, les sollicitations qu'imprime le cheval à son cavalier sont constantes, celles-ci mettent en jeu la réponse de plus de 300 muscles, et imposent près de 2000 ajustements posturaux en une demi-heure (15).

Assis à califourchon sur le dos de l'animal, l'enfant adopte une certaine position appelée : l'assiette du cavalier. L'assiette détermine : «la qualité qui permet au cavalier de demeurer maître de son équilibre en toutes circonstances, quelles que soient les réactions du cheval. L'assiette du cavalier varie selon le rythme des foulées de sa monture, la nature du terrain, les allures et le mouvement du cheval» (14).

À cheval, le cavalier est en permanence en déséquilibre :

*) le premier déséquilibre se situe dans le plan antéropostérieur provoqué par des phénomènes d'accélérations / décélérations constants. Ce sont les postérieurs de l'animal qui donnent l'impulsion et le départ du mouvement, c'est donc une phase d'accélération. L'inertie entraîne le centre de gravité du sujet vers l'arrière, celui-ci se rattrape par une contraction réflexe de la chaîne antérieure (abdominaux, psoas, fléchisseurs de hanche) (fig. 1). À l'inverse, quand un antérieur arrive au contact du sol, c'est une phase de décélération. L'inertie déséquilibre le patient vers l'avant qui rattrape son équilibre par une contraction réflexe de la chaîne postérieure (spinaux superficiels, grands fessiers) (fig. 2). Et ainsi de suite, ce qui oblige le sujet, s'il veut garder son équilibre, à une alternance de contractions / décontractions réflexes des muscles agonistes / antagonistes (5).

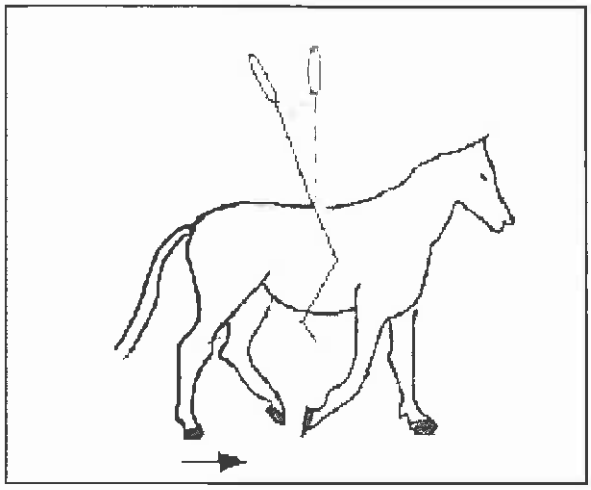

Figure 1 : propulsion du postérieur.

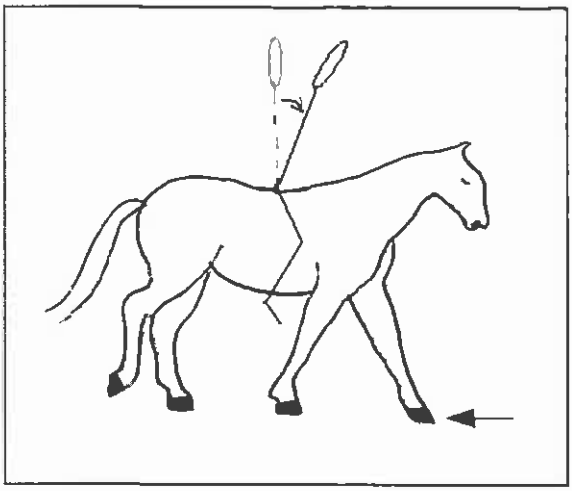

Figure 2 : frappe de l'antérieur

*) le deuxième déséquilibre se situe dans le plan frontal, il est cadencé par les mouvements des postérieurs de l'animal. Le cavalier est assis entre les antérieurs et les postérieurs de la bête, pourtant il semblerait que les mouvements de son corps soient plus directement liés à ceux des postérieurs du cheval (fig. 3). Lorsque le postérieur de l'animal (droit ou gauche) est en phase oscillante, sa hanche se trouve alors abaissée, et avec elle l'hémicorps homolatéral du sujet (bassin et épaule). Ainsi suit une réaction d'équilibration entraînant une contraction réflexe des muscles controlatéraux (adducteurs, carré des lombes), et une décontraction des muscles homolatéraux (5).

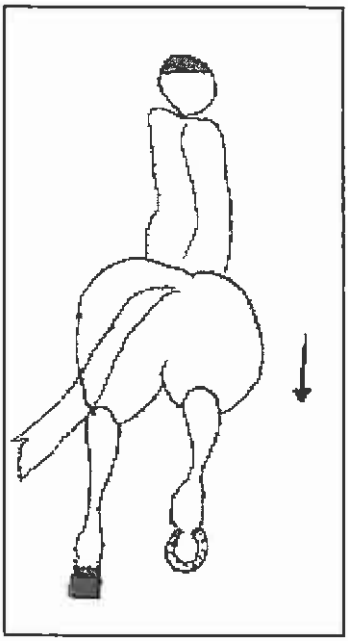

Figure 3 : le déséquilibre frontal

*) Le troisième déséquilibre se situe dans le plan vertical. Il correspond aux alternances d'élévation et d'abaissement des épaules et des hanches du cheval, ainsi qu'au balancement vertical de l'encolure et de la tête de l'équidé. Ce dernier déséquilibre stimule l'action des muscles spinaux profonds.

Le cheval apparaît donc ici comme un générateur de déséquilibres dans les trois plans de l'espace, aboutissant à des adaptations posturales réflexes du cavalier.

C'est d'ailleurs une étude récente réalisée aux Etats-Unis (16) qui a permis d'objectiver les progrès en termes de stabilité du tronc et de la tête de 6 jeunes paralysés cérébraux. À l'aide de capteurs placés sur le tronc et la tête, les scientifiques ont pu enregistrer leurs mouvements dans les 3 plans de l'espace avec une très grande précision. Un bilan initial a ainsi été réalisé, ces enfants ont pu ensuite bénéficier de 12 séances d'équithérapie de 45 minutes. Au terme de ces séances, un bilan de fin de rééducation fut mené. L'évolution retransmise par les graphismes est flagrante. Il y a une nette diminution des déstabilisations antéro-postérieures, et un meilleur contrôle de la tête et du tronc en réponse à un mouvement rythmique.

Ces instabilités minimes au pas peuvent être accentuées, pour un travail en progression :

Dans le plan vertical : nous pouvons augmenter les déséquilibres en plaçant des barres au sol. Ces barres obligeront le cheval à lever plus ses membres, et démultiplieront les sollicitations dans ce plan.

Dans le plan frontal : les déplacements latéraux peuvent être accentués par des changements de direction.

Dans le plan antéro-postérieur : ces phénomènes d'accélérationS / décélérations peuvent être amplifiés par des variations de rythme : allongement du pas, arrêt, reprise du pas, changements d'allures.

Le pas apparaît ici comme l'allure rééducative par excellence. Il est cependant possible d'utiliser le trot dans certains cas, comme par exemple pour stimuler une hypotonie axiale et provoquer un redressement du tronc plus important. À savoir que le trot est une allure sautée, qui peut provoquer des réactions de peur chez l'enfant et l'amener dans son schéma pathologique.

3.5.3. Les similitudes entre les mouvements du bassin d'un cavalier au pas, et celui d'un piéton

Pour bien comprendre ces similitudes, il est intéressant d'étudier dans un premier temps ces deux situations séparément (à pied et à cheval), pour ensuite pouvoir les comparer.

Mouvements du bassin pendant la marche humaine :

La marche est le résultat d'une interaction cinétique entre trois maillons : les deux membres inférieurs et le bassin. Les déplacements contrôlés du bassin constituent l'élément essentiel de ce mécanisme (17). L'analyse commence à 60% du cycle de marche, soit au moment où le pied qui était en appui devient libre (prenons le pied droit).

* Le premier temps : le déport latéral du bassin. Ce déport initial permet au marcheur de déplacer l'ensemble du poids du corps au dessus du talon qui reste en appui, pour pouvoir ensuite dégager le pied qui va avancer.

Éric Viel quantifie ce déplacement entre 45 et 50 mm d'un appui à un autre (17).

* Dans un deuxième temps, l'avancée du pied est accompagnée d'une rotation de bassin dans le même sens, appelée aussi pas pelvien. Cette rotation active du bassin permet de donner au pas plus d'ampleur. Grâce à des systèmes d'analyse du mouvement, Éric Viel estime cette rotation entre 5 et 8 degrés (17).

* Le temps suivant est caractérisé par un abaissement du bassin du côté oscillant. Cette chute contrôlée d'un hémi-bassin est de faible amplitude : environ 4 à 6 degrés (17). L'inclinaison latérale du bassin résulte d'un réglage fin des stabilisateurs du bassin.

La marche humaine est bien entendue beaucoup plus complexe que cela, mais nous avons choisi de nous concentrer sur ces trois déplacements du bassin que nous allons retrouver chez le cavalier au pas.

Mouvements du bassin du cavalier sur une monture marchant au pas :

Lorsque le cheval déplace son premier postérieur, le bassin de l'animal de ce côté-ci va s'abaisser, et avec lui le bassin du cavalier. Il en résulte donc une inclinaison latérale du bassin avec un allongement du tronc du côté en mouvement, et un raccourcissement du côté en appui. Puis, pour que le postérieur de l'animal atteigne le sol, celui-ci doit fléchir sa colonne vertébrale, et tourner son bassin, ce qui induit chez le cavalier une rotation de bassin du même côté. Enfin lorsque le postérieur entre en contact avec le sol, le centre de gravité du cheval se déplace vers le côté homolatéral et entraîne chez le cavalier un déplacement latéral du bassin (18).

Toutes ces forces combinées vont induire au bassin du cavalier un mouvement hélicoïdal, qui correspond à un geste amplifié du mouvement physiologique.

Tableau I : Tableau comparatif (18)

	CHEVAL	HOMME
Inclinaison latérale du bassin	5 centimètres	4 à 6 degrés
Déplacement latéral du bassin	4 à 5 centimètres	4 à 5 centimètres
Rotation du bassin	8 degrés	5 à 8 degrés

Le cheval au pas semble être un excellent outil thérapeutique, permettant aux jeunes handicapés moteurs de mobiliser leur bassin dans un schéma de marche non pathologique. Cette thérapie apparaît ainsi comme un simulateur de marche localisé au niveau du bassin, et ce, sans la contrainte des membres inférieurs.

3.5.4. Affinement de la sensibilité superficielle et profonde

Au cours d'une séance d'équitation, le cavalier est en contact étroit avec sa monture, il ne fait plus qu'un avec l'animal. À partir du toucher, l'enfant explore le cheval. Il s'agrippe à la crinière, enfouit son nez à la recherche de l'odeur de l'animal, caresse son pelage, se penche sur l'encolure pour l'embrasser...

À travers tous ces gestes l'enfant s'enrichit en expériences nouvelles et développe par ce biais sa sensibilité tactile.

À ce réseau important d'informations extéroceptives, s'ajoute la masse d'informations proprioceptives. En effet, à cheval, le corps du cavalier est perpétuellement en mouvement, ces micros mobilisations ostéo-articulaires sont localisées essentiellement au niveau des articulations coxo-fémorales, vertébrales et de la ceinture scapulaire. Elles déterminent un nombre important d'informations proprioceptives (15). De plus, comme expliqué précédemment, le bassin du cavalier au pas est la représentation très proche de celle d'un piéton. Ainsi, lors du déplacement du cheval, l'enfant va pouvoir expérimenter et ressentir les mouvements qui animent le bassin et le rachis au cours de la marche dite «normale».

L'ensemble de ces informations permettent à l'enfant P.C. de faire des expériences sensori-motrices normales et de mettre en place de nouveaux schémas moteurs, grâce à un système nerveux central susceptible de créer de nouvelles synapses. En effet à chaque seconde notre cerveau se modifie

en fonction des expériences (affectives, psychiques, cognitives...) que nous vivons, c'est la neuroplasticité (9).

Cela aboutit à une meilleure prise de conscience de son corps, de ses propres limites par rapport au monde environnant, ce qui conduit à une élaboration favorable de son schéma corporel (24).

3.5.5. Amélioration de la dissociation des gestes

Le geste est la matérialisation de notre pensée, il nécessite une visualisation mentale, avant son exécution. Il faut réaliser les bons actes pour obtenir l'image souhaitée. Pour cela intervient la dissociation des gestes, appelée aussi «l'indépendance des aides» par les cavaliers. Cette indépendance est indispensable pour pouvoir communiquer avec son cheval, et obtenir de lui un déplacement particulier (12).

Le cavalier dispose d'aides naturelles : les mains qui agissent par l'intermédiaire des rênes, la voix, le regard, le poids du corps (l'assiette), l'action des membres inférieurs et des aides artificielles : la cravache et les éperons.

Le premier niveau d'indépendance se situe entre l'action des membres supérieurs par rapport aux membres inférieurs. En effet si nous voulons assurer le déplacement du cheval vers l'avant, il faut :
=> une contraction des muscles des membres inférieurs, notamment des adducteurs. La pression de ces derniers qui se referment sur le cheval lui donne l'ordre d'avancer.
=> Une décontraction des membres supérieurs, qui relâchent la tension au niveau des rênes, et donc au niveau de la bouche du cheval, sans quoi celui-ci ne peut avancer (fig. 4) (5).

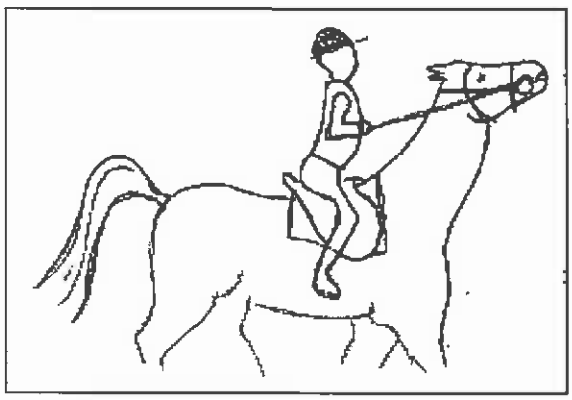

Figure 4 : l'exemple à ne pas suivre

Le deuxième niveau d'indépendance se situe entre les deux membres supérieurs. En effet, pour tourner, c'est le membre supérieur du côté où nous désirons aller qui doit s'éloigner de l'axe du cheval, attirant ainsi son encolure du côté souhaité (fig. 5, position n°1).

Si les deux mains s'écartent de l'encolure, le cheval garde sa tête dans l'axe, les rênes forment alors «un entonnoir» qui indique au cheval de marcher droit (fig. 5, position n°2).

Si les deux mains se portent du même côté, le cheval s'infléchit de la tête à la queue et, selon son niveau d'éducation, se déplacera soit latéralement, soit marchera droit (fig. 5, position n°3) (5).

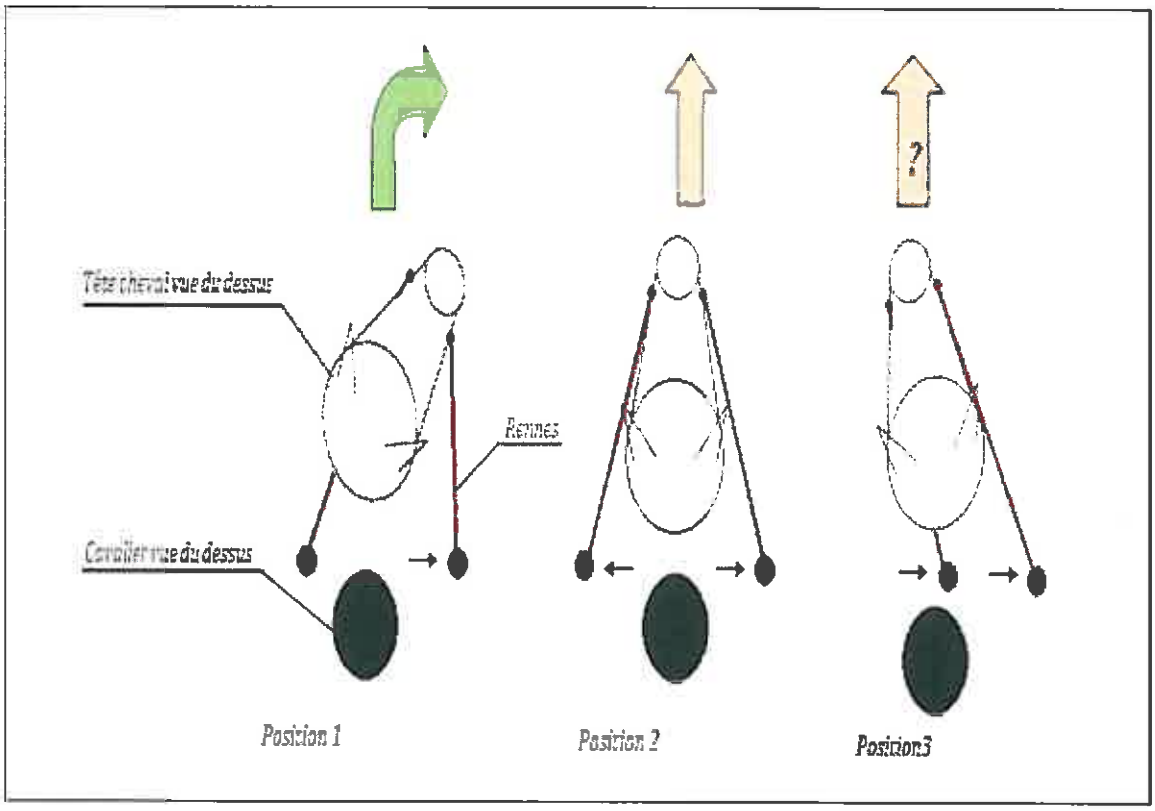

Figure 5 : la dissociation gestuelle d'un membre supérieur par rapport à l'autre.

3.5.6. Amélioration de la coordination gestuelle

La coordination gestuelle se définit comme la combinaison d'actions musculaires, dans un ordre rigoureux, convergent vers un même but. Le cheval ne supportera aucune contradiction, si les

ordres donnés par le cavalier sont incorrects, celui-ci répondra pas des mouvements anarchiques très loin du résultat escompté (5).

Par exemple, pour tourner à gauche :

* l'enfant devra réaliser une rêne d'ouverture gauche, c'est-à-dire écarter sa main gauche de l'encolure, en gardant le main droite au contact de l'animal. L'action transmise par la main du cavalier doit être juste en intensité (si elle est trop faible le cheval ne la perçoit pas, si elle est trop forte, il réagira de manière intempestive), en amplitude, et en précision.

* Le cavalier portera son regard vers la direction choisie entraînant une rotation de la tête et du tronc.

* Le poids du corps se verra déplacé du côté où il veut tourner. En effet, le quadrupède est extrêmement sensible aux modifications de répartition du poids du corps du cavalier.

Ainsi une action aussi simple que tourner, demande une parfaite coordination entre l'action des membres supérieurs, du déplacement du centre de gravité, de l'orientation du regard et de la rotation de la tête et du tronc. Ceci tout en continuant à demander à son cheval d'avancer par une pression des membres inférieurs.

3.5.7. Le développement de la structuration temporo-spatiale

Les reprises collectives permettent aux jeunes enfants P.C. de développer leur structuration spatiale et temporelle.

La structuration spatiale se définit comme étant «la capacité du sujet à se situer, s'orienter, à se déplacer dans son environnement et à concevoir les choses du monde proche ou lointain» (19).

La structuration temporelle étant «la capacité à s'organiser dans le temps en combinant divers éléments (la durée, la vitesse, le rythme) afin d'obtenir un objectif temporel» (19).

En effet, pendant une séance d'équitation, l'enfant a pour consigne de respecter les règles de sécurité avec le cheval qui le précède. Cette règle l'oblige à rester à une certaine distance, afin d'éviter les ruades, généralement l'expression : «un cheval fantôme entre deux chevaux» est utilisée. Cette consigne oblige l'enfant à réguler la vitesse de sa monture (composante temporelle), pour ne pas être trop près de l'autre cheval (composante spatiale) (5).

Les capacités spatio-temporelles peuvent également être sollicitées lors d'exécution de figures équestres. Des lettres sont disposées en divers points du manège pour permettre aux cavaliers de se repérer et aussi pour fixer les points de départ et d'arrivée des figures (fig. 6). Parfois, pour faciliter le repérage dans l'espace, il est possible de placer en plus des lettres, un animal, un fruit ou encore une couleur commençant par cette même lettre (fig. 1 et 2, annexe II).

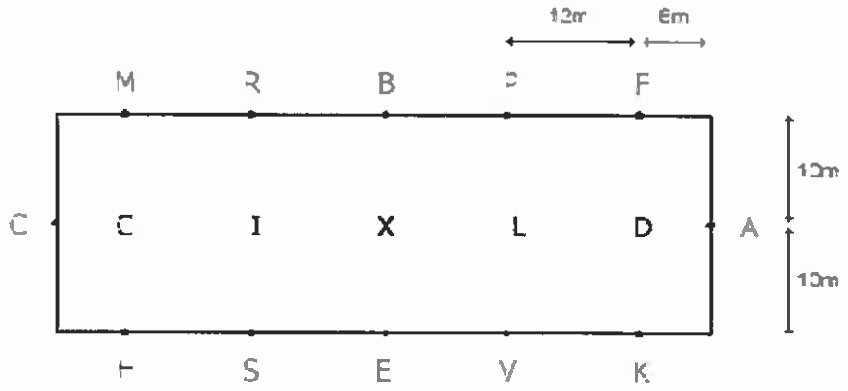

Figure 6 : lettres et distances d'une carrière de dressage.

Ces tracés sont nombreux et leurs complexités varient de l'un à l'autre. Le cercle et la diagonale sont simples à réaliser, le huit de chiffre, la spirale ou la demi-volte demandent une plus grande maîtrise de son cheval (fig. 7).

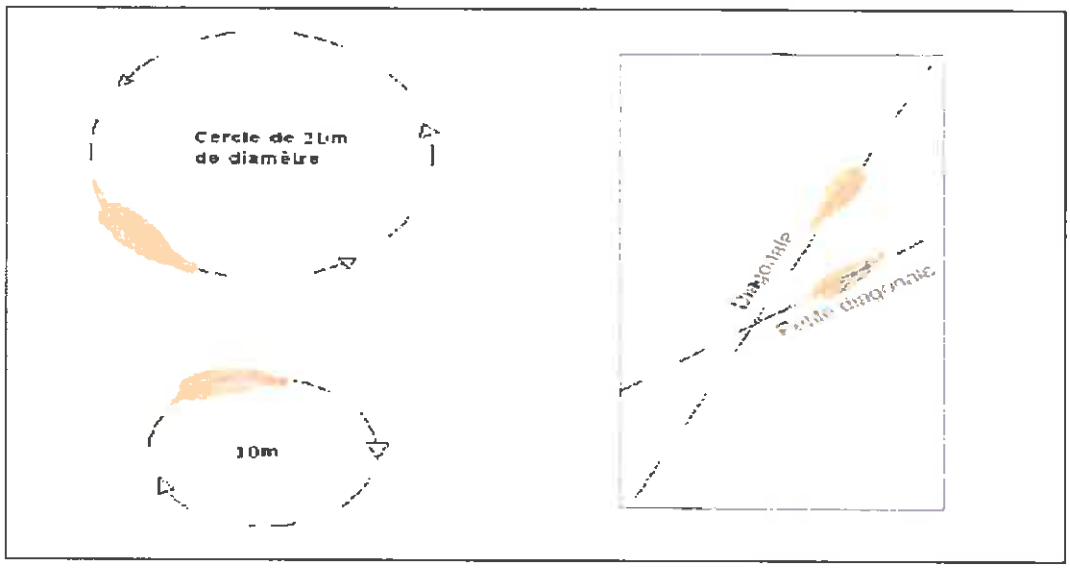

Figure 7 : exemples de figures équestres

3.5.8. Le travail à pied

Ce temps de travail précède la monte. C'est un moment privilégié qui permet la mise en place des premiers outils de dialogue entre le cavalier et sa monture, à travers : le pansage, les soins, et l'harnachement.

Par définition la phase de pansage consiste à nettoyer son cheval à l'aide de différentes brosses, mais au-delà de son caractère utile, les soins apparaissent comme un moyen d'échange, de tendresse et de complicité. Il permet d'établir une communication confiante entre l'homme et le cheval.

Le pansage est également un temps d'apprentissage; chaque brosse a sa fonction et celles-ci doivent être passées dans un ordre bien précis, ce qui oblige l'enfant à retenir une série d'actions dans un ordre chronologique.

À travers le pansage l'enfant apprend également les différentes parties du corps de l'animal : la tête, la crinière, l'encolure, les antérieurs, les postérieurs, la croupe, la queue... Les soins peuvent alors être l'occasion d'une description où nous demandons à l'enfant de nommer les parties qu'il brosse, puis de les montrer sur lui (pour les parties communes) (24). La connaissance du corps de l'animal peut l'aider à la prise de conscience de son propre corps.

Si les capacités fonctionnelles de l'enfant le permettent, il pourra procurer les soins debout (toujours secondé par un accompagnant), sinon ceux-ci se dérouleront en fauteuil. Dans les deux cas, l'exercice sera intéressant sur le plan moteur. En effet tenir la brosse nécessite une préhension correcte (fine ou grossière selon le modèle) et réclame force et précision pour le membre supérieur en action (fig. 8).

Figure 8 : le pansage.

La phase suivante consiste à seller l'animal, là aussi nous sollicitons l'attention de l'enfant sur les différentes pièces que constituent le harnachement : le tapis, la selle, la sangle, le filet. Chaque élément de l'équipement du cheval se place à un endroit précis et dans un ordre chronologique à respecter. Quand les possibilités de l'enfant P.C. le permettent, il est intéressant qu'il participe activement au harnachement du cheval (fig. 9). En cas d'impossibilité, l'accompagnant en charge du cavalier a pour rôle de le questionner : que doit-il mettre en premier ? Dans quel sens ? Comment cela se nomme ? À quoi cela sert ?

Figure 9 : le harnachement du poney.

Enfin lorsque le cheval est sellé et le cavalier équipé (bombe, bottes), tous deux peuvent se diriger vers le manège. Tant que possible, c'est l'enfant qui guide sa monture vers ce lieu, cela l'oblige à s'orienter dans l'espace de manière à conduire au mieux son poney (fig. 10).

Figure 10 : la jeune fille dirige son poney vers le manège.

3.5.9. Amélioration psychique

L'équithérapie est également très présente au sein des pathologies mentales et de l'autisme tout particulièrement. Cette thérapie utilise l'animal comme l'intermédiaire d'une conversation non verbale.

Avec le cheval, les sujets autistes s'ouvrent au monde extérieur, parlent à leurs animaux, s'identifient à lui. Les thérapeutes décrivent une nette amélioration dans des domaines tels que l'attention, la concentration, la confiance en soi, l'initiative personnelle, la sociabilisation. En effet le plus souvent les reprises sont collectives et ces enfants, renfermés sur eux-mêmes, s'ouvrent aux autres, c'est ce que nous nommons : la dynamique de groupe (20). La parole circulant au sein du groupe favorise cette sociabilisation. Ces améliorations dans le domaine du psychisme sont également visibles chez les enfants P.C. (5).

4. LA PLACE DU KINESITHERAPEUTE AU SEIN DE LA THERAPIE EQUESTRE

L'équipe encadrant une séance d'équithérapie est composée de plusieurs corps de métiers : accompagnants, un expert en chevaux (moniteur d'équitation) et un kinésithérapeute (3).

4.1. Le rôle de l'accompagnant

L'accompagnant a pour rôle principal de guider l'enfant tout au long de la séance de thérapie : du pansage de l'animal à la mise en selle. Tout au long de ces activités, il devra exploiter au mieux les capacités de l'enfant.

Une de ses missions clé est d'assurer la sécurité du patient, en effet avec les chevaux le risque zéro n'existant pas, il est fondamental de rester vigilant en anticipant les réactions des enfants comme celles des animaux (21). Selon les capacités fonctionnelles du sujet, il y aura 1, 2 ou 3 accompagnants pour assurer la sécurité du patient à cheval. C'est le kinésithérapeute qui définira ce nombre.

Cette personne doit être suffisamment pédagogue pour réussir à gagner la confiance de l'enfant, capter son attention et le solliciter le plus possible, sans pour autant lui donner l'impression d'être en séance de rééducation.

Lorsqu'au fil des séances l'accompagnant arrive peu à peu à s'éloigner de l'enfant, c'est que son travail (et celui de l'équipe) est positif et que le cavalier gagne en autonomie (21).

4.2. Le rôle du moniteur d'équitation

Le moniteur d'équitation est la plupart du temps le gérant des lieux et donc le propriétaire des chevaux et des locaux, sans lui rien n'est réalisable.

C'est sans doute celui qui connaît le mieux les chevaux, et c'est d'ailleurs pour cela qu'il est le plus à même de choisir le bon. En effet ce choix est crucial et indispensable au bon déroulement de l'activité. Dès leurs plus jeunes âges, les chevaux de thérapie sont sélectionnés pour leurs tailles, leurs corpulences, leurs allures et leurs caractères. Puis le moniteur les éduque, afin qu'ils soient dociles, calmes et attentifs. Cet entraînement inclut une totale adaptation de l'animal face aux fauteuils roulants, mais également aux matériels nécessaires à mettre les enfants à cheval (lève-personne, escabeau...) (18). Enfin le cheval de rééducation doit impérativement répondre à la voix (15).

L'expert en chevaux se doit aussi de rendre le centre équestre accessible à cette clientèle particulière. En effet, le poney-club doit répondre à plusieurs caractéristiques (15) :

- des écuries accessibles en fauteuil,
- des portes de box pas trop hautes, pour que l'enfant puisse admirer son poney,
- une sellerie où les filets, selles, brosses soient accessibles à hauteur de fauteuil roulant (fig. 11).

Figure 11 : une sellerie adaptée.

Signalons que les formations au monitorat d'équitation (B.P.J.E.P.S. : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et des Sports) ne préparent pas à l'accueil de public handicapé.

4.3. Le Kinésithérapeute

4.3.1. Sa formation

Le thérapeute chargé de la rééducation des enfants par l'équitation doit présenter une double qualification :

- le Diplôme d'État de Masseur-Kinésithérapeute, obtenu en 3 ans,
- le Diplôme d'Équithérapeute S.F.E., une formation professionnelle continue de 600 heures, réparties sur 2 ans. Cette formation est ouverte aux professionnels de la santé, médicaux, paramédicaux et médico-sociaux (21).

Cette double compétence apparaît comme un réel avantage, nous permettant d'avoir une parfaite maîtrise de la rééducation, des pathologies, des chevaux et de leurs bienfaits.

4.3.2. Son rôle :

* La formation et l'expérience du masseur-kinésithérapeute lui permettent d'avoir une bonne maîtrise des déficiences et incapacités liées aux pathologies, telles que la paralysie cérébrale. Ainsi, dès l'arrivée de l'enfant au centre équestre, le thérapeute par son observation d'expert réussit à évaluer les possibilités fonctionnelles du patient. Ce bilan est complété ultérieurement en cabinet.

* Un des rôles du masseur-kinésithérapeute est de choisir le bon cheval pour chaque patient :
- pour un enfant très spastique au niveau des membres inférieurs, le choix se portera vers un poney fin,
- pour un patient dont le tonus axial est à stimuler, nous choisirons un cheval aux allures marquées, de manière à susciter le plus de réactions posturales possibles,
- pour un jeune hypertonique et qui appréhende de monter à cheval, nous sélectionnerons un poney de petite taille, dont les allures sont plus souples et déliées.

* Le thérapeute intervient également au moment de la mise en selle : dans le choix du type de montoir à utiliser. Pour un enfant aux capacités fonctionnelles suffisantes, nous lui enseignerons la méthode classique. Cette méthode peut être facilitée par l'utilisation d'un escabeau, ou escaliers qui lui éviteront une flexion de hanche importante pour atteindre l'étrier (fig. 1 et 3, Ann. III). Pour des enfants plus atteints sur le plan moteur le choix s'oriente vers un lève-personne (fig. 2, Ann. III).

* Le choix du matériel (selles, rênes) relève aussi des compétences du thérapeute, plusieurs possibilités s'offrent à nous en fonction des effets recherchés. Nous pouvons prendre la décision de faire monter l'enfant sans selle, de manière à ce qu'il ressente mieux les mouvements procurés par son cheval et la chaleur qu'il dégage (se référer 3.5.1.). Cependant, pour apporter une aide au cavalier, il est possible de mettre en place un surfaix de voltige : grande pièce de cuir possédant deux poignées, auxquelles il pourra se tenir (15).

Certains enfants P.C. ont une attitude d'antéversion de bassin très marquée, déséquilibrant l'enfant vers l'avant. Nous pouvons alors envisager l'emploi d'une selle spéciale, avec un système de taquets amovibles. Ces pièces sont placées de manière à augmenter la flexion de hanche du cavalier, pour rompre le schème d'extension et retrouver une position de bassin neutre (2). D'autres selles bénéficient de boudins de cuir souples que nous pouvons déplacer et adapter à la morphologie de l'enfant par l'intermédiaire de velcro® (fig. 12) afin de lui offrir confort et stabilité.

Figure 12 : selle adaptable

Le kinésithérapeute décide du type de rênes adaptées aux possibilités de l'enfant. En effet, pour faciliter la préhension, il existe des rênes à poignées (fig. 13), ou à boules.

Figure 13 : les rênes à poignées.

* Outre notre place dans le choix du cheval, du montoir et du matériel, nous guidons et organisons les séances d'hippothérapie. Le thérapeute met en place des ateliers personnalisés en fonction des déficiences de l'enfant. Chaque exercice lui est ainsi expliqué de manière simple, mais également à son accompagnant pour qu'il puisse exploiter au mieux les capacités de l'enfant. Le kinésithérapeute a pour devoir de rester vigilant à la bonne adaptation de l'activité et aux réactions de l'enfant afin d'éventuellement déceler un exercice augmentant sa spasticité, sa fatigue, ou tout simplement trop facile.

* Le kinésithérapeute peut être amené à étirer un enfant trop spastique avant la séance de thérapie équestre, afin d'améliorer son confort et de faciliter la mise à cheval. Néanmoins, il nous faudra toujours rester à l'écoute des doléances du patient pour qui la position à califourchon peut se révéler douloureuse et intenable. Dans ce cas, nous sommes en présence d'une contre-indication à la monte à cheval.

La situation idéale serait que le kinésithérapeute qui prend en charge l'enfant en séances de rééducation dites "classiques" à son cabinet ou en centre, puisse le suivre au centre équestre afin d'assurer au mieux la continuité des soins. Cependant, il est souvent compliqué professionnellement d'allier les deux.

5. LES DIFFICULTÉS FACE AU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉQUITHÉRAPIE EN FRANCE

5.1. L'aspect législatif :

En France, l'équithérapie s'inscrit parmi les activités de soin légales non réglementées, au même titre que les relaxologues, psychothérapeutes ou encore ostéopathes. Elle se dit *légale*, car aucune loi n'interdit sa pratique et non *réglementée* car la loi ne définit pas ce qu'est l'équithérapie.

Il n'est interdit à personne de se prétendre équithérapeute, ce qui est dangereux pour la patientèle qui ne peut pas s'assurer de la compétence du praticien.

Il apparaît alors fondamental pour les équithérapeutes d'avoir suffisamment de connaissances pour garantir la qualité de leurs prestations. Nous le prouvons avec un Diplôme d'État dans le domaine du soin ou de l'aide, et une formation spécialisée en thérapie équestre. Plusieurs écoles en France proposent des diplômes privés, tels que la société française d'équitation (S.F.E.)(21), équit'aide (26), ou encore la fédération nationale de thérapie avec le cheval (F.E.N.T.A.C.)(23).

La France est en retard par rapport à d'autres pays européens (Suisse, Allemagne, Suède...) qui voient déjà certains actes de thérapie équestre pris en charge et reconnus en tant que moyen de rééducation (5). C'est le cas en Norvège par exemple, où les frais d'équithérapie sont pris en charge par les Pouvoirs Publics depuis 1964 (10).

Le non-remboursement de ces actes apparaît comme un obstacle au développement de ce type de rééducation dans notre pays.

5.2. L'aspect financier :

Un autre aspect non négligeable est le coût financier. En effet créer une structure équestre apte à recevoir un public handicapé, avec l'éducation des poneys, le matériel adapté et le personnel formé, représentent un certain budget (10).

6. CONCLUSION :

Ce travail nous montre tout l'intérêt de la thérapie équestre en tant que technique de soin globale, sur le plan rééducatif comme éducatif.

Néanmoins cette thérapie ne s'adresse pas à tous les patients. Il est nécessaire et recommandé par exemple, que ces enfants aient un certain quotient intellectuel afin de pouvoir suivre les instructions et comprendre les directives du thérapeute (5). Il est également préférable que les patients requièrent un minimum de tonicité au niveau du tronc et de la tête et une abduction de hanche suffisante pour pouvoir tenir à califourchon. D'autres limites, telles que l'épilepsie, le port de corset ou encore l'allergie aux poils de chevaux et au foin empêcheront la pratique de cette activité (22). Ces contre-indications sont normalement exclues par le médecin traitant qui donne son accord à la pratique équestre. En effet, son aval est indispensable à l'obtention d'une licence à la Fédération Française d'Équitation (F.F.E.) (22).

Gardons à l'esprit que pour ces jeunes, l'équithérapie est un moment de détente et de loisir, et non de rééducation. Il nous faudra donc toujours veiller à ce qu'elle soit vécue comme telle par ces enfants. Sans perdre de vue, comme nous l'avons expliqué au fil des pages de ce mémoire, que l'équithérapie apporte beaucoup au niveau de l'équilibre, du tonus musculaire, du schéma corporel, de la dissociation et coordination gestuelle.

BIBLIOGRAPHIE :

1. LERROY-MALHERBE V. - Affections à l'origine des déficiences motrices. - Déficience motrice et situation de handicaps. éd. A.P.F., 2002. p. 153 - 162.

2. LE METAYER M. - Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant, éducation thérapeutique. - Paris Milan Barcelone Bonn, Masson, 1993. 179 pages.

3. RAINES S., MEADOWS L., CH ELLERINGTON M. - Bobath concept : theory and clinical practice in neurological rehabilitation. - Wiley BLACKWELL, 2009. 215 pages.

4. VILLATA V. - Amélioration des performances fonctionnelles de l'I.M.C. grâce à l'équitation thérapeutique. -Ann Kinesither, 1986, t.13, n°9, p. 401 - 408.

5. TARDIEU G.- Les feuillets de l'I.M.C. - publié par l'association nationale des I.M.C. - Paris, 1971,tome1, p. 2.

6. REMY-NERY O., DENYS P., AZOUVI P., JOUFFROY A., FAIVRE S.- Spasticité. E.M.C. (Elsevier, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-011-A-20, 1997. 8 pages.

7. TRUSCELLI D., LE METAYER M., LEROY-MALHERBE V. Infirmité motrice cérébrale. EMC (Elsevier SAS, Paris), traité de médecine Akos, 8-0781, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-480-A-05, 2006. 17 pages.

8. BOUCHOT-MARECHAL B.- Qu'est ce qui a changé dans la prise en charge de l'I.M.C. ? - Kinésithérapie la revue, 2010, spécial n°100, p. 60 - 61.

9. PELTIER M., BOUCHOT-MARECHAL B. - Neuroplasticité et rééducation de l'hémiplégie. - Kinésithérapie la revue, 2010, spécial n°100, p. 62 - 64.

10. DUMORTIER-LABEAU A., STEU E. - La rééducation par l'équitation. - Lille Médical, 1987, vol 27, n°4, p. 215 - 220.

11. LEBERSAC R., LALLERY H.- La rééducation par l'équitation.- Ed. Crépin Leblond, 1973, 160 pages.

12. PERES C. - Equitation et handicap : description de la positon assise et adaptation spécifiques.- Le journal de l'orthopédie, 1999, vol 2, n°3, p. 116 - 119.

13. PROUST P., COTTALORDA J., ALAMARTINE E., GAUTHERON V. - Apports de l'hippothérapie dans la prise en charge du handicap. - Journal de réadaptation médicale, 2004, vol 24, n°3, p. 86 - 89.

14. MALEN C., JACQUEY L. - Être cavalier, galop 5, 6, 7.- Ed. Lavauzelle, octobre 1995, 127 pages.

15. BEYELER G. - Rééducation du maintien postural du tronc par l'équitation. - Journal d'Ergothérapie, 1995, vol 17, n°4, p. 221- 230.

16. TIM L., JACK R. - Changes in trunk and head stability in children with cerebral palsy after hippotherapy : a pilot study. - Physical & occupational therapy in pediatrics, 2010, vol 30(2), p. 150- 162.

17. VIEL E. - Les mouvements du squelettes : de l'enclenchement de la marche à la vitesse de croisière. - La marche humaine, la course et le saut. - Paris, Masson, 2000. p. 1 - 17.

18. HEINE B. - The hippotherapie : an approach with multiples facet. - Australian journal of physiotherapy, 1997, vol 43, n°2, p. 145 - 149.

19. DE LIEVRE B., STAES L.- La psychomotricité au service de l'enfant.- Ed. Belin,1993, 320 pages.

20. LALLERY H. - La thérapie psychomotrice équestre. - Evolutions Psychomotrices (Paris), 1994, vol 6, n° 24, p. 5 - 8.

POUR EN SAVOIR PLUS :

21. Site de la Société Française d' Équithérapie : http://sfequitherapie.free.fr/

22. Site de la Fédération Française d'Equitation : http://www.ffe.com

23. Site de la F.E.N.T.A.C : www.fentac.org/

24. Site sur l'approche corporelle avec le cheval : http://www.arequipa2003.org

25. Wikipédia : http://fr.wikipedia.org/wiki/equitherapie

26. CLAUDE I. - Place et rôle de l'accompagnant. - Équit'aide, p.1 - 2.

- Indications et Contre-indications. – Équit'aide, p 1 - 3.

Site de Équit'aide : http://equitaide.over-blog.com/

Équit'aide : Ferme de Mange-Seille - 54 610 LIXIERES - equitaide@wanadoo.fr

ANNEXES

ANNEXE I

Autorisation de prise d'images :

Je soussigné(e) ..... autorise SCHWARTZ Mathilde, étudiante en masso-kinésithérapie à Nancy à la prise d'images de mon enfant ..... .

Ces images seront utilisées dans le cadre de la rédaction d'un mémoire, en vue de l'obtention du diplôme d'état.

Le bénéficiaire s'engage à masquer les visages des enfants sur ces photos, et s'interdit également à toute autre usage que celui décrit dans la présente autorisation.

Fait à ....., le .../.../... .

Signature du parents :

Figure 1 : exemple de demande d'autorisation à la prise d'image.

ANNEXE II

Fig. 1

Fig. 2

Figures 1 et 2 : exemple de lettres et animaux disposés dans le manège pour faciliter le repérage dans l'espace.

ANNEXE III

Fig. 1 : escabeau

Fig. 2 : lève-personne

Fig. 3 : système d'escaliers pour faciliter la mise à cheval

Figures 1,2 et 3 : les différents moyens de transfert.

Résumé :

La prise en charge des enfants paralysés cérébraux est vaste. Nous vous proposons de découvrir une nouvelle thérapie très développée chez nos confrères suédois et norvégiens : l'équithérapie.

Cette activité de soin est basée sur les mouvements que le cheval transmet à l'enfant, qui retranscrivent de manière quasi parfaite les déplacements du bassin d'un piéton.

Outre cette similitude, la monte à cheval favorise le relâchement musculaire, permet une mobilisation ostéo-articulaire, une stimulation du tonus postural, un travail en dissociation comme en coordination et une amélioration des repères temporo-spatiaux.

De plus, la relation que l'enfant crée avec l'animal à des vertus psychiques particulièrement intéressantes pour développer son attention, sa concentration et sa sociabilisation.

Le masso-kinésithérapeute a une place très importante à jouer au sein d'une équipe encadrant ce genre de thérapie. En effet ses compétences sont nécessaires dans le choix du poney, du montoir, des adaptations (selles, rênes) et des exercices ciblés en fonctions des déficiences et capacités fonctionnelles de chaque patient. Il saura déceler un atelier inadapté, une augmentation de spasticité comme une amélioration des performances de l'enfant.

En France, la thérapie équestre peine à s'affirmer, la profession n'étant pas réglementée, les actes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Mots clés : paralysie cérébrale, cheval, rééducation, équithérapie, masso-kinésithérapie.