

Réflexions méthodologiques concernant les études scientifiques d'évaluation des thérapies avec la médiation des équidés

Par **Dr Laurence HAMEURY** (médecin pédopsychiatre retraitée, spécialisée dans les troubles du développement du jeune enfant)

Laurence HAMEURY a été praticien hospitalier au CHRU de Tours et à l'initiative, dès 1980, de la mise en place d'une activité de thérapie avec la médiation du cheval pour des enfants présentant des troubles du spectre autistique.

La recherche en médiation équine

La **recherche clinique en médiation avec les équidés (MAE)** se heurte à certaines **difficultés méthodologiques** liées au terrain. Elle est cependant précieuse pour **évaluer les résultats, conforter les observations** des praticiens et **orienter les futures recherches**. Ce texte a pour objectif d'analyser les problèmes méthodologiques spécifiques à l'évaluation des résultats des thérapies avec la médiation des équidés, en partie communs avec les problèmes d'évaluation en santé mentale.

La notion de « médecine fondée sur des faits prouvés » (evidence based medicine), de « données validées par la recherche », oblige à une certaine **rigueur dans les études, nécessaire à la reconnaissance ultérieure des thérapies avec la médiation des équidés** en tant que thérapies complémentaires.

Il existe bon nombre d'études en France et à l'étranger. Les études citées dans l'article récent de M. Grandgeorge (2019), mais aussi les 25 travaux analysés par L. Hameury (2017) ainsi que ceux décrits dans le mémoire de L. Rossetti sur le psychotraumatisme (2019), dans l'ouvrage de l'IFCE (2018) et tous les autres (cf. référencement bibliographique de l'IFCE) mettent en avant les bénéfices, les évaluent, pointent les difficultés rencontrées et posent les questions sur la méthodologie en médiation équine et ses limites. Ils doivent servir de base pour les futures recherches.

Méthodologie appliquée à la médiation équine

La recherche médicale obéit à des schémas méthodologiques stricts (essais randomisés, études de cohortes, études cas-témoins), mais ces schémas ne sont pas facilement transposables au champ spécifique de la santé mentale, et en particulier des thérapies avec la médiation des équidés. Aussi, l'analyse et la discussion concernant ces études doivent porter sur les points suivants :

- **Les problématiques** à définir, à cerner : objectifs de recherche, finalité de l'étude, critères à évaluer et analyser, choix et recueil des indicateurs.
- **La faisabilité ainsi que la pertinence des différents types d'études et méthodes de recrutement**, dans le contexte de la MAE :
 - ◇ Les **études longitudinales** (avec un suivi dans le temps) sont plus pertinentes que les études ponctuelles (réalisées à un temps donné).
 - ◇ Les **études cas-témoins** (études rétrospectives entre deux groupes, l'un bénéficiant de la MAE et l'autre non) sont moins pertinentes mais plus facilement faisables que les **études contrôlées randomisées** (comparaison prospective entre deux groupes répartis au hasard, l'un recevant le traitement à étudier, l'autre un placebo ou un traitement de référence).
 - ◇ Les **méta-analyses** (reprise d'un ensemble d'études comparables, avec une analyse globale au moyen d'outils statistiques adaptés) permettent d'étudier les résultats sur de plus grands effectifs, mais nécessitent des critères d'inclusion très rigoureux.
 - ◇ Les **études multicentriques** : Il est possible de contourner la difficulté ou l'impossibilité d'avoir des cohortes en nombre suffisant pour obtenir des résultats statistiquement significatifs en réalisant des études multicentriques avec des protocoles communs et rigoureux.

Cela implique de développer des collaborations entre professionnels et une coordination de la recherche. Malgré tout, les facteurs de variabilité ne peuvent être complètement éliminés.

- **Le recrutement** est en général clinique (étude sur des patients en soins) car la complexité de réalisation d'études randomisées fait privilégier les méthodes d'évaluation quasi-expérimentales, qui permettent de réaliser des évaluations quantitatives en conditions réelles.

Le **nombre de cas étudiés** est le plus **souvent restreint** du fait des **contraintes matérielles et financières**, ce qui **risque de limiter la significativité statistique des résultats**. Cependant, il ne faut pas négliger ou sous-estimer les études sur de petites cohortes, qui constituent des points de départ et des bases pour des recherches plus développées. D'autant que des études observationnelles bien menées peuvent donner des résultats similaires à des études contrôlées randomisées. Elles permettent l'observation de la réalité, sans maîtrise des conditions d'exposition des participants.

- **Les questions de critères diagnostiques, de critères d'inclusion et de non-inclusion** : en santé mentale, l'uniformité des profils cliniques est difficile à obtenir. Par exemple, dans les troubles du spectre autistique, les profils sont très différents, chaque individu avec autisme étant différent d'un autre (d'où la notion actuelle de spectre, avec à une extrémité des individus avec autisme très sévère et troubles associés, et à l'autre extrémité des personnes avec de hautes potentialités ou Asperger). Ceci constitue des obstacles à l'obtention de séries homogènes.
- **La durée des soins** : il est préférable de **considérer le nombre de séances plutôt que la durée dans le temps** pour juger des effets des thérapies avec la MAE.

- **Les modalités et les conditions des séances** : l'**environnement** et le **lieu de l'étude** ont une **influence sur la validité externe des résultats**. Standardiser les séances et éliminer les variables indésirables est difficile, voire impossible, du fait de l'interférence inévitable de facteurs extérieurs.
- **Les méthodes d'observation** (en direct, sur vidéo) : il est important d'effectuer les **évaluations avant les séances** (ligne de base), **après** (évaluations post-intervention) mais aussi **pendant les séances**. L'intérêt de coter les critères étudiés durant les séances (en direct ou *a posteriori* sur enregistrements vidéos) est de montrer les bénéfices obtenus en situation de MAE, alors que les évaluations après les séances permettent d'observer la généralisation des effets et la durabilité des progrès à moyen et à long terme. Ces deux types d'évaluation sont donc complémentaires.
- **Les outils d'évaluation** doivent être **adaptés à la médiation équine** : il ne s'agit pas de simplement proposer un questionnaire de satisfaction, ni d'évaluer les compétences acquises, mais bien d'**observer et quantifier des critères définis au préalable**, permettant une analyse fine des résultats. Ceci avec des instruments spécifiques à chaque indication, standardisés et validés, et suffisamment sensibles aux progrès. Certaines études n'obtiennent pas de résultats concluants car les échelles utilisées ne sont pas suffisamment sensibles - exemple de la CARS (children autism rating scale) pour évaluer la MAE dans l'autisme. Au lieu de créer et construire un outil impliquant des études longues et complexes de validation, il peut être plus simple d'utiliser les **nombreux outils d'évaluation déjà validés en santé mentale**, qui peuvent être adaptés à la MAE.
- **Les problèmes de cotation** : **objectivité/subjectivité** et **expérience des cotateurs** dans les évaluations, **difficulté de la cotation en double aveugle** dans le contexte de la MAE, très différent de l'évaluation de l'efficacité d'un médicament. Ainsi, évidemment, la cotation durant les séances n'est pas compatible avec une cotation en double aveugle (le cotateur sait forcément que le sujet est en séance de MAE) et les facteurs subjectifs ne peuvent donc être totalement éliminés. Seules les cotations avant et après les séances peuvent éventuellement être réalisées en double aveugle (le ou les cotateur(s) ignorant si le sujet bénéficie ou non d'une thérapie avec la MAE).
- **Le choix du groupe contrôle** (groupe témoin ne recevant pas la thérapie avec la MAE) : **difficultés et méthodes d'appariement du groupe** bénéficiant de la thérapie avec la MAE et du groupe témoin. Le principal risque des méthodes quasi expérimentales concerne la mauvaise qualité de l'appariement. Le groupe témoin et le groupe expérimental devraient être homogènes et semblables, ce qui est très difficile à réaliser en santé mentale (*cf.* paragraphe concernant les critères diagnostiques et d'inclusion).
- **La gestion des données**, les techniques d'analyse statistique les plus appropriées.
- **L'analyse et la discussion des résultats** : « ne pas privilégier les constatations significatives sur le plan statistique au détriment de celles qui ne le sont pas. Il convient de rendre compte de tous les résultats, la réflexion ne devant pas porter uniquement sur les résultats significatifs d'un point de vue statistique » (UNICEF, 2014).

- **Les questions éthiques** à surmonter, le cadre administratif de la recherche (unité de recherche clinique...), les consentements, enregistrements, autorisations.
- **Les questions de sécurité et d'éventuels effets indésirables.**
- **Les aspects financiers, matériels et humains** : de nombreuses difficultés se posent pour la mise en œuvre des études au plan pratique (coût des séances de MAE, nombre de thérapeutes, temps disponible, absentéisme des patients...).

Pour conclure

Au total, les questions méthodologiques propres à l'évaluation des thérapies avec la MAE sont complexes et ne peuvent être complètement surmontées.

Afin de progresser vers une évaluation de plus en plus rigoureuse des bénéfices de la médiation avec les équidés, une réflexion commune, en concertation et accompagnée de moyens suffisants, s'avère indispensable, dans la reconnaissance et le respect du travail de chacun.

La recherche scientifique en médiation équine existe, encore peu en France c'est certain, mais beaucoup à l'étranger, et il faut prendre en compte le travail de tous ces auteurs et l'apport de leurs études pour la validation de la médiation équine, ainsi que tous les projets de recherche en cours. Elle doit encore se développer, car les enjeux en santé publique, et en santé mentale en particulier, sont importants.

Références bibliographiques

- **GRANDGEORGE M. et HAUSBERGER M.**, 2019. Autisme, médiation équine et bien-être, communication. *Bulletin de l'Académie Vétérinaire France*, pages 1-7.
- **HAMEURY L., DELAVOUS P., TESTE B., LEROY C., BERTHIER A. et GABORIAU J.C.**, 2010. Équithérapie et autisme. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 9, pages 655-659.
- **HAMEURY L.**, 2017. L'enfant autiste en thérapie avec le cheval. *Connaissances et Savoirs*, Saint-Denis.
- **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**, 2007. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. *Guide méthodologique*.
- **IFCE**, 2018. [La médiation équine - Qu'en pensent les scientifiques ?](#) Editions Haras Nationaux, 216 pages.
- **ROSSETTI L.**, 2019. Apport de la médiation équine dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique pédiatrique. Mémoire DU de Psychotraumatologie, Université de Nice Sophia Antipolis.
- **UNICEF**, 2014. Notes méthodologiques, Évaluation d'impact n°8, Méthodes et modèles quasi expérimentaux. Howard White et Shagun Sabarwa.