

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation des modifications bio-psycho-sociales apportées par la
pratique de l'équithérapie chez les enfants présentant un trouble de
santé mentale : une étude qualitative dans le Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2025
à 16:00 au pôle formation

Par Camille LENTIEUL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maxime CAUCHIE

Directeur de thèse :

Madame la Docteur Sabine BAYEN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Conflits d'intérêt

Je déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Sigles

ALD	Affection de longue durée
APA	Activité physique adaptée
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre médico-psychologique
DPO	Délégué à la protection des données
DSM-V	<i>Diagnostic et Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ET	Equithérapie
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
IME	Institut médico-éducatif
MEL	Métropole Européenne de Lille
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
PMI	Protection maternelle et infantile
SESSD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SFE	Société Française d'équithérapie
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDN	Trouble du neurodéveloppement
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TOP	Trouble oppositionnel avec provocation
TSA	Trouble du spectre autistique

Sommaire

Avertissement.....	2
Conflits d'intérêt.....	3
Sigles	4
Sommaire.....	5
Introduction	7
1 Epidémiologie des troubles de santé mentale de l'enfant	7
2 Différents troubles de santé mentale de l'enfant : définitions.....	8
2.1 Les troubles neurodéveloppementaux	8
2.2 Les troubles anxieux.....	9
2.3 Les TOC.....	9
2.4 Les troubles du comportement	9
3 Prise en charge des troubles de santé mentale	10
3.1 Une prise en charge multidisciplinaire personnalisée.....	10
3.2 Dispositifs de coordination et d'intervention précoce.....	10
3.3 Thérapies assistées par les animaux	11
4 Equithérapie.....	11
4.1 Définitions et principes fondamentaux de l'équithérapie.....	11
4.2 Historique et développement de l'équithérapie	12
4.3 Formation et statut professionnel de l'équithérapeute.....	12
4.4 Indications et objectifs thérapeutiques de l'équithérapie	13
5 Objectif de l'étude, question de recherche	14
Matériel et méthodes	15
1 Choix de la méthode	15
2 Recueil des données	15
3 Population étudiée	15
4 Méthode de recrutement	15
5 Déroulement des entretiens.....	16
6 Analyse des données.....	16
7 Aspect éthique	17
Résultats	18
1 Population étudiée (Tableau 1).....	18

2	Suffisance des données.....	20
3	SWOT : forces de l'équithérapie (Tableau 2)	20
4	SWOT : faiblesses de l'équithérapie (Tableau 3).....	23
5	SWOT : opportunités de l'équithérapie (Tableau 4)	25
6	SWOT : menaces de l'équithérapie (Tableau 5).....	28
	Discussion	32
1	Principaux résultats.....	32
2	Forces et limites.....	33
3	Comparaison avec la littérature.....	34
3.1	Equithérapie et TDAH.....	34
3.2	Une recherche encore marginale sur les autres indications en santé mentale	35
3.3	Les différents axes de travail en équithérapie	36
3.3.1	Gestion émotionnelle et des manifestations anxieuses	36
3.3.2	Estime et confiance en soi	36
3.3.3	Capacités attentionnelles et concentration	36
3.3.4	Psychomotricité et coordination.....	37
3.3.5	Difficultés comportementales.....	37
3.4	Souhait d'une prise en charge non médicamenteuse	38
3.5	Comparaison de la méthodologie	38
3.6	Une littérature scientifique de qualité méthodologique limitée	39
3.6.1	Des coûts financiers importants et des études de faible envergure.....	39
3.6.2	Des études de courte durée.....	40
3.6.3	Une recherche encore immature : qualité et comparabilité limitées des études	40
4	Perspectives	41
	Conclusion.....	42
	Références	43
	Annexe 1 : Lettre de recrutement des participants et consentement.....	46
	Annexe 2 : Les 4 versions du guide d'entretien	48
	Annexe 3 : Déclaration DPO.....	50
	Annexe 4 : Tableau descriptif des 3 centres d'équithérapie.....	51

Introduction

1 Épidémiologie des troubles de santé mentale de l'enfant

En France, selon la récente étude *Enabee* menée par Santé Publique France, 13% des enfants âgés de 6 à 11 ans souffriraient d'un trouble probable de santé mentale. 3,2% des enfants de 6 à 11 ans présenteraient un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et 5,6% des enfants de 6 à 11 ans, un trouble émotionnel. [1]

Les pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées chez les enfants et les adolescents sont les troubles anxieux et de l'humeur, les troubles neurodéveloppementaux et les troubles destructeurs du comportement.

Le médecin généraliste y est donc régulièrement confronté, tant pour le dépistage, la démarche diagnostique, que le suivi et l'accompagnement parental. De plus, les troubles mentaux représentent 25% tout âge confondu des motifs de consultation en médecine générale [2].

Le médecin généraliste est le premier contact médical dans la moitié des cas lorsque l'entourage de l'enfant est amené à consulter. Le psychologue ou le pédopsychiatre ne sont consultés en première ligne que dans un tiers des cas. Le médecin traitant figure alors en premier recours avec un rôle important de prévention, de repérage des troubles de santé mentale, de suivi et d'orientation vers des prises en charge spécialisées.

La question de la prise en charge des troubles de la santé mentale chez les enfants par le médecin généraliste est au cœur de l'actualité médicale. Cette interrogation est d'autant plus importante que le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge alerte sur « *le risque de substitution des pratiques d'aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales par le médicament et des prescriptions "faute de mieux"* » [3].

Par ailleurs, les troubles de santé mentale de l'enfant représentent un enjeu important de santé publique au vu de leur retentissement sur le bien-être et la qualité de vie. Ils engendrent des répercussions sur le développement socio-affectif et éducationnel ainsi que sur les performances scolaires. La précocité de leur repérage est donc primordiale. Un retard de diagnostic ou une absence d'intervention thérapeutique peuvent conduire, chez l'enfant, à une aggravation des conséquences psychologiques, scolaires, familiales et sociales. [4]

C'est pourquoi, Santé Publique France, en collaboration avec l'Education Nationale, a conduit l'étude *Enabee* qui a pour but d'évaluer le bien-être et l'état de santé mentale des enfants âgés de 3 à 11 ans. L'objectif de cette étude est de promouvoir les actions de

prévention, de prise en charge et d'accompagnement des enfants et de leur santé mentale sur tout le territoire français. [1]

2 Différents troubles de santé mentale de l'enfant : définitions

2.1 Les troubles neurodéveloppementaux

Les troubles du neurodéveloppement concernent 1 enfant sur 6. Ils débutent durant la période du développement psychomoteur et regroupent [5,6] :

- Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)
- Les troubles spécifiques des apprentissages (troubles dys)
- Les troubles de la communication
- Les troubles des coordinations motrices
- Les troubles du développement intellectuel
- Les troubles du spectre autistique

Le TDAH et les troubles spécifiques des apprentissages sont fréquemment rencontrés par le médecin généraliste, impliqué dans leur dépistage et leur suivi.

Selon les estimations actuelles, 5% des enfants présentent un TDAH, faisant donc de cette pathologie un problème important de santé publique. Les difficultés constatées par l'entourage de l'enfant ou le personnel scolaire sont souvent à l'origine d'un repérage du TDAH par le médecin traitant. Ce dernier, de par sa proximité et sa connaissance de l'enfant, joue un rôle central de dépistage, de prise en charge et de suivi de ce trouble neurodéveloppemental. [7-10]

Les troubles spécifiques des apprentissages concernent environ 5% des enfants d'âge scolaire. Ces troubles regroupent notamment la dyslexie, la dysorthographe et la dyscalculie. Ils peuvent être associés à une dysphasie (trouble du langage oral), une dyspraxie (trouble de la coordination) ou un TDAH. 40% des enfants dys présentent plusieurs troubles des apprentissages. [11,12]

Les troubles neurodéveloppementaux sont difficiles à repérer, conduisant souvent à des situations de retard voire d'absence de diagnostic et de prise en charge. Le diagnostic est complexe, de par l'absence de signe spécifique et l'expression variable des symptômes, différant d'un enfant à l'autre. [7,13]

2.2 Les troubles anxieux

Les troubles anxieux de l'enfant regroupent l'anxiété généralisée, les phobies, la phobie sociale et l'anxiété de séparation. L'anxiété est une émotion fréquente chez l'enfant. Lorsque ses manifestations sont intenses et amènent à des conduites d'évitement, on parle de trouble anxieux. L'expression est variable avec une symptomatologie physique et/ou cognitive.

L'anxiété de séparation se manifeste par des inquiétudes excessives portant sur la perte ou la maladie des parents. Ce trouble fréquent peut se traduire par des plaintes physiques dans les situations amenant à une séparation, des cauchemars, ou le refus de quitter le domicile.

Les phobies spécifiques concernent près de 20% des enfants. Cette crainte irraisonnée peut amener l'enfant à présenter une anxiété anticipatoire ou une conduite d'évitement.

La phobie sociale inclut quant à elle, en général, une dimension scolaire avec une anxiété de performance impactant les activités scolaires et extrascolaires.

Le trouble anxieux généralisé impacte le quotidien de l'enfant de par des inquiétudes difficilement contrôlables, des attaques de panique et un niveau élevé et excessif d'anxiété. [14]

2.3 Les TOC

Les TOC correspondent, eux, à la présence d'obsessions (pensées, pulsions, images mentales récurrentes, persistantes, intrusives et jugées inappropriées) et/ou de compulsions (comportements répétitifs que l'enfant se sent forcé d'accomplir pour répondre aux obsessions). Les TOC impactent fortement le fonctionnement de l'enfant. L'interruption des compulsions peut être source de trouble anxieux ou de trouble du comportement.

Les TOC ne sont plus classés parmi les troubles anxieux au sein de la classification DSM-V [14].

2.4 Les troubles du comportement

Les troubles du comportement regroupent les troubles oppositionnels avec provocation (TOP), les troubles des conduites et les troubles de l'attachement.

Le TOP est souvent associé au TDAH. Il associe des comportements d'opposition et de provocation envers les adultes, de l'agressivité et de l'hostilité, un tempérament colérique et irritable, ainsi que des difficultés à reconnaître ses responsabilités. Le retentissement familial, social et scolaire est majeur.

Le trouble des conduites peut faire suite à un TOP puisqu'il est caractérisé par des comportements de provocation et des actes de désobéissances allant à l'encontre des droits fondamentaux d'autrui ou des normes.

Quant au trouble de l'attachement, il peut être lié à une séparation précoce de l'enfant avec ses parents, un manque affectif notable ou de la maltraitance. Il se manifeste par des troubles du comportement réactionnels (pleurs, colère, troubles du sommeil, refus du contact physique...). [15]

La coexistence fréquente des troubles psychiatriques comorbides complique le diagnostic et la prise en charge, nécessitant le plus souvent une approche multidisciplinaire. [5,13]

3 Prise en charge des troubles de santé mentale

3.1 Une prise en charge multidisciplinaire personnalisée

Chaque trouble de santé mentale nécessite une prise en charge spécifique ciblée sur la pathologie et son retentissement fonctionnel. La prise en charge est multidisciplinaire et peut associer thérapie médicamenteuse, thérapie psychologique, prise en charge en structure spécialisée, ou encore thérapies alternatives.

Le médecin traitant ou le pédiatre, généralement sollicités en premier recours, peuvent orienter le patient et son entourage vers un psychologue. La psychothérapie avec notamment les thérapies cognitivo-comportementales est recommandée en tant que prise en charge de première intention.

Le médecin traitant et le pédiatre peuvent également solliciter le pédopsychiatre ou le neuropédiatre. En effet, il est parfois nécessaire d'introduire des traitements médicamenteux en plus de la prise en charge en psychothérapie. Il peut alors s'agir de psychostimulants en cas de TDAH, d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs en cas de trouble anxieux ou de l'humeur, ou de psychotropes en cas de troubles du comportement.

Le parcours de soin peut être complété, selon la symptomatologie et le retentissement, par des prises en charge rééducatives complémentaires : ergothérapie, psychomotricité ou orthophonie, par exemple. [13]

3.2 Dispositifs de coordination et d'intervention précoce

Certaines structures facilitent la prise en charge en assurant la coordination du parcours de soin et en permettant la mise en place d'interventions précoces.

Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) [16] ont été pensées pour les enfants de 0 à 12 ans qui semblent présenter un trouble du neurodéveloppement, afin d'avoir accès à des soins et à une prise en charge rééducative précoce, sans attendre le diagnostic final. L'objectif primordial d'une intervention précoce est d'éviter le sur handicap généré par un diagnostic long et difficile, source de retard à la prise en charge thérapeutique. [5]

La PCO organise l'intervention des professionnels de santé, soit en libéral, soit au sein de structures telles que les CAMSP, les CMP ou les SESSD.

Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) a pour mission le dépistage, le diagnostic, le traitement et la rééducation du handicap chez les enfants d'âge préscolaire (de 0 à 6 ans).

Le centre médico-psychologique (CMP) assure la prise en charge pluridisciplinaire et l'accompagnement des enfants et des adultes. Le CMP est un lieu d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert. Il est rattaché à un hôpital. Il a pour objectifs : la prévention, le diagnostic, le soin ambulatoire et l'intervention à domicile. Le CMP regroupe de nombreux professionnels de la santé mentale comme les psychiatres, les psychologues, les assistantes sociales, les infirmières, les psychomotriciens, ou encore les ergothérapeutes. [17]

Le service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSD) est composé d'une équipe pluridisciplinaire qui apporte un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans le milieu scolaire ordinaire. Le personnel du SESSD intervient dans le milieu scolaire de l'enfant, en coordination avec les enseignants et intègre les soins à l'emploi du temps scolaire. [18]

3.3 Thérapies assistées par les animaux

Le développement des thérapies assistées par les animaux, telles que l'équithérapie, vient compléter le parcours de soin des enfants. L'équithérapie peut s'intégrer en tant que prise en charge complémentaire aux autres suivis. Elle peut aussi être envisagée comme alternative en cas d'échec des autres prises en charge plus classiques.

4 Equithérapie

4.1 Définitions et principes fondamentaux de l'équithérapie

L'équithérapie, ou thérapie assistée par le cheval, est définie par la Société Française d'Equithérapie (SFE) comme « *une prise en charge psycho-corporelle fondée sur la présence du cheval comme médiateur thérapeutique* ». Elle est dispensée au patient « *dans ses dimensions psychique, corporelle, cognitive, sensorielle et sociale.* » [19]

Il s'agit d'une thérapie tripartite avec une relation triangulaire patient - cheval - thérapeute. Les activités proposées sont centrées sur la relation avec le cheval et intègrent les outils et méthodes utilisés au cours des thérapies plus classiques telles que la psychothérapie, la psychomotricité ou la kinésithérapie. Le programme de la thérapie assistée par le cheval est

adapté aux besoins de chaque patient. Le médiateur animal apporte un levier motivationnel important et un travail sensoriel riche. Il permet d'étudier le langage corporel et garantit une absence de jugement. [20]

4.2 Historique et développement de l'équithérapie

Selon la SFE, les propriétés thérapeutiques du cheval sont mises à profit par le biais des thérapies modernes depuis seulement un demi-siècle. Pourtant, les vertus bénéfiques du cheval semblent être connues depuis l'Antiquité : mettre à cheval le malade pour le fortifier physiquement et favoriser la guérison de la maladie, mais aussi améliorer l'humeur des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Les prémices de l'équithérapie datent de 1952, où Lis Hartel, cavalière atteinte de poliomyélite, remporte une médaille d'argent aux Jeux Olympiques d'été et introduit l'idée du cheval en tant qu'outil thérapeutique.

Ensuite, dans les années 1970, Renée de Lubersac, psychomotricienne, et Hubert Lallery, kinésithérapeute, théorisent les bénéfices procurés par le contact avec le cheval.

En 1986 est créée la Fédération Nationale des thérapies avec le cheval, puis en 2005 la Société Française d'Equithérapie, marquant un tournant dans la pratique de la thérapie assistée par les animaux.

L'équithérapie devient depuis de plus en plus populaire. Des études scientifiques émergent et cherchent à évaluer les apports de l'équithérapie pour de nombreuses pathologies.

L'Association Professionnelle de l'Equitation Thérapeutique Internationale chiffre à 66 000 enfants et adultes aidés physiquement et mentalement chaque année par le biais de l'équithérapie. [19]

4.3 Formation et statut professionnel de l'équithérapeute

D'après la SFE, l'équithérapeute exerce une action de soin psychique ou physique médiatisée par le cheval. Les prérequis indispensables à cette profession sont la bonne connaissance des chevaux et de leur comportement, la connaissance du public bénéficiaire, et des techniques propres à l'équithérapie.

La formation d'équithérapeute en France est ouverte aux professionnels médico-sociaux pouvant justifier de solides connaissances équestres. La SFE définit ainsi une liste des professions éligibles à la formation d'équithérapeute ainsi que des prérequis équestres indispensables. [21,22]

Cependant, l'équithérapie appartient à la catégorie des soins non réglementés. Ainsi, l'équithérapie peut s'exercer de façon libre, en toute légalité, mais sans repère officiel (formation ou qualification).

Le rôle de l'équithérapeute est d'accompagner les patients dans une recherche de changement physique ou psychologique, d'amélioration face à un handicap, ou encore d'évolution sociale.

Lors du premier entretien, le professionnel définit les besoins spécifiques du patient pour lesquels il va intervenir par le biais de la médiation équine, après avoir pris en compte l'anamnèse médicale. Les activités proposées et l'environnement sont adaptés aux capacités physiques, psychiques et cognitives du patient.

4.4 Indications et objectifs thérapeutiques de l'équithérapie

Les indications de l'équithérapie sont variées comme les lésions cérébrales, les troubles neurodéveloppementaux, les pathologies psychiatriques, la dystrophie musculaire, les amputations, la sclérose en plaques, ou les pathologies rhumatismales. [20,23,24]

L'objectif de la prise en charge peut être axé sur l'affectif et l'émotionnel (anxiété, frustration, expression des émotions), le social et le relationnel (communication, intériorisation du cadre, affirmation de soi), la psychomotricité (proprioception, schéma corporel, coordination, praxie, motricité), ou encore la cognition (attention, concentration, mémorisation). [25–27]

Plusieurs études s'intéressent à l'équithérapie en tant que thérapie physique. Les mouvements du cheval sont utilisés afin d'améliorer le tonus, le contrôle postural ou encore le renforcement musculaire. [25,28]

La thérapie équine présente enfin un rôle thérapeutique psychologique avec une approche originale de par sa dimension immersive. Elle utilise l'interaction physique et émotionnelle avec l'animal pour travailler sur les symptômes psychiques du patient. Elle fournit un feedback immédiat grâce au comportement et à la réaction de l'animal. [29] Plusieurs études se sont intéressées à l'impact de l'équithérapie sur les symptômes et la qualité de vie des enfants présentant un TDAH. [30,31] Certaines utilisent des échelles afin d'évaluer quantitativement l'impact de la pratique de cette thérapie sur plusieurs critères. [25,32] D'autres études ont abordé l'intérêt de la TAA chez les enfants présentant un trouble neurodéveloppemental [23,33] ou un syndrome anxio-dépressif. [34,35]

Intégrée dans un parcours de soin pluridisciplinaire, l'équithérapie constitue une thérapie non médicamenteuse intéressante et motivante, en complément des approches classiques comme la psychothérapie ou l'ergothérapie. [36]

L'équithérapie s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale et d'accompagnement de l'enfant. Elle répond à une demande des parents de thérapie non médicamenteuse, et d'un environnement de soin moins formaliste et plus motivant. [31]

5 Objectif de l'étude, question de recherche

Les troubles psychopathologiques de l'enfant ont un retentissement psycho-social, éducationnel et familial conséquent. Ils nécessitent un investissement parental important avec des parcours de diagnostic et de soin complexes.

Les prises en charge sont multidisciplinaires, parfois difficiles d'accès et leur efficacité sur la symptomatologie est variable d'un enfant à l'autre.

Il est nécessaire de pouvoir proposer, lors du suivi en médecine générale, des prises en charge alternatives face à des parents parfois démunis et des enfants souvent peu motivés par les multiples suivis spécialisés.

L'équithérapie apparaît comme une thérapie complémentaire motivante et innovante. Elle peut compléter le parcours de soin en santé mentale des enfants afin de renforcer les progrès obtenus au cours des autres suivis. Elle constitue aussi une alternative à suggérer lorsque les prises en charge classiques n'ont pas permis d'atténuer les symptômes de l'enfant.

Ainsi, cette étude a pour objectif d'analyser les modifications bio-psycho-sociales apportées par la pratique de l'équithérapie chez les enfants présentant des troubles de la santé mentale afin de promouvoir cette proposition thérapeutique non médicamenteuse en médecine générale.

Matériel et méthodes

1 Choix de la méthode

Afin de réaliser cette étude, le choix s'est porté sur une analyse qualitative avec réalisation d'une matrice *SWOT* (acronyme anglais, traduit par les termes : forces, faiblesses, opportunités et menaces).

L'investigatrice était une étudiante en médecine générale. Une triangulation des données a été effectuée par une seconde étudiante en médecine générale.

2 Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par entretiens individuels en présentiel ou téléphoniques semi-dirigés auprès de l'accompagnant principal de l'enfant, après recueil de son consentement écrit (Annexe 1).

Le questionnaire d'entretien a été évolutif au fur et à mesure de la progression de l'étude (Annexe 2).

3 Population étudiée

La population étudiée était celle d'enfants âgés de 3 à 18 ans, présentant des troubles de santé mentale : troubles neurodéveloppementaux, troubles anxieux et de l'humeur, TOC, troubles destructeurs du comportement, tels que décrits dans le DSM-V.

Ces enfants pratiquaient l'équithérapie dans le Nord-Pas-de-Calais, et avaient participé au minimum à 3 séances.

Les troubles du spectre autistique n'ont pas été abordés au cours de cette étude, en raison du suivi souvent spécialisé de ces enfants, tant sur le plan médical qu'éducatif, avec une faible représentation au sein des patientèles en médecine générale.

4 Méthode de recrutement

Les 9 participants de cette étude ont été recrutés par l'intermédiaire des équithérapeutes.

8 équithérapeutes ont été contactés par téléphone ou par mail et 3 d'entre eux ont accepté de participer.

Les équitérapeutes ont défini, au sein de leur clientèle, les enfants répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Les parents des enfants ont été contactés dans un premier temps par l'équitérapeute puis par l'investigatrice afin de leur présenter l'étude et d'obtenir leur accord.

5 Déroulement des entretiens

Chaque participant (parent, famille d'accueil ou accompagnant principal de l'enfant) a été informé du déroulement de l'entretien, du but de l'étude, du caractère audio-enregistré de l'entretien ainsi que du respect de leur anonymat.

Un questionnaire d'entretien a été réalisé consécutivement au travail de recherche bibliographique. Il comprenait des questions ouvertes agrémentées de sous-questions de relance, et quelques questions fermées. Les entretiens étaient audio-enregistrés par dictaphone puis les enregistrements étaient déplacés sur un disque dur externe.

Les entretiens ont été menés, pour 7 d'entre eux, en présentiel (au domicile des parents ou dans le centre d'équitérapie) et pour 2 d'entre eux, au téléphone.

6 Analyse des données

La retranscription des entretiens a été effectuée à l'aide du logiciel de traitement de texte Word® de Windows® pour obtenir les verbatims.

Les participants ont été anonymisés par des codes P1 pour participant 1, P2 pour participant 2, etc. L'analyse des entretiens et le codage des verbatims ont été réalisés à l'aide du traitement de texte Word® de Windows®.

Les verbatims ont été collectés, retranscrits et analysés au fur et à mesure afin de faire évoluer le guide pour les entretiens suivants. Il y aura au final quatre versions du guide d'entretien.

Afin de renforcer la validité interne de l'étude, une triangulation des données a été effectuée au fur et à mesure de l'analyse des entretiens, et pour chaque verbatim.

Une matrice de type SWOT a été effectuée pour synthétiser les résultats de cette étude. Cette méthode permet d'identifier les forces et les faiblesses d'un projet, tout en évaluant les opportunités à exploiter et les menaces extérieures.

7 Aspect éthique

L'étude a été déclarée auprès du DPO le 20 juillet 2023 sous la référence 2023-12. Le questionnaire ne comportant pas suffisamment d'informations à caractère personnel, l'étude n'a pas nécessité d'autorisation supplémentaire (Annexe 3).

Résultats

1 Population étudiée (Tableau 1)

L'échantillon était composé de 9 enfants âgés de 6 à 17 ans, 3 filles et 6 garçons.

4 enfants souffraient d'un trouble anxieux (trouble anxieux généralisé, phobies, TOC), 4 d'un TDAH diagnostiqué, 3 de troubles attentionnels non étiquetés, 3 de troubles spécifiques des apprentissages et 2 de troubles du comportement (TOP, intolérance à la frustration). 6 d'entre eux présentaient donc des troubles comorbides.

4 enfants vivaient en milieu urbain, 1 en milieu rural et 4 en milieu semi-rural.

Les enfants composant l'échantillon étaient issus de 3 centres d'équithérapie différents, 2 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais. (Annexe 4)

7 des entretiens ont été menés avec l'un des parents de l'enfant, 1 entretien avec la famille d'accueil, et 1 autre avec la psychomotricienne référente de l'enfant.

7 entretiens ont été réalisés en présentiel, dont 1 au domicile, 1 à l'IME et 5 dans le centre d'équithérapie. 2 entretiens ont été menés au téléphone.

Enfant	Sexe	Age	Pathologies	Centre d'ET	Durée du suivi en ET	Milieu de vie	Durée entretien	Modalités de l'entretien
1	Féminin	16 ans	• Trouble anxieux généralisé sévère • Phobie sociale • Phobie scolaire	N°1	2 ans	Urbain	32'18''	Présentiel au domicile
2	Féminin	6 ans	• TDAH • Trouble anxieux généralisé • TOC • Troubles dys	N°1	1 an	Semi-rural	28'38''	Présentiel au centre d'équithérapie
3	Féminin	17 ans	• Trouble anxieux généralisé	N°2	2 ans	Semi-rural	30'28''	Présentiel au centre d'équithérapie
4	Masculin	10 ans	• Troubles attentionnels • Troubles dys • Hypotonie axiale • Trouble de l'oralité	N°1	1,5 ans	Urbain	37'47''	Présentiel à l'IME
5	Masculin	8 ans	• Troubles du comportement (TOP, intolérance à la frustration) • Trouble de l'attachement • Troubles attentionnels	N°3	4 mois	Rural	20'34''	Téléphonique
6	Masculin	12 ans	• TDAH • Syndrome anxieux	N°2	3 ans	Semi-rural	32'47''	Présentiel au centre d'équithérapie
7	Masculin	14 ans	• Prader Willi • Troubles attentionnels • Troubles du comportement (intolérance à la frustration)	N°2	3 ans	Semi-rural	21'53''	Présentiel au centre d'équithérapie
8	Masculin	12,5 ans	• TDAH	N°1	2 ans	Urbain	17'44''	Présentiel au centre d'équithérapie
9	Masculin	13 ans	• TDAH • Troubles dys	N°1	2 ans	Urbain	28'05''	Téléphonique

Tableau 1 : Caractéristiques des enfants inclus dans l'étude et modalités d'entretien

2 Suffisance des données

La suffisance des données a été atteinte lorsque l'analyse des nouveaux entretiens n'apportait plus de nouveau thème, soit au septième entretien. Afin de s'en assurer, deux entretiens de consolidation ont été effectués. Les entretiens ont tous été réalisés dans de bonnes conditions.

3 SWOT : forces de l'équithérapie (Tableau 2)

Le ressenti initial envers l'équithérapie était plutôt positif, perçue comme bénéfique dans le parcours de soin des enfants.

L'étendue des indications et des effets potentiels de l'équithérapie a été soulignée. Les parents témoignaient de l'impact du travail de la gestion des angoisses lors des séances d'équithérapie sur le bien-être émotionnel des enfants présentant un syndrome anxieux. L'impartialité du cheval renforçait l'estime de soi, ce qui encourageait les enfants à prendre confiance en eux. Ils soulignaient également le travail sur la concentration au cours des séances, tout en mettant en place des stratégies afin de lutter contre les déficits attentionnels. Les parents constataient aussi le développement des compétences socio-comportementales, émotionnelles et communicationnelles adaptées à la vie en société par le biais des séances d'équithérapie. Ils percevaient chez leur enfant une meilleure capacité de gestion des émotions et un développement relationnel facilité par l'intermédiaire du médiateur animal.

Le fait de s'occuper d'un animal amenait à responsabiliser l'enfant et à le rendre autonome, ce qui a été perçu comme un avantage par les parents.

Par ailleurs, la possibilité d'extrapoler dans la vie quotidienne les compétences acquises au cours des séances pouvait rendre la prise en charge en équithérapie attractive.

Les enquêtés ressentaient un bénéfice de l'équithérapie parfois supérieur à celui des autres suivis paramédicaux de leur enfant.

Il a aussi été mis en avant la complémentarité de l'équithérapie avec les autres prises en charge paramédicales. L'équithérapie a été assimilée à une forme de psychothérapie originale. A également été décrit sa contribution au suivi psychomoteur de l'enfant.

Enfin, il a été évoqué la possibilité d'utiliser l'équithérapie comme un outil pour amorcer et accompagner la décroissance d'un traitement médicamenteux.

Forces	Verbatim
Travail de la gestion des angoisses et des émotions par le biais du médiateur animal	« On travaille sur différentes choses, il y a des séances, c'est juste pour se détendre et il y a des séances c'est pour aller de l'avant. Pour affronter des peurs. » (E1) « Mais c'est vrai que l'animal, quelque part devient en fait le point central et parce que voilà, on est autour de l'animal. Et ça permet aussi de ne pas focaliser que sur sa personne et sur son mal-être et son point d'anxiété. » (E3) « Mais c'est vrai que la sortie de séance, à chaque fois, j'ai vraiment un M. qui est zen, posé, calmé... Enfin voilà, c'est ça lui fait vraiment un bien fou quoi ! » (E6) « Au CMP par exemple, c'était autour d'un jeu de société, où il y avait des choses qui étaient mis en place. Et c'est bien, mais là, ça passe par un tiers, et puis un cheval, (...) ça va avoir un comportement qui va montrer à l'enfant que là, soit tu es trop énervé, donc ça m'énervé, ou on va se calmer tous les deux. » (E6)
Renforcement de la confiance et de l'estime de soi grâce à l'impartialité du cheval	« Avant par exemple, je portais tout le temps le masque COVID, parce que je ne voulais pas qu'on voit mon visage. Et donc pendant quasiment deux ans, je l'ai gardé partout. (...) C'était une habitude. Et l'équithérapie, ça m'a aidé à l'enlever. » (E1) « Et je pense que l'équithérapie a vraiment aidé par rapport à ça. A reprendre confiance en elle, à avoir moins peur du regard des autres. » (E1)
Amélioration des capacités attentionnelles et de la concentration	« Il peut être tellement absorbé par le visuel ou par l'auditif, que les autres sens ne sont plus connectés entre eux. Donc il y a un défaut, on va dire, de comodalisation, vous voyez, de tous ses sens. Et ça aussi, je me disais que avec la médiation en équithérapie, ça pouvait être un bon moyen, en étant attentif à l'autre, guider ... » (E4) « C'est vraiment, il fait attention à l'animal dans sa globalité. Il faut faire attention à ça... et à ça... (...) Mais oui, il va faire très attention. Et puis il va retenir tout ce qu'on lui a dit pour le cheval. » (E8)

Développement des compétences socio-comportementales, émotionnelles et communicationnelles adaptées à la vie en société	« Ca a permis de travailler le contact à l'autre, on a vu la différence au niveau relationnel. Parce qu'E. reste très rigide. (...) Donc ça lui a permis d'aller plus au contact des autres, d'arriver à faire des choses, de se détendre. » (E2) « Et quand ça s'est mal passé justement, même avec l'animal, il a dépassé les limites, et ça on lui a expliqué aussi du coup. Ca c'est plus reproduit, il y a un cadre à respecter, et on peut pas faire n'importe quoi. » (E7) « Je pense que le contact avec le cheval, et de manière générale avec l'animal, qui n'est pas forcément leur égal, ça leur permet vraiment de s'ouvrir et de se développer, je trouve. Quand il est pas content, déjà il me dit. Alors que avant, il me fait plus savoir, que me dire. » (E9) « Moi je trouve que l'équithérapie déjà, ça lui a permis, je pense d'ouvrir une nouvelle porte, au niveau de la sociabilisation. Et en fait, le fait aussi de se responsabiliser » (E9)
S'occuper d'un animal amène à se responsabiliser et à devenir autonome	« La patience et le fait que l'animal, c'est lui quand même qui décide. Et c'est pas lui quoi. Quand il a pas envie... Par exemple, « j'ai pas envie de lire », je dis une connerie, mais là, l'animal, si... Je sais pas, il faut lui mettre la selle, ou le brosser, ben il faut qu'il le fasse, il a pas le choix. Je pense que ça l'a rendu quand même responsable là-dessus. » (E8) « Et en fait, le fait aussi de se responsabiliser » (E9)
Extrapolation des compétences acquises dans la vie quotidienne	« A chaque bilan de séance, on a un petit truc qui peut être mis en place à la maison. Enfin voilà, il y a des objectifs vraiment, il y a quelque chose de construit. » (E6) « Bien sûr je vais citer A-S (équithérapeute), en disant, bah voilà, (...) qu'est-ce que A-S (équithérapeute) elle t'a dit de penser pour justement libérer tes pensées par rapport à quelque chose... » (E6)
Bénéfice ressenti de l'équithérapie parfois supérieur aux suivis classiques	« Elle a été suivie par un CMP, que j'ai vite arrêté car je n'avais aucun retour, ça ne servait à rien. Elle a ensuite eu une pédopsy, qu'elle a vue pendant 1 an, 1an et demi. Ca marchait ... un petit peu mais c'était moyen quand même. » (E1) « C'est là qu'on a eu contact avec une pédopsychiatre qui fait de la médiation canine. Elle avait aussi vu une psychiatre à Lille, qui voulait également la mettre sous antidépresseur. Elle l'a vu trois fois et ça a coupé court. (...) Et c'est vrai que ceux sont ces deux suivis, l'équithérapie et la médiation canine, qui ont fait que petit à petit, elle a bien évolué et elle a repris confiance en elle. » (E1)

Contribution à la psychomotricité	« Après ça fait du bien aussi au niveau toucher. Avant c'était compliqué de toucher un cheval, parce qu'on se salit les mains, c'est un truc qu'elle ne supportait pas, au niveau sensation. Maintenant ça, ça va mieux. » (E2) « Je me suis dit que ça pourrait être une bonne médiation et donc, du coup, j'ai proposé en alternance avec une séance de psychomotricité ordinaire, de pouvoir le l'emmener en équithérapie. » (E4)
Apport psychothérapeutique de l'équithérapie	« Pour le coup le côté thérapie, (...) le côté psychologique, ça lui fait toujours un sas de parole.» (E6)
Outils pour accompagner la décroissance des traitements médicamenteux	« Et je pense que ça va permettre justement aussi de faire le lien avec ça en disant ben tiens tu vois tu as baissé (ton traitement) mais tu vois finalement, ça va. Et donc je pense aussi que ça va être, ça va être aussi très positif, je dirais, par la suite sur la transition. » (E3) « Mais d'entretenir, de pas être lâché sans filet, je pense que ça c'est important. » (E3)

Tableau 2 : Analyse SWOT : synthèse des forces de l'équithérapie, illustrées par des extraits de verbatims

4 SWOT : faiblesses de l'équithérapie (Tableau 3)

L'un des inconvénients exprimé par les enquêtés était l'absence de critère de jugement objectif témoignant de l'efficacité de l'équithérapie. Ils indiquaient alors s'appuyer sur les témoignages de patients via divers médias pour s'informer sur l'intérêt de cette prise en charge.

Les parents insistaient sur la nécessité d'un suivi prolongé, régulier et adaptatif pour constater une efficacité significative et durable de l'équithérapie sur les symptômes de leur enfant.

Ils constataient aussi le manque de formation des médecins de ville sur les thérapies non médicamenteuses, créant ainsi une barrière informationnelle limitant l'accès à l'équithérapie. De plus, les parents ressentaient un manque d'implication de leur médecin traitant dans le parcours de soin de leur enfant.

Faiblesses	Verbatim
Evaluation subjective de l'efficacité de l'équithérapie	« Moi en tant que parent, d'en parler, il y a une part de subjectivité dans tout ça, c'est que un ressenti. Est-ce que c'est juste ou pas juste... » (E3) « Parce que pour nous, ça reste encore une expérience. » (E3)
Utiliser les témoignages d'expériences cliniques comme critère de jugement de l'intérêt de l'équithérapie	« Je travaillais déjà en équithérapie avec un autre enfant qui était en SESSD aussi, que j'ai accompagné pendant trois ans en équithérapie et qui maintenant a intégré l'IME aussi. Je me suis dit que ça pourrait être une bonne médiation et donc, du coup, j'ai proposé en alternance avec une séance de psychomotricité ordinaire, de pouvoir l'emmener en équithérapie. » (E4)
Un suivi longitudinal prolongé, adaptatif et régulier nécessaire pour une efficacité significative de l'équithérapie	« Après, le souci, c'est que le trouble anxieux, c'est quelque chose qui se traite sur du très long terme. Et on ne voit pas toujours en fait l'évolution à un moment, à un instant T. On le voit pas tout de suite, c'est long. » (E3) « Il faut pas se dire tiens, j'emmène mon fils (...) chez l'équithérapeute euh super, (...) il va faire du cheval et puis euh dans trois séances, ça va aller beaucoup mieux ! Non non, c'est pas ça du tout. Il faut accepter que ce soit long et puis voilà, il faut que ça soit sur la durée. Voilà pour que ce soit efficace dans le temps. » (E3) « Alors c'est pas miraculeux non plus, c'est à force de travail » (E4) « On fait une séance tous les 15 jours. C'est vrai que, peut-être que plus ça serait bénéfique d'autant plus, évidemment. » (E7) « Faut pas s'attendre à un miracle, on fait deux, trois séances et puis tout d'un coup l'enfant est différent, ça c'est pas vrai ! » (E7) « Alors, on va pas dire, c'est pas non plus la transformation du jour au lendemain » (E7)
Manque de formation et d'implication des médecins traitant dans le parcours de soin, limitant l'accès à l'information et à l'équithérapie	« C'est vrai que des fois on est un peu démunis et... Enfin moi je vous avoue que des fois, les solutions je suis partie les chercher moi-même ! On a dû regarder sur les forums, à la bibliothèque, et en se documentant... Parce que l'information ne m'est pas venue toute seule quoi. » (E9) « Moi j'en ai plus entendu parler par les établissements spécialisés en fait. Et c'est vrai que sinon ... Ou les reportages à la télé, aussi, parce que ça aide ! » (E7) « Mon médecin traitant, oui, il connaît A., mais pour des rhumes, pour des... Mais pas pour ses soucis de comportement. » (E8)

Tableau 3 : Analyse SWOT : synthèse des faiblesses de l'équithérapie, illustrées par des extraits de verbatims

5 SWOT : opportunités de l'équithérapie (Tableau 4)

Les enquêtés évoquaient l'équithérapie comme une approche thérapeutique originale et innovante.

Ils déclaraient qu'un support de travail ludique favorisait l'adhésion et l'engagement thérapeutique de l'enfant. En effet, l'équithérapie était décrite comme une thérapie motivante avec un fort investissement de la part du patient grâce à l'originalité de la médiation animale et à un environnement de travail non conventionnel. La représentation affective positive du cheval jouait également un rôle important dans le processus d'attachement sécurisant et la motivation de l'enfant. Ceci permettait la mise en confiance et l'émergence de liens émotionnels propices à la prise en soin. Ainsi, les progrès étaient facilités par l'adhésion et l'engagement thérapeutiques de l'enfant faisant parfois défaut au cours de certaines thérapies classiques.

L'alliance thérapeutique solide et singulière entre l'enfant et l'équithérapeute était gage d'efficacité de la thérapie pour les parents.

Par ailleurs, les parents estimaient que l'équithérapie présentait un rapport bénéfice/coût favorable, même en cas de financement personnel. Pour ceux dont les enfants bénéficiaient d'une reconnaissance MDPH, l'aide financière allouée constituait un levier déterminant, facilitant l'accès à cette prise en charge et renforçant l'assiduité au suivi.

Les parents concédaient adhérer plus facilement à une prise en charge en équithérapie lorsque les structures d'accompagnement spécialisées (type SESSD) intégraient les suivis au parcours scolaire de l'enfant et en assuraient la gestion.

Ils appréciaient aussi le temps dédié à l'échange avec l'enfant et à la verbalisation, souvent limité dans le cadre des consultations médicales.

L'équithérapie était décrite comme une approche offrant une perspective nouvelle et différente sur les notions abordées au cours des autres suivis médicaux et paramédicaux.

Les parents ont exprimé leur envie d'explorer les thérapies alternatives non médicamenteuses en raison de leur réticence vis-à-vis des traitements pharmacologiques.

Les enquêtés ont émis plusieurs hypothèses pouvant conduire à des recherches complémentaires afin de conforter les bénéfices de l'équithérapie. Ils ont proposé de comparer le suivi des enfants en séance individuelle et collective d'équithérapie afin d'évaluer les impacts et les apports. Ils ont suggéré d'intégrer l'équithérapie dans la prise en charge médico-sociale des patients en ALD afin de définir de possibles modalités de remboursement. Enfin, a émergé la proposition d'envisager l'équithérapie comme de l'APA.

Opportunités	Verbatim
Une thérapie motivante et originale avec un fort investissement de la part du patient	« Psychiatre, psychologue, le problème c'est qu'on ne bouge pas, on est assis. Là on bouge, il y a plus de choses à travailler sur le terrain, je trouve. Avec les animaux ils ne jugent pas et on retrouve les émotions que nous on éprouve aussi et ça permet de travailler là-dessus. » (E1) « Disons que le contact en fait avec l'animal, le contact avec le thérapeute, le fait que ça se passe en extérieur, que ce soit pas en fait euh très, comment dirais-je, protocolaire, face à face avec un bureau qui sépare, comme si elle allait en fait dans une visite avec le médecin. » (E3) « Ça remet les choses plus en perspective. On est, on est euh, on est dans la terre. On est euh sur des choses vraies, sur des ressentis, qu'on n'a pas forcément dans un cabinet avec la psychologue. » (E3) « Oui au niveau de la participation, de l'envie... (...) Je pense que l'animal ça leur a permis de déjouer le fait que A. n'a pas envie de faire quelque chose. En passant par l'animal, ça l'a motivé, c'est une belle carotte, je pense. » (E8)
Support de travail ludique favorisant l'adhésion et l'engagement thérapeutique	« Parce que finalement, voilà, il travaille mais en même temps lui, il s'amuse, et puis c'est son loisir aussi. Et ça c'est important, parce que du coup ça fait pas... Aller, on va encore à une consultation, parce que c'est vrai que les consultations, il y en a depuis des années, et des fois on voit que il en a un peu marre, ce qu'on peut comprendre. Et ben, jamais il dit « non j'ai pas envie d'aller... », jamais ! » (E7) « Enfin nous, on se rend compte qu'on a un suivi médical important, (...) c'est hyper médicalisé, et que justement d'avoir aussi ces (...) solutions parallèles, moi je trouve que c'est bien, pour les enfants, puis pour les parents. » (E7)
Une alliance thérapeutique solide et singulière entre le patient et l'équithérapeute comme gage d'efficacité de la thérapie	« Mais je dirais que le rapport avec le psychiatre n'est pas le même qu'avec la thérapeute. Il y a un rapport de confiance avec la thérapeute à travers l'équithérapie qui n'existe pas avec le psychiatre ! » (E3)
Balance bénéfice / coût de l'équithérapie en faveur d'un engagement financier personnel	« Après il y a l'aspect financier, où les séances ne sont pas remboursées. Après le psychologue, ce n'est pas remboursé non plus. Donc je préfère payer une séance d'équithérapie, qui l'aide plus, qu'une séance avec un psychologue. Mais c'est sûr que ça a un coût. » (E1)

Promouvoir l'équithérapie grâce à l'accompagnement financier de la MDPH	« Elle est prise en charge par la MDPH, elle a beaucoup d'aides, donc on ne le sent pas du tout passer. Actuellement, elle a quasiment 600 euros de prise en charge mensuelle, donc ça couvre beaucoup de choses, dont l'équithérapie, le matériel... » (E2) « Et financièrement, oui tout est pris en charge par le biais du SESSD. » (E8)
Les structures d'accompagnement spécialisées (SESSD) facilitent l'adhésion à l'équithérapie en l'intégrant dans le parcours scolaire de l'enfant	« Ouais, c'est le SESSD qui gère. Ca c'est une grande chance hein ! Le SESSD récupère A. au collège et le redépose. » (E8) « Justement le but du SESSD, c'est qu'ils interviennent pendant le temps scolaire. (...) Ca faisait lourd en plus de ses cours. Et là en fait, ils intègrent vraiment les séances à l'intérieur des cours. Donc ça lui fait pas une surcharge. » (E9)
Disposer d'un temps dédié à l'échange et à la verbalisation, souvent limité dans le cadre de la consultation médicale	« C'est qu'à un moment donné vous avez affaire en fait à un médecin (...) Mais en même temps, il a peu de temps à accorder aux patients. Alors qu'effectivement à travers la thérapie et l'équithérapie, il y a du temps, il y a du temps pour l'échange, il y a du temps pour euh voilà, d'autres sujets ... » (E3)
Offrir une perspective différente mais complémentaire sur les notions abordées dans les autres prises en charge	« Oui, c'est vraiment pluridisciplinaire, quoi, parce que... Et puis ça permet de motiver M., de faire du lien aussi hein ! Pas de cloisonner ce qui se passe dans la salle de psychomot', chez l'orthophoniste, ou à la maison. Voilà donc ça fait du lien entre nous aussi ! (...) Finalement, ça relie un peu tous les soins entre eux. » (E4) « Le seul suivi qu'elle avait c'était ben euh l'équithérapie et la psychothérapie. (...) Hmm et je dirais que les deux vont ensemble et c'est pas dissociable. » (E3) « Et après A-S (équithérapeute), derrière elle a une formation aussi de psychologue, ce que n'ont pas tous les centres. Et ça aussi c'est pas mal, un petit peu deux en un ! » (E7)
Explorer les thérapies alternatives non médicamenteuses en raison de la réticence parentale vis-à-vis des traitements pharmacologiques	« Bah moi j'étais pas prête à le mettre sous traitement aussi vite ! (...) Donc je me suis d'abord tournée vers des alternatives » (E6)

Ouverture : étudier l'impact et les apports d'un suivi individuel versus collectif en équithérapie	« Peut-être aussi que des séances en groupe ça pourrait être intéressant aussi. Parce que bon, après ça demande d'autres moyens, mais ça peut aussi être intéressant de faire des séances avec des enfants de pathologies différentes et de voir un petit peu comment est-ce qu'ils se comportent aussi entre eux. » (E7)
Ouverture : envisager l'équithérapie comme de l'APA	« Moi je me dis, c'est vraiment aussi lui accorder un loisir extérieur que, il pourrait pas forcément faire en pratiquant du sport, parce que ça lui convient pas. » (E7) « Moi je me dis, que en tant que parents d'enfants particuliers, c'est important aussi de se dire ah bah il y a au moins des endroits où on accueille, alors entre guillemets, sans condition, et vraiment pour l'enfant. » (E7)
Ouverture : intégrer l'équithérapie dans la prise en charge médico-sociale des patients en ALD et définir des modalités de remboursement	« Mais je me dis, les enfants qui ont vraiment un parcours particulier, qui ont un suivi, je trouve que ça devrait être mieux pris en charge, ça c'est clair. Parce que je me dis qu'il y a des gens qui le font pas, par manque de moyens, et c'est dommage ! » (E7)

Tableau 4 : Analyse SWOT : synthèse des opportunités de l'équithérapie, illustrées par des extraits de verbatims

6 SWOT : menaces de l'équithérapie (Tableau 5)

Les parents interrogés ont mis en avant plusieurs freins à l'accès à l'équithérapie, notamment le coût financier important et le manque de prise en charge de l'équithérapie par l'assurance maladie et les complémentaires santé. Ils rapportaient également des difficultés organisationnelles et logistiques au sein d'un parcours de soin déjà complexe, rendant difficile le maintien d'un suivi régulier en équithérapie.

Les parents relataient les difficultés rencontrées pour accéder à une prise en charge globale pluridisciplinaire adaptée à l'enfant. Ils insistaient également sur la complexité du parcours de soin, notamment dans le cadre des troubles neurodéveloppementaux, ce qui impactait la qualité de l'investissement et de l'accompagnement parental au quotidien.

De plus, les enquêtés constataient une offre de soin insuffisante en équithérapie ainsi que des disparités dans les formations des équithérapeutes.

Ils se sont questionnés sur l'efficacité de l'équithérapie en raison d'une réceptivité personne-dépendante et non prévisible. Ils supposaient également un bénéfice de l'équithérapie à pondérer selon les contraintes environnementales et les limites physiologiques de l'enfant.

Les parents indiquaient par ailleurs l'impact de la perception parentale sur l'intégration de l'équithérapie dans le parcours de soin de l'enfant, avec une parfois une méconnaissance de cette thérapie de la part des parents et des médecins. Certains interrogés ne considéraient l'équithérapie qu'en dernier recours, en cas d'impasse thérapeutique et d'échec des thérapies classiques de première intention.

Menaces	Verbatim
Freins à l'accès à l'équithérapie : coût financier important, manque de prise en charge par la sécurité sociale et les complémentaires santé	« J'avais envoyé les factures (...) à ma mutuelle en me disant « on ne sait jamais ». Je n'ai jamais eu de retour, même pas un retour négatif pour me dire qu'ils ne prennent pas en charge. Si ça tombe, ils ne connaissent même pas. Alors qu'il y a beaucoup de médecines douces prises en charge. » (E1) « Parce que c'est vrai que l'équithérapie c'est pas vraiment reconnu encore. Et c'est vraiment dommage. » (E1) « Alors on a une petite prise en charge par notre mutuelle, mais bon c'est genre ... deux ou trois séances max. » (E7) « Moi je pense que le problème financier, par contre, c'est un gros frein ! » (E7) « Parce que je me dis qu'il y a des gens qui le font pas, par manque de moyens, et c'est dommage. » (E7)
Freins au maintien du suivi en équithérapie : difficultés organisationnelles au sein d'un parcours de soin déjà complexe	« Après au niveau organisationnel oui, comme on est trois dans la famille à avoir des troubles, on a beaucoup de rendez-vous à mettre sur une semaine, c'est sûr. » (E2) « Il faudrait que je vois aussi avec mon planning (...). Bah c'est sur ça, en fait, la difficulté ! C'est qu'on voudrait bien que ça se poursuive, après est-ce qu'on aura le temps et la possibilité, sachant que moi j'ai deux autres enfants... » (E9)
Difficultés d'accès à une prise en charge pluridisciplinaire complète et adaptée à son enfant	« A. est entré au SESSD parce qu'il a eu un dossier MDPH. Il a été sur liste d'attente. C'est long hein ! » (E8) « Après malheureusement, comme j'expliquais, le SESSD, il y en a que un qui est spécialisé dans les troubles « dys ». (...) Et 36 places, je trouve que c'est peu ! Parce qu'il y a beaucoup d'enfants qui sont en attente de cet encadrement. » (E9)

Complexité du parcours de soin en santé mentale et impact sur l'accompagnement parental	« Oui, c'est la deuxième rentrée scolaire où il fait de l'équithérapie. Mais par contre, qu'est-ce qu'il fait là-bas, je n'en ai aucune idée ! » (E8) « Bah j'étais un peu démunie. Je connaissais pas du tout ce que c'était « autisme ». Moi, pour moi, A., il avait un petit retard de langage, mais c'était pas non plus... » (E8)
Offre de soins insuffisante et disparité de formation des équithérapeutes	« Donc on s'est dit pourquoi pas essayer l'équithérapie. Ça a été compliqué de trouver parce que, finalement il y a (...) de la demande, mine de rien ! (...) Nous, aux environs, il y avait quand même très peu de centres où ils en faisaient » (E7) « Et après A-S (équithérapeute), derrière elle a une formation de psychologue, ce que n'ont pas tous les centres. » (E7)
Limites de l'équithérapie : efficacité et réceptivité personne-dépendantes et imprévisibles	« Et mais, on a arrêté très vite pour ma fille, parce que, en effet elle... Non seulement elle se pose pas spécialement, mais elle avait pas non plus intégré le côté... Elle voulait jouer avec les poneys en fait, elle voulait jouer. » (E6) « Et sur le cheval, on a... Enfin moi, j'avais pas remarqué d'amélioration, quand il est sur le cheval. » (E4)
Bénéfice de l'équithérapie à pondérer selon les contraintes environnementales et les limites physiologiques de l'enfant	« Oui, ça aide aussi quand elle est dans une bonne phase. Par contre dès qu'elle est stressée, c'est plus compliqué. » (E2) « On a choisi un jour où il y a pas trop de mouvements sur le centre. (...) On a vécu une fois, une séance où il y a une moisson dans le champ à côté, c'était juste infernal quoi. » (E4) « Quand on sent que M. est un peu trop... Si le traitement n'a pas été pris, ou si c'est trop pour lui, on travaille dans (...) le petit manège (...) à l'intérieur, qui est un espace plus contenant, plus restreint, avec moins de distractions. » (E4)
Impact des perceptions parentales sur l'intégration de l'équithérapie dans le parcours de soin	« Oui, au départ j'étais un peu dubitative. Mais je trouve que quand même il y a pas mal de points positifs. » (E9) « Je pense que l'équithérapie, je pense que ça aurait dû être proposé très très tôt. » (E9)

Considérer l'équithérapie comme une alternative en cas d'impasse thérapeutique et d'échec des thérapies classiques de première intention	« Alors, on a tout de suite eu, en fait, on a eu le réflexe : psychologue. (...) Psychologue avec une TCC donc thérapie comportementale cognitive. » (E3) « Donc voilà, et puis il y a eu le déclic, un jour, de se dire tiens, j'avais entendu parler, moi, de l'équithérapie. Je me suis dit tiens, il y a des chevaux, ça l'oblige à sortir, ça va peut-être lui apporter quelque chose, (je ne savais pas du tout ce que ça pourrait lui apporter hein). » (E3) « Et donc ensuite par rapport au parcours plus de l'équithérapie, je sais plus comment j'en ai entendu parler... Mais voilà, c'était dans l'idée... Bah le CMP j'ai pas été... Pour moi M., il se sentait trop chez lui en fait. » (E6)
---	--

Tableau 5 : Analyse SWOT : synthèse des menaces de l'équithérapie, illustrées par des extraits de verbatims

Discussion

1 Principaux résultats

Cette étude sur les modifications bio-psycho-sociales apportées par l'équithérapie et constatées par l'entourage des enfants souffrant de troubles de santé mentale apporte un éclairage nouveau dans la littérature sur l'intérêt des thérapies assistées par les animaux.

Les accompagnants des enfants ont un avis plutôt positif sur cette thérapie complémentaire. Ils décrivent des progrès sur le plan somatique, notamment concernant la motricité globale et fine, la coordination et l'équilibre. Ils rapportent également un bénéfice psychologique grâce à la diminution de l'anxiété et le renforcement de l'estime et de la confiance en soi. Sur le plan cognitif, les progrès concernent les capacités attentionnelles et la concentration. L'impact social est non négligeable avec une meilleure interaction avec autrui et une meilleure gestion des émotions. Enfin, la forte adhésion des enfants à la prise en charge, grâce au lien affectif développé avec l'animal, souligne un fort engagement et une grande motivation faisant parfois défaut et freinant la progression au cours des thérapies plus classiques.

L'intérêt grandissant des professionnels de santé et des familles de patients pour les thérapies assistées par les animaux fait de l'équithérapie une thérapie complémentaire en plein essor et de plus en plus reconnue. De plus, l'intégration de l'équithérapie dans le parcours de soin de l'enfant grâce au développement de programmes adaptés contribue à son expansion.

Les entretiens ont révélé des perspectives d'études complémentaires afin de renforcer la validation scientifique et l'objectivation des apports de l'équithérapie.

En revanche, les interrogés soulignent des contraintes logistiques importantes avec une accessibilité limitée des centres spécialisés et un coût élevé des séances en l'absence de financement par la MDPH. La faible prise en charge financière par les organismes de santé relève d'un manque de reconnaissance institutionnelle de l'équithérapie. Les ressources apparaissent limitées avec un manque de professionnels formés spécifiquement à l'équithérapie. Les effets de l'équithérapie sont hétérogènes avec une réponse variable selon les enfants. L'absence de consensus et de standardisation des protocoles thérapeutiques entraîne une variabilité des pratiques.

2 Forces et limites

L'équithérapie constitue une offre de soin en plein essor. Il s'agit d'une thérapie non médicamenteuse intéressante à proposer en médecine générale aux parents des enfants présentant un trouble neurodéveloppemental, anxio-dépressif ou comportemental en complément des autres suivis paramédicaux, ou comme alternative notamment en cas d'échec de ces derniers. Cependant, cette pratique reste insuffisamment connue des familles, des professionnels et des organismes de la santé, alors que leur investissement est indispensable au développement de cette thérapie. L'exploration du ressenti, de l'expérience vécue et des modifications bio-psycho-sociales perçues par l'entourage des jeunes patients constitue une approche novatrice, plus ancrée dans la réalité quotidienne de la maladie pour les familles, un aspect parfois négligé en pratique médicale.

La méthode qualitative est pertinente car elle permet d'étudier le vécu et le ressenti des personnes. L'analyse SWOT est à l'origine un outil d'analyse stratégique en entreprise. SWOT est l'acronyme des mots anglais *strengths, weaknesses, opportunities et threats*. L'analyse SWOT est donc un outil d'aide à la prise de décision. Pour se faire, elle permet d'identifier les forces d'un projet, les faiblesses à corriger, les opportunités à saisir et les menaces extérieures auxquelles il est nécessaire de résister. Son extrapolation dans cette étude a permis d'identifier les facteurs internes et externes favorables et défavorables à la pratique de l'équithérapie en tant que prise en charge complémentaire, du point de vue de l'entourage des patients.

Chaque entretien a été mené avec l'accompagnant principal de l'enfant (parent, famille d'accueil, personnel de l'IME), de façon individuelle, afin que chaque participant puisse s'exprimer librement. Un seul entretien a été conduit en présence de l'enfant, à sa demande. L'entretien était composé de questions ouvertes afin de laisser la possibilité aux participants de s'exprimer sur un maximum de thèmes. Quelques questions plus dirigées ont permis d'orienter l'entretien sur les thèmes non abordés spontanément par la personne interrogée.

Deux entretiens ont été réalisés par téléphone avec une qualité correcte d'enregistrement, permettant le recrutement de patients vivant à distance de la chercheuse. Les 7 autres ont été menés en présentiel, au domicile ou dans un endroit calme du centre d'équithérapie. En outre, la présence de la chercheuse au centre d'équithérapie a permis d'apprécier le déroulement des séances d'équithérapie, la position de l'accompagnant vis-à-vis de la relation triangulaire patient – équithérapeute – animal et de recueillir le témoignage dans une situation comparable aux séances habituelles d'équithérapie. Mener les entretiens en présentiel permet également une meilleure interprétation des échanges grâce au langage non-verbal.

La suffisance des données a été atteinte au 7^{ème} entretien. Deux entretiens de consolidation ont ensuite été menés afin de conforter cette notion.

La triangulation des données avec le Docteur Tatiana BAHIER, médecin généraliste remplaçante, a permis de renforcer la validité interne. Toutefois, les deux enquêtrices étant novice dans le domaine de la recherche qualitative, ceci a pu altérer la qualité de l'analyse des verbatims.

La durée moyenne des entretiens est de 27 minutes 48 secondes, le plus court étant de 17 minutes 44 secondes et le plus long 37 minutes 47 secondes (durée totale : 4 heures 10 minutes 14 secondes). La disparité de la durée des entretiens peut donc être considérée comme une faiblesse.

3 Comparaison avec la littérature

Notre étude s'intéresse à l'évolution de la symptomatologie des enfants présentant un trouble de santé mentale suite à la pratique de l'équithérapie. Il peut s'agir d'un trouble neurodéveloppemental, d'un syndrome anxieux, de TOC, ou encore de troubles du comportement. De nombreux enfants présentent par ailleurs plusieurs pathologies intriquées.

3.1 Equithérapie et TDAH

Dans la littérature, certaines études ont été menées en s'intéressant spécifiquement au TDAH, une des indications phare de l'équithérapie. Les participants de notre étude relatent une amélioration des capacités attentionnelles et de la concentration chez les enfants atteints de TDAH. Ils rapportent un apaisement et un bien-être émotionnel procurés par la séance d'équithérapie, avec un effet positif ressenti dans le quotidien. Ces résultats corroborent les données de la littérature.

Ainsi, l'étude pilote de type « avant-après » menée par Koenraad Cuypers en Norvège conclue à un effet positif significatif de l'équithérapie sur les difficultés rencontrées au quotidien (questionnaire SQD : *Strengths and Difficulties Questionnaire*) après 16 séances d'équithérapie. Il est également constaté une amélioration de la qualité de vie (questionnaire HQoL : *Health related Quality of Life*). Les effets ont été constatés à la fois par les 5 enfants de l'échantillon, leurs parents et leurs professeurs. Chaque enfant avait entre 10 et 11 ans et présentait un TDAH diagnostiqué, sans traitement médicamenteux. [26]

L'étude « avant-après » réalisée par Yafit Gilboa auprès de 25 enfants présentant un TDAH en Israël rapporte, elle, une amélioration significative des fonctions exécutives selon le test

BRIEF (*Behavioral Rating Inventory of Executive Function*). L'évaluation a été réalisée après 12 séances hebdomadaires d'équithérapie. [27]

Byongsu Jang en Corée a conduit une étude prospective avec un échantillon de 20 enfants souffrant de TDAH et ayant participé à 24 séances d'équithérapie. Il conclue à des résultats significatifs après avoir réalisé plusieurs tests : évaluation de la sévérité des symptômes du TDAH (ARS-I, CGI), test de performance (GDS), évaluation des compétences sociales et du comportement (K-CBCL), évaluation de l'estime de soi (SES) et électroencéphalogramme. Il rapporte notamment des résultats significatifs concernant les capacités attentionnelles, la coordination, la dextérité manuelle, et la sévérité des symptômes du TDAH. [32]

L'étude coréenne de type « avant-après » menée par Jae Huyn Yoo a eu recours à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle dynamique (IRMf) afin d'examiner les modifications cérébrales associées au protocole d'équithérapie. Les résultats ont mis en évidence des changements significatifs au niveau du précuneus droit (situé dans le cortex pariétal) ainsi que dans le cortex orbitofrontal droit. Ces modifications sont corrélées à une amélioration significative des scores obtenus à l'échelle coréenne d'évaluation de la sévérité des symptômes du TDAH, observée après la période de prise en charge en équithérapie [36].

3.2 Une recherche encore marginale sur les autres indications en santé mentale

Peu de travaux ont spécifiquement étudié les autres troubles de santé mentale en séparant chaque entité nosologique.

En effet, l'Italienne Giuseppa Maresca réunit dans une revue de littérature les différentes indications de l'équithérapie en faisant référence aux études scientifiques existantes. Elle compare donc les résultats des travaux concernant les troubles du spectre autistique et le TDAH. Elle traite également de la paralysie cérébrale, de la dyspraxie et des « autres troubles psychosociaux et du comportement » (syndrome de stress post-traumatique, troubles anxio-dépressifs, trouble du comportement). Cependant, peu d'études, *à fortiori* de haute qualité méthodologique, traitent de ces 3 dernières entités, ne permettant pas d'établir des recommandations claires concernant la place de l'équithérapie dans leur prise en charge. [23]

3.3 Les différents axes de travail en équithérapie

Les participants de l'étude ont soulevé plusieurs axes de travail au cours du suivi en équithérapie ayant eu un impact sur la symptomatologie de leurs enfants.

3.3.1 Gestion émotionnelle et des manifestations anxieuses

Le travail mené par les équithérapeutes sur l'axe émotionnel a permis à plusieurs enfants de notre étude une meilleure gestion des angoisses, du stress et des manifestations de l'anxiété au quotidien.

Ces résultats sont corroborés par une étude coréenne cas-témoin conduite par Wi-Young So. Les enfants atteints de TDAH ont participé à un programme d'équithérapie bihebdomadaire sur une durée de quatre semaines. Ils ont présenté, après l'intervention, des scores significativement plus faibles à l'échelle de l'anxiété de l'enfant (CAS : *Child Anxiety Scale*) et à l'échelle de dépression (CES-D : *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*), en comparaison avec le groupe témoin composé d'enfants ne présentant pas de TDAH. [37]

Toutefois, l'étude menée par Byongsu Jang n'a pas mis en évidence de diminution significative des symptômes anxio-dépressifs évalués par l'une des composantes de l'échelle K-CBCL (*Korean- Child Behaviour Checklist*), à l'issue de l'intervention en équithérapie. [32]

3.3.2 Estime et confiance en soi

Plusieurs participants ont rapporté une amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi chez leur enfant. L'absence de jugement de la part de l'animal a été fréquemment évoquée comme facteur déclenchant essentiel dans le processus de renforcement de la confiance.

Toutefois, l'étude conduite par Byongsu Jang n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative des scores à l'échelle SES (*self-esteem scale*) entre les évaluations pré et post-protocole d'équithérapie. La SES est une échelle d'auto-évaluation permettant d'apprécier le niveau d'estime de soi. [32]

3.3.3 Capacités attentionnelles et concentration

Les séances d'équithérapie peuvent être centrées sur le travail des capacités attentionnelles et de la concentration, par le biais de l'apprentissage de la gestion d'un animal au sein de son environnement.

Ainsi, les résultats rapportés par Koenraad Cuypers montrent qu'avant l'intervention (pré-test), l'ensemble des enfants inclus dans l'étude présentaient des scores comportementaux situés dans les 10 percentiles les plus élevés, traduisant une nécessité de prise en charge médicamenteuse (échelle SQD évaluant notamment l'hyperactivité et l'inattention). Après l'intervention (post-test), seuls 2 des 5 participants présentaient encore des scores élevés suggérant l'introduction d'un traitement médicamenteux. [26]

Par ailleurs, l'étude cas-témoin de Wi-Young So évalue l'évolution du score ADHD (échelle du TDAH) avant et après intervention de l'équithérapie, en comparant un groupe test (enfants diagnostiqués TDAH) et un groupe témoin (enfants indemnes de TDAH). Les résultats mettent en évidence une diminution significative du score ADHD (englobant l'hyperactivité, l'impulsivité, et les difficultés d'apprentissage) chez les enfants du groupe test, après protocole d'équithérapie, comparativement au groupe témoin. [37]

3.3.4 Psychomotricité et coordination

L'objectif du suivi peut également porter sur le travail de la psychomotricité, de la coordination et du tonus musculaire. Toutefois, l'accompagnant P4 dont l'enfant présentait des troubles de la coordination, du tonus et de la motricité fine n'a pas remarqué d'amélioration des performances psychomotrices suite au suivi en équithérapie.

A noter que Byongsu Jang a utilisé dans son étude l'échelle BOT-2, composée de scores composites évaluant plusieurs domaines de la motricité : motricité fine, coordination manuelle, coordination corporelle, et force et agilité. Les résultats de l'étude concluent à une amélioration significative de la dextérité manuelle et de la coordination manuelle. [32]

3.3.5 Difficultés comportementales

Selon les participants de notre étude, le suivi en équithérapie offre aussi l'opportunité de travailler sur les symptômes comportementaux tels que la colère et la frustration, afin d'améliorer l'intégration en société. Certains parents n'ont toutefois pas noté d'amélioration durable des troubles comportementaux, avec une efficacité partielle et limitée dans le temps à la suite de la séance d'équithérapie.

Ainsi, l'étude de Yafit Gilboa s'est basée sur l'analyse de l'échelle BRIEF dont l'un des indices est le BRI (*Behavioral Regulation Index* : index de régulation comportementale). Cet indice regroupe des sous-échelles concernant les capacités d'inhibition, la flexibilité cognitive et le contrôle émotionnel. L'analyse statistique réalisée au cours de cette étude n'a cependant pas révélé de différence significative concernant l'inhibition, la flexibilité mentale et la régulation émotionnelle chez les enfants présentant un TDAH. [27]

L'étude de Byongsu Jang a, elle, mis en évidence une amélioration significative d'une sous-échelle « problèmes sociaux » du score K-CBCL (Korean Child Behaviour Checklist). Toutefois, les autres sous-échelles (notamment comportement agressif et délinquance) n'ont pas révélé de résultats probants. [32]

3.4 Souhait d'une prise en charge non médicamenteuse

Certains participants de notre étude ont fait part de leur volonté de privilégier, en première intention, une prise en soin non médicamenteuse avant d'envisager un éventuel recours au médicament. Cette démarche offre une opportunité à l'équithérapie de se développer.

L'étude randomisée contrôlée coréenne menée par Yunhye Oh a comparé l'efficacité des traitements médicamenteux versus l'équithérapie sur les symptômes du TDAH chez 34 enfants âgés de 6 à 12 ans. La moitié des enfants a été assignée aléatoirement au groupe « équithérapie » et l'autre moitié au groupe « traitement médicamenteux ». Chaque groupe a suivi pendant 12 semaines soit des séances bihebdomadaires d'équithérapie, soit un traitement médicamenteux (méthylphénidate ou apparenté). Les résultats rapportent une amélioration significative de la symptomatologie dans les deux groupes d'enfants après prise en charge, sans différence significative entre les deux groupes. Yunhye parle alors de non-infériorité de l'équithérapie par rapport au traitement médicamenteux, dans la prise en charge du TDAH. [31]

3.5 Comparaison de la méthodologie

Cette étude se démarque de la littérature de par sa méthodologie qualitative. Les modifications bio-psycho-sociales apportées par l'équithérapie sont étudiées du point de vue de l'accompagnant principal de l'enfant. Cette méthodologie restitue l'expérience, le ressenti et le vécu de l'accompagnant. Il s'agit le plus souvent des parents, dont la vie familiale est quotidiennement impactée par la symptomatologie de leur enfant.

Plusieurs études se sont intéressées aux effets de l'équithérapie sur les différents symptômes décrits dans les troubles de santé mentale de l'enfant d'un point de vue quantitatif. L'utilisation d'échelles permet d'évaluer l'existence ou non d'une modification significative des symptômes présentés par les patients après leur suivi en séances d'équithérapie. Cette méthodologie est objective et ne tient pas compte du ressenti du patient ou de sa famille.

Ainsi, Jae Huyn Yoo souhaite montrer dans son étude « avant-après » une différence statistiquement significative du ReHo : l'homogénéité régionale, à l'aide d'outils statistiques.

Le ReHo correspond à une activité synchrone de circuits neuronaux sur l'IRM fonctionnelle. Il compare cette différence d'activité cérébrale chez des enfants souffrant de TDAH avant et après 12 séances d'équithérapie. Il met ensuite en relation cette variation d'activité avec un score de gravité coréen des symptômes du TDAH. Il démontre par cette étude une différence statistiquement significative d'activité cérébrale fonctionnelle avant et après la pratique de l'équithérapie chez les enfants souffrant de TDAH. [36]

Byongsu Jang utilise des scores mesurant l'intensité des symptômes de TDAH des enfants inclus dans l'étude. Il évalue la réponse au protocole thérapeutique (24 séances d'équithérapie sur 12 semaines) grâce à une analyse statistique. Les scores pré et post-protocole sont comparés à l'aide d'un test T pour échantillon apparié. [32]

L'étude quantitative « avant-après » menée par Yafit Gilboa évalue l'évolution des résultats au test BRIEF avant et après protocole d'équithérapie également grâce au test T pour échantillon apparié. [27]

3.6 Une littérature scientifique de qualité méthodologique limitée

Enfin, dans le cadre de notre étude, l'un des participants a rapporté avoir fondé son jugement quant à l'efficacité et à la pertinence de l'équithérapie sur une expérience clinique personnelle antérieure menée avec un autre enfant par manque de sources d'information. D'autres ont exprimé leur insatisfaction quant au peu de documents de vulgarisation médicale portant sur les effets de l'équithérapie.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le manque de documentation scientifique validant les effets et les indications de l'équithérapie.

3.6.1 Des coûts financiers importants et des études de faible envergure

Certains participants de notre étude ont soulevé un frein majeur au développement de l'équithérapie : le coût financier important du suivi. Cet aspect limite à la fois la démocratisation de l'équithérapie en tant que soin complémentaire, mais également l'aboutissement d'études scientifiques de grande ampleur avec une bonne qualité méthodologique afin d'évaluer l'impact de l'équithérapie sur la symptomatologie des patients.

Ainsi, les études de type « avant-après » de Koenraad Cuypers [26], de Jae Huyn Yoo [36] et de Yafit Gilboa [27] présentent des échantillons de petite taille, respectivement de 5, 10 et 25 enfants, limitant la qualité méthodologique et la validité interne de leurs travaux. L'étude prospective de Byongsu Jang [32] regroupe elle un échantillon de 20 participants.

Les difficultés de recrutement des participants amènent à réaliser des études monocentriques comme celles de Koenraad Cuypers [26], Byongsu Jang [32], Yunhye Oh [31] ou de Jae Huyn Yoo [36], ou parfois bicentriques comme l'étude de Yafit Gilboa [27]. Ceci impacte la validité externe des travaux de recherche.

3.6.2 Des études de courte durée

Par ailleurs, certains participants de notre étude ont mentionné la notion de suivi longitudinal, prolongé, et régulier comme gage d'efficacité de l'équithérapie. Il est donc nécessaire de souligner qu'une durée relativement courte des études évaluant les effets de l'équithérapie constitue une limite méthodologique importante. En effet, certaines modifications, notamment sur le plan psychologique et social, peuvent émerger progressivement et ne devenir perceptibles qu'à moyen ou long terme. Ainsi, les protocoles de recherche à court terme sont susceptibles d'omettre certains effets cliniques bénéfiques, conduisant à des évaluations incomplètes de cette approche thérapeutique.

Dans notre étude, l'un des enfants de l'échantillon est suivi en équithérapie depuis 4 mois, durée la plus courte. La plupart des autres enfants sont suivis depuis 2 voire 3 ans. Or, Koenraad Cuypers [26] étudie les effets de l'équithérapie auprès de ses participants après 8 semaines de suivi, Yafit Gilboa [27], Yunhye Oh [31], Byongsu Jang [32] et Jae Huyn Yoo [36] après 12 semaines. Les durées limitées de ces travaux ont pu conduire à l'omission de certains résultats.

3.6.3 Une recherche encore immature : qualité et comparabilité limitées des études

La revue systématique d'Eleanor White [25] corrobore la notion de manque de qualité méthodologique de beaucoup d'études. Elle conclue qu'il est donc difficile d'émettre des recommandations claires concernant la place de l'équithérapie au sein de la prise en charge des enfants atteints de TDAH. Jorge Pérez-Gómez [30] insiste également sur le manque d'études de haute qualité méthodologique ainsi que sur l'hétérogénéité des travaux existants. Il explique qu'il est difficile de comparer les différentes études compte tenu des protocoles d'intervention très hétérogènes. Il conclue donc à un faible niveau de preuve suite à sa revue systématique portant sur 9 articles dont 7 de niveau C et 2 de niveau B.

4 Perspectives

L'objectif de cette étude était d'analyser les modifications bio-psycho-sociales apportées par la pratique de l'équithérapie chez les enfants ayant un trouble de santé mentale. L'étude a été menée du point de vue de l'accompagnant principal de l'enfant.

Ce travail soulève des perspectives d'études scientifiques complémentaires. Les accompagnants des enfants ont mis en avant à plusieurs reprises l'aspect innovant de l'équithérapie, source de motivation importante et d'investissement de la part des patients. Se pose la question de l'impact de l'implication et de la motivation du patient sur l'efficacité de l'équithérapie.

Les troubles psychiques de l'enfant regroupent des pathologies variées avec des symptomatologies hétérogènes. Dans cette perspective, il serait pertinent de conduire des études complémentaires ciblant spécifiquement chaque entité nosologique, afin de mieux appréhender les effets propres de l'équithérapie selon le type de pathologie. Cette démarche permettrait de renforcer la validité des résultats, mais aussi de mieux définir les indications thérapeutiques de l'équithérapie en fonction des besoins cliniques spécifiques de chaque patient.

Explorer l'équithérapie en tant qu'activité physique adaptée (APA) pour les enfants présentant un handicap physique ou mental pourrait faire l'objet d'une étude dédiée.

Cette étude soulève par ailleurs la problématique de l'intégration du médecin traitant au parcours de soin en santé mentale des enfants. Une meilleure information des médecins traitants sur les différentes possibilités de prises en charge complémentaires des enfants permettrait de développer l'équithérapie en tant qu'option thérapeutique à proposer en médecine générale. Une meilleure collaboration entre professionnels de santé et équithérapeutes permettrait de faciliter l'intégration de cette approche thérapeutique au suivi des patients et de l'inclure dans le panel de prises en charge complémentaires à disposition du médecin généraliste.

En matière d'organisation des soins, étudier des modalités de remboursement de l'équithérapie permettrait de la rendre plus accessible. Promouvoir l'intégration des soins complémentaires, comme l'équithérapie, dans l'emploi du temps scolaire des enfants faciliterait le suivi thérapeutique et permettrait de mieux concilier soins et scolarité.

Conclusion

L'équithérapie apparaît comme une approche thérapeutique prometteuse pour les enfants atteints de troubles de santé mentale. En mobilisant des ressources somatiques, psychologiques et sociales, elle favorise une amélioration de la psychomotricité, des compétences cognitives, une diminution de l'anxiété et des troubles émotionnels, et un renforcement des interactions sociales. L'engagement des enfants dans cette thérapie est facilité par la relation affective avec le cheval, ce qui en fait un outil thérapeutique attractif.

Cependant, plusieurs freins limitent son accessibilité et son développement, notamment le manque de reconnaissance institutionnelle, l'absence de protocoles standardisés et les contraintes logistiques liées à l'organisation et aux coûts. De plus, la variabilité des effets observés souligne la nécessité d'une meilleure structuration des pratiques et d'une évaluation scientifique rigoureuse pour valider son efficacité et en optimiser l'application clinique.

Dans ce contexte, il apparaît important de poursuivre les recherches afin d'établir des protocoles adaptés et plus standardisés, de mieux identifier les profils de patients susceptibles de bénéficier le plus des effets de cette thérapie et d'encourager son intégration dans les parcours de soin existants. Une meilleure formation des professionnels et un soutien institutionnel accru pourraient également contribuer au développement de l'équithérapie et à sa démocratisation afin d'en faire une alternative thérapeutique plus largement accessible.

Références

- [1] https://enabee.fr/wp-content/uploads/2024/01/2023_LPS_enabee_corr.pdf n.d. https://enabee.fr/wp-content/uploads/2024/01/2023_LPS_enabee_corr.pdf (accessed March 13, 2025).
- [2] Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, editors. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021.
- [3] Santé mentale des enfants : comment faire faute de pédopsychiatre ? *Quotid Médecin* n.d. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/medecine-generale/sante-mentale-des-enfants-comment-faire-faute-de-pedopsychiatre> (accessed May 7, 2025).
- [4] Colvin MK, Stern TA. Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2015;76:27643. <https://doi.org/10.4088/JCP.12040vr1c>.
- [5] Peyre H, Baghdadli A, Ramus F, Galéra C, Delobel-Ayoub M, Revet A. Prévalence des troubles du neurodéveloppement n.d.
- [6] Repérage précoce des troubles du neurodéveloppement chez les enfants | handicap.gouv.fr 2024. <https://handicap.gouv.fr/reperage-precoce-des-troubles-du-neurodeveloppement-chez-les-enfants> (accessed June 11, 2025).
- [7] Vantalon V. Expression phénotypique du TDAH en fonction de l'âge. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2014;172:287–92. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.03.005>.
- [8] Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille - questions / réponses. *Haute Aut Santé* n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2025618/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille-questions/-reponses (accessed May 21, 2025).
- [9] Association Française pour l'information et la prise en charge du TDAH. *Tdah 1* n.d. <https://www.tdahpaca.org> (accessed August 19, 2022).
- [10] Mon enfant a-t-il un TDAH ? n.d. <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/trouble-deficit-attention-hyperactivite-tdah/symptomes-diagnostic-evolution> (accessed May 4, 2022).
- [11] Centre Régional de Diagnostic des Troubles d'Apprentissage n.d. <https://crdta.chru-lille.fr/> (accessed August 19, 2022).
- [12] Troubles spécifiques des apprentissages · Inserm, La science pour la santé. Inserm n.d. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/> (accessed May 21, 2025).
- [13] Le Heuzey M-F. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez l'enfant. *EMC - Traité Médecine AKOS* 2012;7:1–7. [https://doi.org/10.1016/S1634-6939\(12\)56915-2](https://doi.org/10.1016/S1634-6939(12)56915-2).

- [14] Troubles anxieux et troubles obsessionnels compulsifs (TOC) n.d. <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-4-ans-9-ans/trouble-anxieux-obsessionnels-compulsifs-toc-enfant> (accessed May 21, 2025).
- [15] Les troubles en rapport avec le comportement de l'enfant n.d. <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/sante-mentale-enfant/troubles-en-rapport-avec-le-comportement-de-l-enfant> (accessed May 21, 2025).
- [16] admin_29983. Les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO) - Enfant différent 2024. <https://www.enfant-different.org/soins-medicaux/les-plateformes-de-coordination-et-dorientation-pco/> (accessed May 21, 2025).
- [17] École et handicap - Accompagnement médico-social | Mon Parcours Handicap n.d. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/scolarite/de-quels-accompagnements-medico-sociaux-et-sanitaires-mon-enfant-peut-il-beneficier> (accessed June 11, 2025).
- [18] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese__sessad_v210911.pdf n.d. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/synthese__sessad_v210911.pdf (accessed June 11, 2025).
- [19] Recherche - Bibliographie - Société Française d'Equithérapie - SFE n.d. <http://sfequithérapie.free.fr/spip.php?rubrique8> (accessed September 30, 2021).
- [20] White-Lewis S. Equine-assisted therapies using horses as healers: A concept analysis. *Nurs Open* 2020;7:58–67. <https://doi.org/10.1002/nop2.377>.
- [21] La thérapie avec le cheval • FENTAC • Thérapie avec le cheval - Equithérapie - Médiations thérapeutiques - Formation professionnelle n.d. <https://www.fentac.org/tac.php> (accessed September 30, 2021).
- [22] SF Equithérapie - Formation équithérapeute - Se former à l'équithérapie. <https://sfequithérapie.fr/> n.d. <https://sfequithérapie.fr/> (accessed March 19, 2025).
- [23] Giuseppa Maresca , Simona Portaro , Antonino Naro , Ramona Crisafulli , Antonio Raffa , Ileana Scarcella , Barbara Aliberti , Gaetano Gemelli & Rocco Salvatore Calabrò. Hippotherapy in neurodevelopmental disorders: a narrative review focusing on cognitive and behavioral outcomes n.d.
- [24] Koca TT, Ataseven H. What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *North Clin Istanb* 2016;2:247–52. <https://doi.org/10.14744/nci.2016.71601>.
- [25] White E, Zippel J, Kumar S. The effect of equine-assisted therapies on behavioural, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract* 2020;39:101101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101101>.
- [26] Cuypers K, De Ridder K, Strandheim A. The Effect of Therapeutic Horseback Riding on 5 Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. *J Altern Complement Med* 2011;17:901–8. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0547>.
- [27] Gilboa Y, Helmer A. Self-Management Intervention for Attention and Executive Functions Using Equine-Assisted Occupational Therapy Among Children Aged 6–14 Diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Altern Complement Med*

2020;26:239–46. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0374>.

[28] Helmer A, Wechsler T, Gilboa Y. Equine-Assisted Services for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *J Altern Complement Med N Y N* 2021;27:477–88. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0482>.

[29] Kendall E, Maujean A, Pepping CA, Wright JJ. Hypotheses about the Psychological Benefits of Horses. *EXPLORE* 2014;10:81–7. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.001>.

[30] Pérez-Gómez J, Amigo-Gamero H, Collado-Mateo D, Barrios-Fernandez S, Muñoz-Bermejo L, Garcia-Gordillo MÁ, et al. Equine-assisted activities and therapies in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021:jpm.12710. <https://doi.org/10.1111/jpm.12710>.

[31] Oh Y, Joung Y-S, Jang B, Yoo JH, Song J, Kim J, et al. Efficacy of Hippotherapy Versus Pharmacotherapy in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Clinical Trial. *J Altern Complement Med* 2018;24:463–71. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0358>.

[32] Jang B, Song J, Kim J, Kim S, Lee J, Shin H-Y, et al. Equine-Assisted Activities and Therapy for Treating Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Altern Complement Med* 2015;21:546–53. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0067>.

[33] Caren E. Hession, BA,¹ Brian Eastwood, MSc,² David Watterson, BSc,³ Christine M. Lehané, BA,⁴ Nigel Oxley, DPhil,⁵ and Barbara A. Murphy, PhD⁶. Therapeutic Horse Riding Improves Cognition, Mood Arousal, and Ambulation in Children with Dyspraxia n.d.

[34] Doan T, Pennewitt D, Patel R. Animal assisted therapy in pediatric mental health conditions: A review. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2023;53:101506. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2023.101506>.

[35] Wilson K, Buultjens M, Monfries M, Karimi L. Equine-Assisted Psychotherapy for adolescents experiencing depression and/or anxiety: A therapist's perspective. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2017;22:16–33. <https://doi.org/10.1177/1359104515572379>.

[36] Yoo JH, Oh Y, Jang B, Song J, Kim J, Kim S, et al. The Effects of Equine-assisted Activities and Therapy on Resting-state Brain Function in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci* 2016;14:357–64. <https://doi.org/10.9758/cpn.2016.14.4.357>.

[37] (PDF) Effects of 4 Weeks of Horseback Riding on Anxiety, Depression, and Self-Esteem in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ResearchGate n.d.

Annexe 1 : Lettre de recrutement des participants et consentement



Nous vous sollicitons pour participer à un entretien concernant votre enfant et la pratique de l'équithérapie. Votre aide nous est précieuse !

L'équithérapie est une prise en charge psycho-corporelle où le thérapeute utilise le cheval comme médiateur, dans une relation triangulaire avec son patient. Peu connue du milieu médical en France, l'équithérapie se développe progressivement en tant que prise en charge complémentaire de nombreux **troubles du comportement** chez les enfants et adolescents.

Je m'appelle Camille Lentieul, je suis médecin généraliste remplaçante et dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale, nous réalisons une étude sur les effets que peut procurer l'équithérapie aux enfants et adolescents présentant des troubles du comportement (troubles de l'attention, hyperactivité, troubles oppositionnels, anxiété, trouble dépressif, tics ...).

De ce fait, nous vous proposons de participer à un entretien (parent, famille d'accueil, ou encore éducateur) qui sera pour vous, l'occasion de faire part de l'histoire de votre enfant et de discuter de votre ressenti sur les effets de l'équithérapie.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2023-124 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous remercions grandement pour le temps que vous nous consacrerez lors de l'entretien !

Camille LENTIEUL et Dr Sabine BAYEN



Camille LENTIEUL
Médecin généraliste
remplaçante



Dr Sabine BAYEN
MCU - MG

Quelques informations pratiques

◇ Comment réalise-t-on l'entretien ?

Cet entretien sera réalisé par moi-même, suivant vos disponibilités, au sein du centre d'équithérapie ou ailleurs. Il durera 15 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

◇ Qu'est ce qu'il se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien où l'on vous posera des questions concernant les symptômes de votre enfant et les effets positifs ou négatifs ressentis de la pratique de l'équithérapie. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

◇ Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par moi-même à l'aide de logiciels. Les résultats seront utilisés dans le cadre de ma thèse d'exercice.

Pour valider votre participation à l'étude :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je donne mon consentement pour que l'investigatrice discute ensuite des symptômes de mon enfant avec le médecin traitant. ☐
6. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Date _____

Nom _____

Signature _____

Annexe 2 : Les 4 versions du guide d'entretien

Guide d'entretien – Version 1	Guide d'entretien – Version 2
• Pouvez-vous me parler de votre enfant et de ses problèmes de santé ? • Depuis quand votre enfant pratique l'équithérapie ? à quelle fréquence ? • Depuis quand a-t-on diagnostiqué à votre enfant un trouble neurodéveloppemental, un trouble anxieux ou un trouble du comportement ? • Quels professionnels de santé suivent votre enfant ? (médecin généraliste – psychiatre – neurologue – pédiatre - psychomotricien – psychologue...) • Avez-vous un médecin traitant ? A quelle fréquence le consultez-vous concernant le trouble de votre enfant ? • Votre enfant prend-il des médicaments tous les jours ? si oui, lesquels ? depuis quand ? • Les médicaments ont-ils eu des effets positifs comme négatifs sur ses troubles ? lesquels ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires ○ Attention, concentration ○ Contact avec les autres enfants ○ EI du traitement • Avez-vous constaté des effets positifs comme négatifs de l'équithérapie ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires ○ Attention, concentration ○ Coordination des mouvements ○ Contact avec les autres enfants ○ Coût, difficultés organisationnelles, temps consacré	• Pouvez-vous me parler de votre enfant ? • Quelles pathologies présente votre enfant ? quels sont les diagnostics émis par les médecins ? Depuis quand a-t-on diagnostiqué ces troubles ? • Quels professionnels de santé suivent votre enfant ? (médecin généraliste – psychiatre – neurologue – pédiatre - psychomotricien – psychologue...) • Avez-vous un médecin traitant ? A quelle fréquence le consultez-vous concernant les troubles de votre enfant ? • Votre enfant prend-il des médicaments tous les jours ? si oui, lesquels ? depuis quand ? • Les médicaments ont-ils eu des effets positifs comme négatifs sur ses troubles ? lesquels ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires ○ Attention, concentration ○ Contact avec les autres enfants ○ EI du traitement ○ Anxiété / agressivité / tics • Depuis quand votre enfant pratique l'équithérapie ? à quelle fréquence ? • Avez-vous constaté des effets positifs comme négatifs de la pratique de l'équithérapie ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires, scolarisation ○ Attention, concentration ○ Anxiété, moral, crises d'angoisse ○ Tics ○ Agressivité ○ Coordination des mouvements ○ Contact avec les autres enfants, communication avec l'entourage ○ Coût, difficultés organisationnelles, temps consacré

Guide d'entretien – Version 3	Guide d'entretien – Version 4
• Pouvez-vous me parler de votre enfant ? • Parlez-moi des pathologies que présente votre enfant ? et des diagnostics émis par les médecins ? Depuis quand a-t-on diagnostiqué ces troubles ? • Quels professionnels de santé suivent votre enfant ? (médecin généraliste – psychiatre – neurologue – pédiatre - psychomotricien – psychologue...) • Avez-vous un médecin traitant ? A quelle fréquence le consultez-vous concernant les troubles de votre enfant ? • Votre enfant prend-il des médicaments tous les jours ? si oui, lesquels ? depuis quand ? • Racontez-moi votre expérience avec les médicaments. Les médicaments ont-ils eu des effets positifs comme négatifs sur ses troubles ? lesquels ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires ○ Attention, concentration ○ Contact avec les autres enfants ○ El du traitement ○ Anxiété / agressivité / tics • Pouvez-vous me parler de l'équithérapie. (Depuis quand votre enfant pratique l'équithérapie ? à quelle fréquence ?) • Racontez-moi les effets (positifs comme négatifs) que vous avez pu constater depuis le début de la pratique de l'équithérapie ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires, scolarisation ○ Attention, concentration ○ Anxiété, moral, crises d'angoisse, pleurs ○ Tics ○ Agressivité ○ Coordination des mouvements ○ Contact avec les autres enfants, communication avec autrui ○ Coût, difficultés organisationnelles, temps consacré ○ Aides financières prenant en charge l'équithérapie • Pensez-vous que l'équithérapie a apporté des bénéfices que n'apportent pas le suivi médical / la prise en charge psychologique / les autres suivis ?	• Pouvez-vous me parler de votre enfant ? • Parlez-moi des pathologies que présente votre enfant ? et des diagnostics émis par les médecins ? Depuis quand a-t-on diagnostiqué ces troubles ? • Quels professionnels de santé suivent votre enfant ? • Avez-vous un médecin traitant ? A quelle fréquence le consultez-vous concernant les troubles de votre enfant ? • Votre enfant prend-il des médicaments tous les jours ? Lesquels ? depuis quand ? • Racontez-moi votre expérience avec les médicaments. Les médicaments ont-ils eu des effets positifs comme négatifs sur ses troubles ? lesquels ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires ○ Attention, concentration ○ Contact avec les autres enfants ○ El du traitement ○ Anxiété / agressivité / tics • Pouvez-vous me parler de l'équithérapie. Depuis quand votre enfant pratique l'équithérapie ? à quelle fréquence ? • Comment avez-vous découvert l'équithérapie ? Un médecin ou un paramédical vous a-t-il orienté vers l'équithérapie ? • Qu'attendiez-vous de la pratique de l'équithérapie ? • Racontez-moi les effets (positifs comme négatifs) que vous avez pu constater depuis le début de la pratique de l'équithérapie ? ○ Sommeil ○ Résultats scolaires, scolarisation ○ Attention, concentration ○ Anxiété, moral, crises d'angoisses, pleurs ○ TOCs ○ Agressivité ○ Coordination des mouvements ○ Contact avec les autres enfants, communication avec autrui ○ Coût, difficultés organisationnelles, temps consacré ○ Aides financières prenant en charge l'équithérapie • Pensez-vous que l'équithérapie a apporté des bénéfices que n'apportent pas le suivi médical / la prise en charge psychologique / les autres suivis ?

Annexe 3 : Déclaration DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : L'équithérapie, une stratégie thérapeutique complémentaire à proposer en médecine générale chez les enfants présentant un TDAH. Etude qualitative (analyse en théorisation ancrée)
Référence Registre DPO : 2023-124
Responsable scientifique : Mme Sabine BAYEN Interlocuteur : Mme Camille LENTIEUL

Fait à Lille,

Le 20 juillet 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4 : Tableau descriptif des 3 centres d'équithérapie

Centre d'équithérapie	N°1	N°2	N°3
Zone géographique	Péri-urbain (MEL)	Semi-rural (MEL)	Rural
Type de structure	- Accès à la cavalerie d'un centre équestre - Détention de parts financières du centre équestre	- Structure personnelle au domicile - Cavalerie personnelle (10 chevaux)	- Structure personnelle au domicile - Cavalerie personnelle
Formation / parcours professionnel	- Gérante de centre équestre - Puis formation Belge d'équithérapie	- Psychologue depuis 2000 - Formation de la Société Française d'Equithérapie (SFE) à Paris	- Capes de lettres modernes - Diplôme de tourisme équestre - Puis formation Belge d'équithérapie
Types de séances, Public ciblé	- Séances individuelles - Ou séances collectives (groupe de 2 personnes) - accueil de particuliers - accueil de structures (IME, SESSD, EHPAD, FAM, famille d'accueil)	- Séances individuelles - le mercredi et le samedi pour les particuliers - en semaine pour les SESSD et les IME	- Séances individuelles pour les particuliers - Séances individuelles ou collectives (groupe de 4 personnes) pour les structures (PMI, SESSD, centre pénitentiaire, maison des aidants, IME, EHPAD...)
Patientèle cible, Pathologies	- Tout âge - Syndrome dépressif / troubles anxieux / phobies - TDN (TDAH, TSA, troubles dys...) - Troubles moteurs	- Tout âge - Polyhandicap - Syndrome anxio-dépressif - TDN (TDAH, TSA) - Cancérologie - Handicap moteur - Retard mental	- Tout âge - TDN (TDAH, TSA, troubles dys) - Troubles du comportement - Polyhandicap
Déroulement de la première séance	- Première prise de contact : antécédents, suivis médicaux et paramédicaux, symptômes, attentes - Définir les objectifs de prise en charge avec l'enfant et la famille	- Première prise de contact sans le cheval : antécédents, suivis médicaux et paramédicaux, symptômes, attentes - Définir les objectifs de prise en charge avec l'enfant et la famille	- Première prise de contact : antécédents, suivis médicaux et paramédicaux, symptômes, attentes - Rencontre des chevaux - Définir les objectifs de prise en charge avec l'enfant et la famille
Déroulement des séances de suivi, Fréquence des séances	- Construire les séances à partir du ressenti de l'enfant, des problèmes rencontrés, de l'évolution des symptômes - Séances hebdomadaires ou bimensuelles	- Définir un plan de prise en charge et d'un calendrier - Séances hebdomadaires ou bimensuelles	- Construire les séances à partir du ressenti de l'enfant, des émotions, de l'évolution des symptômes - Séance à pied ou à cheval, au pas - Séances hebdomadaires ou bimensuelles

AUTEUR : Nom : LENTIEUL **Prénom :** Camille

Date de Soutenance : 20/11/2025

Titre de la Thèse : Evaluation des modifications bio-psycho-sociales apportées par la pratique de l'équithérapie chez les enfants présentant un trouble de santé mentale : une étude qualitative dans le Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : troubles neurodéveloppementaux, troubles du comportement, troubles anxio-dépressifs, TDAH, thérapie assistée par l'animal (TAA), équithérapie, médiation animale

Résumé :

Contexte : 13% des enfants âgés de 6 à 11 ans souffrent d'un trouble de santé mentale. Le médecin généraliste est souvent confronté à la problématique de la prise en charge et du suivi de ces enfants. Les prises en soin multidisciplinaires sont parfois complexes, difficiles d'accès et leur efficacité variable. Il est donc nécessaire de proposer des alternatives adaptées en médecine générale pour soutenir les familles et motiver les patients. L'équithérapie apparaît comme une approche innovante et prometteuse, offrant un large éventail d'applications. Cette étude vise à analyser les effets bio-psycho-sociaux de l'équithérapie, constatés par les accompagnants des enfants, afin de développer son usage comme thérapie complémentaire non médicamenteuse en médecine générale.

Matériel et Méthodes : Une étude qualitative a été menée auprès de 9 parents ou accompagnants d'enfants âgés de 6 à 17 ans et suivis en équithérapie dans le Nord-Pas-de-Calais. Des entretiens semi-dirigés, retranscrits et anonymisés, ont permis d'explorer leur perception des effets de cette prise en charge. L'analyse thématique est inspirée de la méthode phénoménologique. Les résultats ont été présentés à l'aide d'une matrice SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) sous forme de tableaux.

Résultats : Neuf entretiens ont permis d'arriver à la suffisance des données. Les accompagnants des enfants expriment une perception globalement positive de l'équithérapie. Ils rapportent des bénéfices somatiques (amélioration de la motricité et de la coordination), cognitifs (amélioration de l'attention et de la concentration), psychologiques (diminution de l'anxiété, amélioration de la confiance et de l'estime de soi), ainsi que sociaux (meilleure interaction avec autrui et régulation émotionnelle). La forte adhésion des enfants, liée au lien affectif avec l'animal, se traduit par un engagement accru et une motivation parfois absente dans les thérapies plus conventionnelles.

Conclusion : L'équithérapie constitue une approche thérapeutique pertinente chez les enfants présentant des troubles de santé mentale, avec un champ d'action varié. Néanmoins, son développement est freiné par le manque de reconnaissance institutionnelle, l'absence de protocoles standardisés et des contraintes financières et logistiques importantes. Ces résultats encouragent à poursuivre les recherches sur son intégration en pratique clinique et à évaluer son impact par des études quantitatives de plus grande ampleur.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseur : Monsieur le Docteur Maxime CAUCHIE

Directrice de thèse : Madame la Docteur Sabine BAYEN